



**HAL**  
open science

# Professionnalisation des formateurs en ostéopathie à travers l'analyse de leur activité

Franck Garnier

► **To cite this version:**

Franck Garnier. Professionnalisation des formateurs en ostéopathie à travers l'analyse de leur activité. Education. Université de Haute Alsace - Mulhouse, 2020. Français. NNT : 2020MULH3944 . tel-03550064

**HAL Id: tel-03550064**

**<https://theses.hal.science/tel-03550064>**

Submitted on 31 Jan 2022

**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.

UNIVERSITÉ DE HAUTE-ALSACE  
UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

# THESE

Pour l'obtention du grade de

**DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE HAUTE-ALSACE**

**ECOLE DOCTORALE : Sciences Humaines et sociales – Perspectives européennes (ED 519)**

Discipline : Sciences de l'éducation

Présentée et soutenue publiquement

par

**Franck GARNIER**

Le 8 décembre 2020

<p><b>PROFESSIONNALISATION DES FORMATEURS EN OSTÉOPATHIE A TRAVERS L'ANALYSE DE LEUR ACTIVITE</b></p>
---

Sous la direction du Prof. DURAT Laurence

Jury :

Dr. Vivien Braccini, Université de Strasbourg (Invité)

Prof. Laurence Durat, Université de Haute Alsace (Directrice de thèse)

Prof. Eric Flavier, Université de Strasbourg (Examineur)

Prof. Jean-Marie Gueullette, Université catholique de Lyon (Examineur)

Prof. Paul Olry, Agrosup Dijon (Président et Rapporteur)

Mr. Pascal Ingweiler, Collège Ostéopathique de Strasbourg Europe (Invité)

Prof. Richard Wittorski, Université de Rouen Normandie (Rapporteur)

## Table des matières

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>VI</b>
<b>PREAMBULE</b> .....	<b>VIII</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	<b>X</b>
<b>INTRODUCTION GENERALE</b> .....	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 1 L'OSTEOPATHIE : UNE DISCIPLINE EN COURS D'ELABORATION.</b> .....	<b>4</b>
1.1 INTRODUCTION .....	4
1.2 DES DEFINITIONS MULTIPLES .....	4
1.2.1 <i>Définition retenue par les Associations représentatives des ostéopathes</i> .....	5
1.2.2 <i>La définition de 2007 des pouvoirs publics</i> .....	7
1.2.3 <i>Une définition consensuelle au niveau européen</i> .....	7
1.3 LES ORIGINES .....	9
1.3.1 <i>La naissance aux États-Unis</i> .....	9
1.3.2 <i>Son importation en Europe</i> .....	10
1.3.3 <i>Son origine en France</i> .....	11
1.4 CADRE LEGAL ET RECONNAISSANCE D'UNE PRATIQUE PARTAGEE .....	11
1.5 LE CONCEPT OSTEOPATHIQUE, L'AME DE LA DISCIPLINE ? .....	13
1.5.1 <i>La référence omniprésente aux fondateurs</i> .....	13
1.5.2 <i>Qu'est-ce qu'un concept ?</i> .....	14
1.5.3 <i>« Le » ou « les » concepts ?</i> .....	15
1.6 OSTEOPATHIE : UN TERRITOIRE CONQUIS DE HAUTE LUTTE .....	23
1.6.1 <i>Soin ou pratique dangereuse ?</i> .....	23
1.6.2 <i>La diversité des pratiques, frein à la consolidation de la profession ?</i> .....	26
1.6.3 <i>Une épistémologie à construire ?</i> .....	27
1.7 L'ENSEIGNEMENT DE L'OSTEOPATHIE EN FRANCE .....	29
1.7.1 <i>La transmission historique de la discipline</i> .....	29
1.7.2 <i>Cadre et réglementation de la formation actuelle</i> .....	32
1.8 EN SYNTHÈSE DU PREMIER CHAPITRE .....	41
1.8.1 <i>Une dimension socio-historique et politique hésitante</i> .....	41
1.8.2 <i>Une dimension identitaire à consolider</i> .....	42
<b>CHAPITRE 2 LES QUESTIONS DE RECHERCHE</b> .....	<b>45</b>
INTRODUCTION .....	45
2.1 LES CONSTATS EMPIRIQUES PREALABLES .....	45
2.1.1 <i>La question des savoirs à enseigner : pas assez ou trop de cadrage ?</i> .....	46

2.1.2	<i>Du point de vue des étudiants</i> .....	49
2.1.3	<i>Les conditions des formateurs</i> .....	52
2.1.4	<i>Une qualité inconstante de l'enseignement théorique et pratique</i> .....	56
2.2	LA PROFESSIONNALISATION : UNE QUESTION IDENTITAIRE ? .....	58
2.2.1	<i>Qu'est-ce que la professionnalisation ?</i> .....	58
2.2.2	<i>Formation professionnelle ou professionnalisante ?</i> .....	61
2.3	LE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES DES FORMATEURS .....	66
2.3.1	<i>La notion de compétence</i> .....	66
2.3.2	<i>L'agir professionnel, le pouvoir agir</i> .....	69
2.3.3	<i>Le développement des compétences</i> .....	69
2.3.4	<i>Appropriation d'un référentiel par les acteurs</i> .....	70
2.3.5	<i>Les limites du référentiel pour les métiers de l'humain</i> .....	70
2.4	EN SYNTHÈSE : LA RENCONTRE D'UNE DEMANDE ET D'UNE COMMANDE .....	71
<b>CHAPITRE 3 PRESENTATION DU CADRE THEORIQUE</b> .....		<b>73</b>
INTRODUCTION .....		73
3.1	L'ACTIVITE, UNE ENTREE POUR OBSERVER LA REALITE .....	73
3.1.1	<i>Action : de quoi parle-t-on ?</i> .....	74
3.1.2	<i>Savoir théorique et savoir pratique</i> .....	75
3.1.3	<i>Le savoir d'action</i> .....	77
3.1.4	<i>Comprendre la situation</i> .....	79
3.2	ORIGINE DE L'ANALYSE DE L'ACTIVITE .....	82
3.2.1	<i>Le travail, la tâche</i> .....	82
3.2.2	<i>L'activité</i> .....	84
3.2.3	<i>Activité productive et constructive</i> .....	85
3.2.4	<i>L'ergonomie francophone</i> .....	87
3.3	LES COURANTS ACTUELS DE L'ANALYSE DE L'ACTIVITE .....	89
3.3.1	<i>La didactique professionnelle</i> .....	89
3.3.2	<i>La clinique de l'activité</i> .....	93
3.3.3	<i>Le cours d'action</i> .....	95
3.3.4	<i>L'ergologie : une philosophie de l'activité</i> .....	98
3.3.5	<i>La psycho-phénoménologie</i> .....	99
EN SYNTHÈSE L'ACTIVITE DE FORMATEUR .....		100
3.4	LE CADRE THEORIQUE DE L'ANALYSE DE L'ACTIVITE POUR LES FORMATEURS OSTEOPATHES .....	101
3.5	PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES .....	103
3.5.1	<i>Problématique générale</i> : .....	104
3.5.2	<i>Trois groupes d'hypothèses</i> : .....	104
3.6	EN SYNTHÈSE DU TROISIEME CHAPITRE .....	106

<b>CHAPITRE 4</b>	<b>DISPOSITIF METHODOLOGIQUE .....</b>	<b>108</b>
4.1	LES FORMATEURS OSTEOPATHES ACTEURS DE LA RECHERCHE ET DE LA TRANSFORMATION DE LA FORMATION .....	108
4.1.1	<i>Contourner la difficulté de l'expression des compétences .....</i>	<i>108</i>
4.1.2	<i>Faire participer le formateur à l'analyse de son activité .....</i>	<i>110</i>
4.1.3	<i>Principe épistémologique et conséquence sur la méthodologie .....</i>	<i>111</i>
4.1.4	<i>Une recherche évolutive, à visée compréhensive mais aussi transformative .....</i>	<i>112</i>
4.2	OBSERVER L'ACTIVITE A DIFFERENTS NIVEAUX.....	113
4.2.1	<i>Le niveau Macro : les conditions institutionnelles et pratiques de l'activité.....</i>	<i>115</i>
4.2.2	<i>Le niveau Méso : les cadres d'appropriation des savoirs.....</i>	<i>115</i>
4.2.3	<i>Le niveau Micro : la nature des savoirs d'action (possédés / enseignés).....</i>	<i>116</i>
4.2.4	<i>La multiplicité des échelles et leur exploitation .....</i>	<i>116</i>
4.3	DESCRIPTION DE NOTRE DISPOSITIF METHODOLOGIQUE.....	118
4.3.1	<i>Une équipe plurielle de recherche pour un dispositif méthodologique en trois phases.....</i>	<i>118</i>
4.3.2	<i>Phase 1 : La phase exploratoire .....</i>	<i>120</i>
4.3.3	<i>Phase 2 : l'enquête auprès des formateurs et étudiants .....</i>	<i>122</i>
4.3.4	<i>Phase 3 : l'analyse de l'activité des formateurs.....</i>	<i>125</i>
4.3.5	<i>Critères de scientificité et triangulation.....</i>	<i>135</i>
4.4	SYNTHESE .....	136
<b>CHAPITRE 5</b>	<b>RESULTATS ET ANALYSE .....</b>	<b>137</b>
1.1	ANALYSE EXPLORATOIRE DE LA FORMATION EN OSTEOPATHIE .....	137
1.1.1	<i>Rappel méthodologique sur les entretiens collectifs .....</i>	<i>138</i>
1.1.2	<i>Résultats des auto-confrontations collectives des formateurs .....</i>	<i>139</i>
1.2	RESULTATS DES ENQUETES PAR QUESTIONNAIRES.....	146
1.2.1	<i>Questionnaire des formateurs .....</i>	<i>146</i>
1.3	LES ENTRETIENS COLLECTIFS ET LES QUESTIONNAIRES DES ETUDIANTS .....	158
1.3.2	<i>Influence du directeur et des coordinateurs sur l'activité des formateurs.....</i>	<i>163</i>
1.3.3	<i>En conclusion de la phase exploratoire et d'enquêtes .....</i>	<i>165</i>
1.4	ANALYSE DE L'ACTIVITE.....	166
1.4.1	<i>Explorer les prescriptions pour comprendre ce qui fonde l'action : le référentiel de compétences ostéopathe.....</i>	<i>167</i>
1.4.2	<i>Le niveau macro : la question des obstacles à l'activité .....</i>	<i>176</i>
1.4.3	<i>Le niveau méso de l'activité de formateur ostéopathe.....</i>	<i>184</i>
1.4.4	<i>Analyse du niveau micro.....</i>	<i>200</i>
1.4.5	<i>Conclusion : analyse par niveau.....</i>	<i>217</i>
<b>CHAPITRE 6</b>	<b>DISCUSSION ET CONCLUSION .....</b>	<b>218</b>
1.5	LES COMPETENCES PROFESSIONNELLES DES OSTEOPATHES, LES COMPETENCES DU FORMATEUR. ....	218

1.5.1	<i>Les compétences du professionnel .....</i>	218
1.5.2	<i>La didactique du métier : le décalage entre les compétences exigées par la pratique et les compétences enseignées .....</i>	222
1.5.1	<i>Un enseignement technique de l'ostéopathie, qui ne prend pas assez en compte la dimension humaine de la pratique.....</i>	224
1.5.2	<i>« Une éducation thérapeutique » ostéopathique.....</i>	228
1.5.3	<i>La combinaison de deux modèles ostéopathiques comme source de diversité des pratiques ?..</i>	229
1.5.4	<i>La place du corps dans la formation et dans la pratique.....</i>	232
1.5.5	<i>Un travail épistémologique disciplinaire à construire.....</i>	235
1.6	DISCUSSION SUR LA METHODOLOGIE ET L'EPISTEMOLOGIE DE LA RECHERCHE .....	237
1.6.1	<i>Intérêt de l'analyse de l'activité pour un métier non stabilisé .....</i>	237
1.6.2	<i>Limites méthodologiques.....</i>	240
1.7	RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES OPERATIONNELLES .....	243
1.7.1	<i>Au plan du développement des compétences des étudiants .....</i>	244
1.3.2.	<i>Au plan de l'environnement d'apprentissage .....</i>	245
1.3.3.	<i>Au plan du développement des compétences des formateurs .....</i>	249
1.8	ET POUR FINIR .....	260
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>263</b>
	<b>RESUME : .....</b>	<b>285</b>
	<b>ABSTRACT : .....</b>	<b>286</b>
	<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS .....</b>	<b>287</b>
	<b>Liste des tableaux.....</b>	<b>288</b>

## Remerciements :

Mes remerciements vont, en premier lieu à ma directrice de thèse, le Professeur Durat Laurence, pour la confiance qu'elle m'a accordée en acceptant de m'encadrer dans cette recherche. J'ai tant apprécié apprendre à ses côtés. Ses qualités humaines, sa disponibilité, sa rigueur scientifique resteront à jamais un exemple à suivre.

Je souhaiterais également exprimer ma gratitude à mon co-encadrant, le docteur Braccini Vivien. Merci à lui pour toutes nos discussions, sa rigueur, et l'aide dont il a su faire preuve. Cette thèse n'aurait jamais pu aboutir sans son encadrement.

Je tiens à remercier mon employeur le COS Strasbourg Europe, en particulier son directeur, monsieur Pascal Ingweiler pour le financement de cette thèse. Je lui adresse ma profonde gratitude pour la confiance qu'il m'a accordé et l'intérêt qu'il a manifesté dès la genèse de ce projet.

J'adresse également mes remerciements aux membres du jury, Éric Flavien, Jean-Marie Gueulette, Paul Olry, et Richard Wittorski, qui me font l'honneur de juger de ce travail.

Merci à mes collègues ostéopathes et formateurs qui ont participé à cette aventure, Philippe S, Julien C, Xavier, Thierry, Marco, Ditmir, Christophe, Julien G, Philippe H, Marylène, Joël et tous ceux que j'oublie.

Je remercie également mes collègues du centre médico sportif de la Meinau pour leur encouragement, leur écoute et leur soutien, en l'occurrence, Pascal, Julien, Clément, Stéphane et tous les autres ...

Je tiens à témoigner toute ma gratitude à mes parents Cécile et Jean-Marie pour leur confiance et leur soutien inestimable tout au long de ma vie. Que cette thèse puisse leur offrir toute la fierté qu'ils méritent.

Un grand merci à Nelly et Patrick pour leur soutien et leur aide dans notre organisation familiale parfois complexe ...

Enfin je tiens à remercier ma femme Sabrina pour son soutien permanent et sans faille dans cette aventure. Je tiens également à m'excuser auprès de mes enfants Louise et Charles d'avoir

imposé une thèse avec toutes les contraintes que cela suppose d'avoir un papa doctorant. Que ce travail témoigne de tout l'amour que je porte à ma famille.



## Préambule :

Je suis diplômé en ostéopathie depuis juin 2010. Trois ans après mon installation on m'a offert la possibilité d'intervenir en école en tant que formateur. J'ai tout de suite pris goût à l'enseignement. C'était également pour moi l'occasion de sortir de mon cabinet et de me permettre indirectement une réflexion sur la discipline à travers l'enseignement que je prodiguais.

Faisant preuve d'une grande motivation dans cette nouvelle pratique d'enseignant, la structure dans laquelle je travaillais m'a alors proposé de prendre davantage de responsabilités. J'ai donc eu relativement rapidement en charge la direction des études. Cette nouvelle fonction me demandait au quotidien des connaissances que je ne maîtrisais pas comme de l'ingénierie pédagogique et de l'ingénierie de formation. C'est également lors de ces nouvelles fonctions que j'ai pu constater des difficultés sur le terrain, j'avais par exemple beaucoup de mal à comprendre pourquoi des intervenants ostéopathes qui avaient d'excellentes réputations en tant que professionnels avaient de grandes difficultés à transmettre. J'ai donc décidé de ma propre initiative de me former par l'intermédiaire d'un master en sciences de la santé et pédagogie médicale à la faculté de médecine de Strasbourg. Cette formation avait l'avantage d'être avant tout pratique, j'ai donc pu tout de suite mettre en application sur le terrain des outils et des concepts améliorant la formation, comme par exemple le système d'évaluation et de suivi des étudiants.

Pour finaliser le master, j'ai dû effectuer un travail de recherche. Il n'y avait pour moi pas d'autres possibilités de sujets que les formateurs ostéopathes et les compétences dont ils doivent faire preuves pour former, qui ne sont visiblement pas les mêmes qui font d'eux de bons professionnels. C'est également lors de ce master que j'ai pu faire la rencontre du Dr Braccini Vivien qui m'a encadré pour mon travail de recherche et qui est devenu par la suite mon co-encadrant de thèse. Lors du master, j'ai pris énormément de plaisir à faire de la recherche qui n'était pas un milieu connu pour moi, faisant naître une véritable vocation.

A la fin du master, j'ai eu la chance de croiser le Professeur Durat Laurence qui a été sensible à ma démarche et qui a accepté, avec une particulière bienveillance, de m'encadrer sur cette problématique de la compétence et de la professionnalisation des formateurs.

Si cette thèse est le prolongement d'un travail de recherche initiée par le master, elle me permettait également de devenir plus compétent en matière de recherche. Ces deux arguments ont été particulièrement bien reçus par le directeur du COS Strasbourg, Monsieur Pascal

Ingweiler, qui souhaite davantage professionnaliser les formateurs et augmenter le niveau de recherche de son école. Cette thèse a ainsi pu bénéficier d'un financement sous la forme d'un contrat de collaboration qui permet l'obtention d'un crédit impôts recherche pour l'institution partenaire de l'université. A titre personnel, obtenir un doctorat me permettait également de renforcer un processus de légitimation de l'ostéopathie vis-à-vis des autres disciplines scientifiques et universitaires.

Ce travail doctoral a déjà donné lieu à la finalisation d'un diplôme d'université de formateur en ostéopathie, ce qui en sciences de l'éducation, est une première au niveau national et européen. Le groupement des écoles d'ostéopathie a profité de cette dynamique pour réfléchir à la création d'un laboratoire pour le réseau Franc ostéo qui permettra la continuité de notre travail de recherche. Les ambitions pour la suite seraient également d'imaginer une intégration beaucoup plus conséquente de l'ostéopathie dans le monde universitaire et scientifique afin que la formation comme la recherche soient intégrées à la discipline de manière durable.

## Liste des abréviations

- A.S.O** : Aujourd'hui Santé Ostéopathie
- B.S.O** : British School of Osteopathy
- C.A.F** : Collégiale Académique de France
- C.I.D.O** : Centre International D'Ostéopathie
- C.N.O** : Chambre Nationale des Ostéopathes
- C.O.E** : Collège Ostéopathique Européen
- E.B.M** : Evidence Based Medecine
- F.N.E.S.O** : Fédération Nationale de l'Enseignement Supérieur en Ostéopathie
- I.N.S.E.R.M** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- O.R.I** : Osteopathic Research Institute
- S.F.D.O** : Syndicat Français Des Ostéopathes
- U.F.O.F** : Union Fédérale des Ostéopathes de France
- U.N.A.S.A** : Union Nationale des Associations Agréées
- U.P.O** : Unité Pour l'Ostéopathie
- R.O.F** : Registre des Ostéopathes de France

# Introduction générale

Ce travail de thèse trouve son origine dans un questionnement ancien et souvent exploré de diverses voies scientifiques, aussi bien des spécialistes de la formation des adultes que de ceux du travail (Altet, Paquay, & Perrenoud, 2002 ; Wittorski, 2008 ; Perrenoud, 1998 ; Perez-Roux, 2012). Cette question peut se résumer ainsi : comment professionnaliser les principaux acteurs d'une formation ?

Ce rapport entre le travail et sa formalisation a donné toute légitimité aux référentiels, et « les référentiels sont partout ! » (Sorel, 2011) . Cependant cette offre pléthorique de référentiels qu'on retrouve n'est pas sans soulever plusieurs questions. Tout d'abord la question méthodologique à laquelle vient s'ajouter celle des enjeux théoriques. Comme nous allons le constater dans notre travail, la méthode de conception des référentiels peut être déterminante dans la compréhension de l'activité pouvant parfois être très éloignée de l'activité réelle.

Le problème théorique qui s'ouvre à nous provient de la production d'un document qui donne une vision statique de l'activité, cependant l'activité professionnelle est de par nature singulière et dynamique. Nous avons donc utilisé le cadre de l'analyse de l'activité pour comprendre la manière dont se déroule l'action. Cependant il n'était pas question pour nous de regarder cette activité d'un seul regard et en ne privilégiant qu'une situation. C'est pour cela que nous avons fait appel à plusieurs courants de l'analyse de l'activité issue de l'ergonomie, à savoir la didactique professionnelle, le cours d'action, en y associant les méthodologies propres à ces courants. Tout ceci afin de nous permettre une vision la plus large possible de l'activité indispensable pour connaître l'activité réelle et tous les enjeux qui peuvent en découler. Nous avons pu investiguer trois niveaux d'activité le micro, le méso, et le macro.

Cette recherche est le résultat d'une commande du groupe Franc'ostéo regroupant plusieurs écoles d'ostéopathie. Outre le besoin de légitimation d'un tel travail par la nécessité d'une recherche doctorale, c'est avant tout un besoin opérationnel de la part des investigateurs qui est attendu. Cette recherche n'est donc pas uniquement à visée compréhensive, elle se veut également interventionnelle. Cette stratégie semble particulièrement adaptée à l'ostéopathie pour laquelle cette recherche sera relativement pionnière en la matière. En effet, il n'existe pratiquement pas de publication en sciences de l'éducation qui traite de l'ostéopathie.

Ces questions pratiques et théoriques ainsi que la phase de recueil de données avec le collectif, ont orienté la réalisation de cette thèse, qui est structurée en trois parties.

*La première partie présente la discipline et les questionnements de notre recherche*

Le premier chapitre traite de la connaissance de l'ostéopathie et des enjeux qui en découlent. Après un bref rappel historique qui tend à montrer que la discipline bénéficie d'une grande diversité de pratiques, nous tâcherons d'expliquer ses principes et le cadre légal de la pratique en France. Nous présenterons la formation qui est issue d'une nouvelle réglementation. Nous terminerons ce chapitre en montrant que la discipline est toujours en cours de construction malgré une reconnaissance légale.

Le second chapitre instruit les questions de recherche. Nous y aborderons les constats empiriques à travers les savoirs à enseigner, les étudiants et les formateurs. Nous y développerons deux notions importantes à savoir la compétence et la professionnalisation à travers une revue de la littérature.

*La deuxième partie de la thèse traite du cadrage théorique et du dispositif méthodologique.*

Le troisième chapitre revient sur le cadre de l'analyse de l'activité et les différents courants que nous sollicitons à savoir la didactique professionnelle, la clinique de l'activité et le cours d'action. Nous y exposerons l'intérêt d'un tel cadre pour notre recherche et son importance dans un métier non stabilisé.

Le quatrième chapitre abordera tout le dispositif méthodologique utilisé dans notre recherche. Nous y développerons les méthodologies de la phase exploratoire à savoir des entretiens collectifs et des questionnaires. Puis nous détaillerons la méthodologie propre à l'analyse de l'activité issue des auto-confrontations, analyses vidéo et des entretiens d'explicitation.

*La troisième partie de notre travail concerne les résultats mis en évidence et la discussion.*

Le cinquième chapitre abordera les résultats, que nous détaillerons en fonction des niveaux mis en évidence qui correspondent aux échelles macro, méso et micro de l'activité. Nous commencerons par la description des résultats de la phase exploratoire : cela comprendra les entretiens collectifs des formateurs et des étudiants, les résultats des enquêtes confirmatoires à destination des formateurs et des étudiants. Dans un second temps, nous présenterons les

résultats du cœur de la recherche, à savoir, l'analyse de l'activité des formateurs ostéopathes et celle des professionnels ostéopathes en regard des différents niveaux de l'activité.

Le sixième et dernier chapitre sera constitué de la discussion de notre travail et nous proposerons des recommandations en matière d'ingénierie pédagogique et de formation. Enfin, nous conclurons notre travail en envisageant les perspectives à l'issue de ce travail doctoral.

# Chapitre 1 L'ostéopathie : une discipline en cours d'élaboration.

## 1.1 Introduction

Dans cette première partie, nous apporterons au lecteur des éléments à la fois historiques et conceptuels permettant une meilleure compréhension de l'ostéopathie. Ces rappels n'ont pas pour vocation de présenter un exposé exhaustif sur cette discipline car cela nécessiterait un développement considérable. Néanmoins, ces explications permettront au lecteur de se familiariser avec cette médecine non conventionnelle afin d'en comprendre les enjeux et d'appréhender les questions qui pourraient se poser lors de la formation des futurs thérapeutes. Nous tâcherons ici de nous positionner sur une définition de l'ostéopathie ; nous rappellerons également son parcours historique, depuis sa création aux États-Unis jusqu'à sa venue en France. Nous présenterons les pionniers de l'ostéopathie qui ont introduit cette discipline en France. Nous évoquerons le « concept ostéopathique », sorte de modèle qui définit la profession et montrerons le manque de clarté de celui-ci qui a un impact sur la diversité des pratiques. Ce premier chapitre, avant tout descriptif, permettra d'acquérir un socle de connaissances suffisants pour cerner la discipline et ses enjeux.

## 1.2 Des définitions multiples

La principale difficulté que constitue la tentative de définir l'ostéopathie provient du nombre de propositions de définitions qui entrent en concurrence et qui peuvent constituer un « flou » sur sa compréhension. Ainsi, dans son ouvrage, Eckert se demande si :

*« la multiplicité des manières de pratiquer l'ostéopathie ne serait [...] que l'expression concrète d'une absence de définition claire de ses principes fondateurs »* (Eckert 2013).

Dans son article, *an historical perspective on principles of osteopathy*, Stark fait référence à la période initiale de l'ostéopathie qui se termine vers 1910, époque de naissance de la discipline où pourtant aucun principe définitif ou élément de principe n'est défini par la profession (Stark 2013). Aussi, cette absence d'éclaircissement des fondements par son créateur laisse le champ interprétatif libre pour les futures générations de praticiens qui ont suivi.

Pour tenter de définir l'ostéopathie, nous présenterons plusieurs définitions issues, en grande majorité, des travaux des syndicats de la profession. Nous finirons par la définition adoptée par les pouvoirs publics, suite au décret no 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie. Enfin, nous analyserons pourquoi nous avons choisi la définition provenant d'un congrès à Bruxelles en 1987, qui nous paraît être la plus complète et la plus pertinente.

Pour débiter ce travail définitionnel, revenons à la vision du fondateur de l'ostéopathie, Andrew Taylor Still. Dans son autobiographie, il écrit : « l'ostéopathie est la loi de l'esprit, de la matière et du mouvement » (A. T. Still, Gueullette, et Tricot 2017). Cette définition est loin des principes fondamentaux que la plupart des praticiens retiennent aujourd'hui, à savoir : l'interrelation structure-fonction, la globalité et l'homéostasie (Eckert 2013, p23). On peut cependant percevoir dans cette première définition les germes des principes fondamentaux qui régissent la discipline aujourd'hui. Ces principes recouvrent ce que l'on dénomme « concept ostéopathique » que nous aborderons plus loin.

### 1.2.1 Définition retenue par les Associations représentatives des ostéopathes

La Chambre Nationale des Ostéopathes (CNO)<sup>1</sup> propose la définition suivante de l'ostéopathie fondée sur trois « principes » :

« L'originalité de l'ostéopathie repose en particulier sur trois points : La main, outil d'analyse et de soins, la prise en compte de l'individu dans sa globalité, le principe de l'autorégulation (Homéostasie) c'est à dire la capacité propre à l'organisme de se régénérer ».

Dans cette définition, on retrouve la spécificité de la main comme outil non seulement de perception mais également de soin. On notera surtout le fait que l'individu est considéré dans sa globalité, c'est-à-dire dans sa dimension physique mais également humaine. Toujours selon cette définition, une position forte au plan théorique est de penser le corps comme capable de se soigner lui-même dans certaines conditions, et si le principe de guérison retenu est celui de l'autorégulation, cela sous-entend un rôle particulier de l'ostéopathe qui devient un facilitateur permettant au corps de retrouver la santé par lui-même.

---

<sup>1</sup> La CNO a été créé en 2004. C'est un syndicat représentant les ostéopathes qui se veut totalement indépendant d'éventuels lobbies politiques comme pourraient l'être certains.



De son côté, le syndicat français de ostéopathes (SFDO)<sup>2</sup> définit l'ostéopathie de la manière suivante :

*« Médecine manuelle, l'ostéopathie vise à comprendre les causes des symptômes du patient à partir d'une analyse des différents systèmes du corps humain dans leur ensemble. Il s'agit d'une approche dite « systémique » qui permet d'agir sur les troubles fonctionnels et sur les symptômes ».*

La particularité du SFDO est qu'il introduit la dénomination de médecine dans cette définition pour parler de l'ostéopathie et qu'il spécifie l'ostéopathie comme une voie symptomatique, c'est-à-dire qui prend au sérieux les symptômes à la fois comme voie d'accès (signifiant des troubles) à la guérison et comme indicateurs de leur traitement.

Enfin pour le syndicat Ostéopathes de France (UFOF)<sup>3</sup>, l'ostéopathie « est une méthode de soins qui s'emploie à déterminer et à traiter les restrictions de mobilité qui peuvent affecter l'ensemble des structures composant le corps humain ». Dans cette définition, il est question plus précisément de restrictions de mobilité, ce qui consiste en une réduction de l'action thérapeutique de l'ostéopathe, alors que dans la précédente il est question de traiter plus largement les troubles fonctionnels.

À travers ces trois premières approches, nous ne pouvons constater l'existence de visions distinctes qui reflètent une certaine disparité de compréhension de la discipline. Ainsi, dans la première et la deuxième définition, il est fait référence à « la main » ou à la « médecine manuelle ». Dans la troisième définition, on évoquera la « méthode de soins », laissant complètement de côté cet aspect manuel de l'intervention. Dans les trois définitions, il est cependant fait allusion à la compréhension et à l'analyse du patient, dont on déduit qu'elle est centrale du point de vue du praticien. Enfin, concernant la finalité du traitement, la première définition évoque « la globalité de l'individu », la seconde parle des « systèmes du corps » et la troisième mentionne les pertes de mobilité des différentes structures du corps.

---

<sup>2</sup> Le SFDO représente les ostéopathes depuis 1973, il a été créé à l'origine par des ostéopathes issus de la *European School of Osteopathy*. Il a pour mission de défendre les ostéopathes non-médecins et de les représenter face aux pouvoirs publics.

<sup>3</sup> *Ostéopathes de France* est un autre syndicat créé en 1987 : il a pour mission la défense et la représentation de l'ostéopathie.

Que ce soit sur le processus, les méthodes, les éléments qu'elle prend en compte ou les finalités qu'elle poursuit, nous voyons que le contenu de ces définitions ne se recoupe pas.

Ces trois associations sont « représentatives » de la profession, pourtant elles entretiennent cette diversité des conceptions. Ces différences de définitions nous questionnent, quant à la compréhension de la discipline par le grand public et à la capacité de proposer une unification de signification pour ses praticiens, unification dont nous faisons le pari qu'elle serait constitutive d'un renforcement identitaire. La question d'un travail commun de définition a été partiellement tranchée par les pouvoirs publics.

### 1.2.2 La définition de 2007 des pouvoirs publics

Avec la reconnaissance de la discipline, l'article 1<sup>er</sup> du décret 2007-435 du 25 mars 2007 donne une définition large, en tâchant de se concentrer sur les actes autorisés et les moyens employés. Le décret propose de définir la discipline de la manière suivante :

« L'ostéopathe, dans une approche systémique, après diagnostic ostéopathique, effectue des mobilisations et des manipulations pour la prise en charge de dysfonctions ostéopathiques du corps humain ».

Cette définition a été construite sur proposition des représentants syndicaux et des représentants de l'enseignement en ostéopathie. La notion de « systémie » est reliée au principe de globalité. On mentionne le diagnostic ostéopathique par opposition au diagnostic médical. Il n'est pas fait allusion à des pathologies médicales mais bien à des dysfonctions ostéopathiques qui sont du seul ressort de l'ostéopathe. Cette définition a l'avantage d'être particulièrement consensuelle vis-à-vis du monde médical car elle ouvre le champ disciplinaire propre à l'ostéopathie sans le superposer ou le confondre avec le système médical.

### 1.2.3 Une définition consensuelle au niveau européen

Une définition nous semble particulièrement pertinente dans son approche : c'est celle qui a été élaborée à Bruxelles en 1987 lors de la « Convention Européenne d'Ostéopathie » par le Professeur Pierre Cornillot. Cette définition a l'avantage d'être la plus complète possible, allant même jusqu'à parler de « médecine » ostéopathique et à en définir ses fondements. On pourrait voir dans cette approche une prémisse épistémologique de la discipline :

« La médecine ostéopathique est une science, un art et une philosophie des soins de santé, étayée par des connaissances scientifiques en évolution. Sa

philosophie englobe le concept de l'unité de la structure de l'organisme vivant et de ses fonctions. Sa spécificité consiste à utiliser un mode thérapeutique qui vise à réharmoniser les rapports de mobilité et de fluctuation des structures anatomiques. Son art consiste en l'application de ses concepts à la pratique médicale dans toutes ses branches et spécialités. Sa science comprend notamment les connaissances comportementales, chimiques, physiques et biologiques relatives au rétablissement et à la préservation de la santé, ainsi qu'à la prévention de la maladie et au soulagement du malade. Les concepts ostéopathiques mettent en évidence les principes suivants :

- le corps, par un système d'équilibre complexe,
- tend à l'auto-régulation et à l'auto-guérison face aux processus de la maladie.
- le corps humain est une entité dans laquelle la structure et la fonction sont mutuellement et réciproquement interdépendantes.

Un traitement rationnel est fondé sur cette philosophie et ses principes. Il favorise le concept Structure/Fonction dans son approche diagnostique et thérapeutique par des moyens manuels » (cité dans Devoto, 2015, p.25).

Il est difficile au vu de la multiplicité des définitions, d'analyser de manière plus fine les définitions données au terme « ostéopathie » et de tenter d'en cerner les subtilités. Il nous faudrait, en effet, évoquer les multiples terminologies employées par les différents auteurs pour en associer ou non les usages. Dans le travail de définition du Pr Cornillot, il est particulièrement intéressant de constater l'utilisation des terminologies « art », « science » et « philosophie » pour évoquer l'ostéopathie. L'utilisation de la notion d'art pour définir un métier, comme c'était longtemps le cas pour désigner l'art médical, met en avant l'incertitude qui est au centre du travail, ainsi que son caractère créatif et non systématique (Menger 2009). Ainsi, tel un artiste peintre, l'ostéopathe ne serait jamais assuré de parvenir à ses fins et d'aboutir à un résultat conforme à ce qu'il espérait faire. L'utilisation du terme « science » pour définir une discipline indique, comme le propose Jovic (2008), que la mise en commun de connaissances pour définir les bonnes pratiques sur la base d'un consensus professionnel ne se résume pas aux connaissances issues de la recherche qui présentent un haut niveau de preuve. Autrement dit, une science repose également sur un savoir, des méthodes, un système de valeurs, des activités qui sont reconnues par un groupe professionnel.

Enfin, percevoir l'ostéopathie comme une « philosophie » revient à la considérer comme un guide, une manière de vivre, de penser (Cooper, 2007). Il est sans doute ici fait allusion au fait que l'ostéopathie ne s'arrête pas à la porte du cabinet du praticien. Toute personne se disant ostéopathe doit se référer à une philosophie au quotidien, un état d'esprit, une épistémologie, certains principes de compréhension du vivant.

Pour résumer cette question des définitions de l'ostéopathie que nous venons d'évoquer, nous pouvons dire qu'elles représentent des visions de l'ostéopathie qui, en fonction des implications (politiques, scientifiques, pédagogiques) de leurs auteurs, ancrent la définition dans des orientations qui leur sont propres. Elles ont le désavantage, par leur nombre, de rendre plus difficile la compréhension de la discipline. Nous devons donc faire le constat qu'après un siècle d'existence, l'ostéopathie n'a toujours pas trouvé de définition consensuelle, mais l'a-t-elle cherché ? À ce stade, nous constatons la difficulté qu'il y a à finaliser une définition commune et nous nous interrogeons sur la provenance de cette difficulté. La discipline a-t-elle véritablement besoin d'une seule et unique définition ? Pourquoi y-a-t-il tant de définitions ? La discipline est-elle encore aujourd'hui victime d'un manque de clarté ? Les origines de la discipline peuvent-elles nous éclairer sur ces questionnements ? C'est à la recherche des réponses à cette dernière question que se poursuit notre cheminement.

## 1.3 Les origines

Dans cette partie, nous ferons un bref rappel historique de la création de la discipline aux États-Unis et de son implantation en France. Cette partie historique a son importance car elle permettra de cerner les enjeux actuels de la formation qui en sont issus. Elle nous permettra de donner des éléments de réponse concernant la difficulté de trouver une définition qui fasse l'unanimité dans la profession.

### 1.3.1 La naissance aux États-Unis

L'ostéopathie a été fondée aux États-Unis au XIX<sup>e</sup> siècle par Andrew Taylor Still (1828-1917). Cette origine unique est bien connue grâce aux recherches historiques du Pr Gueulette qui a participé à consolider les fondements de la discipline et la reconnaissance du rôle de Still dans l'ostéopathie. Still était le fils d'un pasteur méthodiste et médecin, Abraham Still, qui jouissait d'une grande notoriété grâce à ses prêches itinérants. Andrew Taylor Still a donc la chance considérable de pouvoir bénéficier d'une éducation convenable à son arrivée à New Market dans le Tennessee (Still, 2015). En effet, le jeune garçon a la possibilité d'apprendre à lire, ce

qui, à l'époque, constitue le passeport vers la culture et l'érudition. Il apprendra également et surtout la médecine au côté de son père. Vers l'âge de trente ans, Andrew T. Still commence à suivre quelques cours à l'école de médecine de Kansas City. Cependant, il n'ira pas jusqu'au diplôme fin (Gueullette, 2014, p.101). Cependant, les règles en vigueur à l'époque n'obligent pas à finaliser un diplôme pour avoir le droit de pratiquer la médecine. Still obtient de l'État du Missouri une autorisation d'exercer en date du 28 juillet 1883<sup>4</sup>. Auparavant, il a servi en tant que médecin et chirurgien lors de la guerre de Sécession, durant laquelle il a sans doute développé des compétences médicales et chirurgicales ainsi que des connaissances importantes en anatomie. L'histoire conserve comme date fondatrice de l'ostéopathie le 22 juin 1874. Il est souvent fait allusion à l'épisode de guérison d'un enfant atteint de dysenterie comme événement datant « l'émergence » de l'ostéopathie. C'est dans le Missouri que Still prend dans ses bras, de manière instinctive, un enfant gravement atteint de dysenterie : en le portant, Still remarque une différence de température entre l'abdomen et le dos ; il tente alors de rétablir une certaine harmonie entre les deux (Gueullette, 2014, p. 213). Le lendemain, la mère lui ramène l'enfant guéri (Still, 2017, p. 93-94). La première école d'ostéopathie voit le jour sous son impulsion en 1892 à Kirksville : « *l'American School of Osteopathy* » (ASO), où elle existe encore actuellement tandis que, dans le même temps, plusieurs ouvrages sont publiés sur la pratique de l'ostéopathie (Gueullette 2014, p.101).

### 1.3.2 Son importation en Europe

Le britannique John Martin Littlejohn reçoit l'enseignement direct de A. T. Still dans les années 1897. Contrairement à lui, il dispose d'une formation académique, ayant fait des études d'anatomie sous la direction de Mckendrick<sup>5</sup> et ayant participé à des conférences de Sir James Mckenzie<sup>6</sup>. Littlejohn est un passionné de physiologie. Équivalent de « maître de conférences » dans cette discipline à l'ASO, il en deviendra le doyen (Auquier, 2007, p.29). Il fonde par la suite sa propre école d'ostéopathie à Chicago en 1900, l'« *American College of Osteopathy and Surgery* ». Il a une telle soif de connaissances qu'il entame des études de médecine et passe son doctorat au « Duham and Hering medical College ». Alors qu'il souhaite rentrer en Europe, il crée, avec l'accord de Still, la British School of Osteopathy (B.S.O) à Londres en 1917 qui

---

<sup>4</sup> Site des archives du Missouri.

<sup>5</sup> Le docteur McKendrick (1841-1926) est un physiologiste écossais

<sup>6</sup> Éminent cardiologue (1853-1925).

deviendra la première école d'ostéopathie hors des États-Unis. Cette école existe encore actuellement.

### 1.3.3 Son origine en France

En France, l'ostéopathie semble avoir été introduite à partir d'ouvrages aux faibles retentissements. Les Docteurs Moutin et Mann publient en 1913 un ouvrage dont le contenu évoque largement les ouvrages d'Andrew Taylor Still (Moutin & Mann, 1913). Trente-six ans après, le docteur Lavezzari essaie à son tour de publier sur le sujet de l'ostéopathie : en 1949 sort *Une nouvelle Méthode Clinique et thérapeutique : l'Ostéopathie* (Lavezzari, 1949). Ce n'est véritablement qu'à partir de 1950 que Paul Geny, formé à la *British School of Osteopathy* de Londres, crée l'École Française d'Ostéopathie à Paris officialisant ainsi l'enseignement de l'ostéopathie sur le territoire. Une querelle débute alors entre les médecins et les kinésithérapeutes concernant l'appropriation de l'ostéopathie. L'ordre des médecins, qui milite pour une ostéopathie médicale, oblige les pouvoirs publics à légiférer sur l'encadrement de la pratique de l'ostéopathie. L'article 2 de 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 et par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales non-médecins énonce :

*« Ne peuvent être pratiqués que par les docteurs en médecine (...), les actes médicaux suivants : toute mobilisation forcée des articulations et toute réduction de déplacement osseux, ainsi que toutes manipulations vertébrales, et d'une façon générale, tous les traitements dits d'ostéopathie, de spondylothérapie (ou vertébrothérapie) (...) ».*

Cet arrêté marquera le début de nombreux procès au titre d'exercice illégal de la médecine pour les non-médecins pratiquant l'ostéopathie. Il aura donc fallu près d'un siècle entre l'émergence de l'ostéopathie aux États-Unis, sa diffusion en Grande-Bretagne puis en France, et les premiers conflits liés à son exercice.

## 1.4 Cadre légal et reconnaissance d'une pratique partagée

L'ostéopathie est officiellement une pratique encadrée et autorisée en France seulement depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui prévoit, dans son article 75, que :

L'ostéopathie : une discipline en cours d'élaboration.

*« L'usage professionnel du titre d'ostéopathe (...) est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie (...) délivrée par un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la santé dans des conditions fixées par décret. ».*

L'usage professionnel du titre est ainsi strictement encadré depuis 2002 et partagé entre les professionnels de santé et les ostéopathes exclusifs. Par la dénomination d'« ostéopathes exclusifs », nous entendons les ostéopathes n'ayant aucun autre diplôme médical ou paramédical. Il s'agit des ostéopathes formés dans des écoles privées, en cursus post-bac. Ceci n'est pas sans créer une certaine confusion auprès du grand public. En effet, il est parfois difficile pour un patient de comprendre la nuance des pratiques entre un kinésithérapeute pratiquant l'ostéopathie, un médecin ostéopathe, et un ostéopathe exclusif.

Ce n'est que le 25 mars 2007, après plusieurs manifestations d'étudiants en ostéopathie et un recours devant le conseil d'État, que les décrets paraissent au journal officiel. La pratique de l'ostéopathie devient donc réglementée. Il est à noter que les ostéopathes obtiennent un statut de **consultant de première intention** et que les patients n'auront donc pas à passer chez un médecin comme cela avait pu être évoqué pour pouvoir consulter. Cette notion est importante car si l'on se réfère aux conclusions de la thèse en droit de Pierre Luc l'Hermite, cette compétence de première intention confère à cette profession, du point de vue du droit français, une « médicalité » (2018).

L'art. 1<sup>er</sup> du décret n°2007-435 du 25 mars 2007 indique en effet que :

*« Les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques. »*

Dans ce premier article, le législateur indique qu'il considère l'ostéopathie comme une thérapeutique « douce », disposant ainsi que les pathologies organiques sont du recours de la médecine. Le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie définit le champ de compétences des ostéopathes en précisant notamment les « actes autorisés ». Ainsi, par exemple, toutes les manipulations internes sont proscrites. Il est également demandé un certificat médical pour toute manipulation d'un enfant de moins de six

mois. Nous retrouvons dans le champ des possibles les deux notions de « manipulations » et de « troubles fonctionnels » des définitions précédentes, ainsi que la définition du hors champ pour l'intervention ostéopathique.

Il existe encore un imbroglio statutaire des ostéopathes qui renforce ce sentiment de confusion. Certains possèdent un titre de professionnel de santé tandis que d'autres non. Les ordres des professionnels de santé interviennent également en ce sens en rajoutant un amalgame sur la différence de pratique qui peut exister entre ces deux professionnels, le législateur ayant statué sur un partage du titre d'ostéopathe.

Après avoir donné des informations historiques et contextuelles permettant de comprendre l'apparition de la discipline, nous avons évoqué le cadre réglementaire actuel de son exercice en France. Cependant la légitimité juridique permet-elle d'épuiser toutes les questions que soulèvent encore aujourd'hui l'ostéopathie ? Les professionnels parlent régulièrement entre eux de « concept » pour définir l'ostéopathie, cependant, qu'est-ce que le « concept ostéopathique » ? Y en-a-t-il un seul ou plusieurs, que recouvre réellement ce terme ? Nous tâcherons, dans la partie suivante, de discerner si cette notion est bien au cœur de cette discipline comme aiment à le penser les ostéopathes.

## 1.5 Le concept ostéopathique, l'âme de la discipline ?

La notion de « concept ostéopathique » fait débat au sein de la profession du fait des interprétations personnelles qu'elle peut susciter. Cependant, en nous fondant sur une première définition d'un concept mathématique, nous verrons qu'il s'agit d'une notion rigoureusement définie qui sert de fondement ou de principe (Ouvrier-Buffet, 2004). Nous développerons dans cette partie la notion de « concept ostéopathique » et évoquerons son caractère flou. Nous analyserons les répercussions d'une référence assez systématique, par les professionnels, à un texte fondateur qui a plus de cent cinquante ans d'existence et de son éventuelle concurrence avec de nouvelles références scientifiques.

### 1.5.1 La référence omniprésente aux fondateurs

Dans l'approche de l'ostéopathie, beaucoup de questions et même un éventuel malaise sont présents, liés à la référence incessante aux fondateurs parfois désignés comme les « pères fondateurs » (Magoun, 2004, p.5) ce qui suggère la charge symbolique très forte qui leur est accordée. On observe, de la part des thérapeutes, une référence quasi systématique au fondateur



qui semble essentielle pour valider le discours et l'acte thérapeutique. Comme le souligne Jean-Marie Gueulette dans son ouvrage, il est souvent fait référence à Still comme un fondateur (Gueulette, 2014, p.208) avec toutes les conséquences que cela suppose. On parle d'un fondateur pour un ordre religieux, une ville, etc. Pour évoquer une éventuelle scientificité, on parlerait davantage d'un « inventeur ». La plupart des auteurs ostéopathes manifestent vigoureusement leur fidélité aux « principes fondateurs » et à la démarche intellectuelle et thérapeutique de Still (Gueulette, 2014, p.23). Cette référence au « père fondateur » est un critère de légitimité et d'authenticité de l'ostéopathie telle qu'elle est aujourd'hui pratiquée. Il existe, cependant, dans la profession, une prise de distance à l'égard de ces principes de la part de certains thérapeutes qui revendiquent une nécessaire adaptation des principes au monde d'aujourd'hui. Pourtant, il n'est pas question de rupture avec la pensée originelle. Dans son ouvrage, Pierre Tricot (2005) évoque cette idée :

« Il nous incombe aujourd'hui de démontrer ces systèmes d'expression, ces modélisations afin de retrouver l'essentiel de ce qu'ils ont observé et désiraient nous transmettre et de pouvoir les reformuler et les utiliser d'une manière plus satisfaisante à notre conscience aujourd'hui » (Tricot, 2005, p.44).

En analysant l'utilisation de l'histoire par la médecine, Jean-Marie Gueulette évoque l'impasse dans laquelle celle-ci s'est maintenue durant plusieurs siècles lorsque sa référence à l'autorité de Galien lui imposait des idées fausses (Gueulette, 2014, p.23). Il ne serait sans doute pas rassurant pour un patient se présentant chez un médecin d'entendre ce dernier faire référence exclusive à Hippocrate. De nos jours, les médecins-chercheurs ne font plus du tout référence à l'histoire, la rigueur scientifique les obligeant à être extrêmement vigilants sur le fait d'utiliser les données les plus récentes pour valider leurs pratiques. Sans du tout rejeter ce que la discipline doit à ses fondations historiques, il est manifeste que les ostéopathes ont à actualiser leurs références disciplinaires, afin de montrer la vie de l'ostéopathie, la dynamique de sa pratique, de sa recherche, des débats en son sein.

### 1.5.2 Qu'est-ce qu'un concept ?

Bruner (cité par Barth, 1985, pp. 46-58) définit un concept de la manière suivante : « *Il s'agit des représentations dont on peut se faire une idée sans l'avoir en face de soi* ». Les philosophes René Descartes et John Locke substitueront au « concept » la notion « d'idée » qui désigne plus généralement toute représentation mentale, qu'elle soit d'ordre perceptif, imaginaire ou

purement abstrait. Les concepts ont également un intérêt majeur dans la construction des théories : c'est même leur utilité première (Gerring, 1999, p.381). Pour définir la notion de « concept », il est également fait référence au triangle « dénomination, compréhension, extension » (Ogden & Richards, 1923).

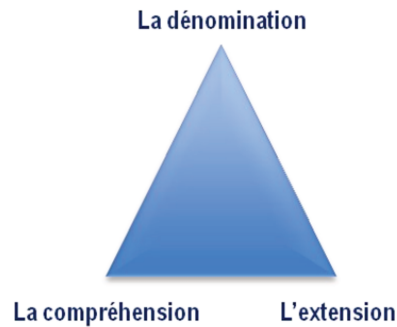


Figure 1. : Le triangle conceptuel simple (Ogden & Richards, 1923).

Il n'y a véritablement concept que lorsqu'il existe des interactions dynamiques entre ces trois dimensions : la dénomination doit s'accompagner d'une tentative de définition et d'un renvoi à une classe de faits empirique (Dumez, 2011). Trop souvent, les ostéopathes avancent une nouvelle dénomination pour évoquer leur pratique sans en donner une réelle définition ou, plus exactement, une exploration compréhensive. Comment ce nouveau concept se situe-t-il par rapport au champ existant ? Si le travail d'exploration compréhensive n'est pas fait, la dénomination ne sera qu'une simple étiquette. Si le travail d'exploration extensive n'est pas fait, le concept se réduit à une dénomination recouvrant une idée générale et vide (Dumez, 2011). Comme nous le mettrons en avant dans la suite de notre travail, la terminologie des notions, le sens des mots peuvent être préjudiciables à l'ostéopathie : souvent, il manque cette interaction dynamique entre la dénomination, la compréhension et l'extension.

En dernier lieu nous pouvons également évoquer la notion de « concept » développé par la psychologue Eleanor Rosch. Celle-ci a développé la « théorie des prototypes » (Rosch, 2013). Selon cette approche, un concept est représenté mentalement par un prototype réunissant les propriétés les plus typiques auxquels le concept se réfère. L'appartenance d'un objet à un concept est alors fonction de son degré de ressemblance au prototype (Pacherie, 1993).

### 1.5.3 « Le » ou « les » concepts ?

Selon Issartel, l'ostéopathie constitue une approche du soin centrée sur le patient (Issartel, 1983, p.28) et fondée uniquement sur l'intervention manuelle (Still traduit par Gueullette & Tricot,

2017). Durant son premier siècle d'existence, cette discipline s'est développée en améliorant et en étendant son processus de diagnostic et de traitement. Nous conviendrons effectivement que l'ostéopathie est une thérapeutique manuelle. Pourtant, ce qui a été légué par les fondateurs de la profession ne consiste pas en un savoir-faire ou un répertoire de techniques mais se reconnaît dans cette notion de « concept ostéopathique ». La terminologie de « concept ostéopathique » désigne le développement de principes fondamentaux qui sont formulés de façon variable selon les auteurs, tels que :

- l'unité du corps,
- l'interdépendance entre la structure et la fonction des organes
- l'auto-guérison du corps (Coues, Hoffman, & Comeaux, 2012 ; Issartel, 1983).

On se rappelle la référence importante à l'homéostasie, qui correspond à la capacité d'un système à maintenir l'équilibre de son milieu intérieur (notamment certaines constantes physiologiques comme la pression artérielle, la température, etc.), quelles que soient les contraintes externes. Le concept d'**homéostasie** se réfère donc fondamentalement à la notion d'état stationnaire à retrouver. Partant de ces principes, l'intervention ostéopathique consisterait donc à repérer les déséquilibres de la structure qui limitent ou bloquent la circulation de l'information<sup>7</sup> et des substances, et qui sont à l'origine de réactions compensatrices du corps visant à assurer la continuité des fonctions (Garnier & Braccini, 2017).

En analysant les différentes définitions données de l'ostéopathie, on s'aperçoit que le concept y est bien toujours suggéré mais que les termes utilisés diffèrent. Ainsi, on retrouve pêle-mêle les termes de « globalité », « unité », « approche holistique », « interrelation des structures », etc. Ces notions, si elles se ressemblent, ne sont pas pour autant identiques. Cette imprécision est-elle le reflet d'une négligence ou son caractère trop flou est-il nécessaire pour embrasser des significations hétéroclites ?

Still donne à l'ostéopathie des fondements qui ne s'expriment pas à travers les trois repères que nous utilisons aujourd'hui, à savoir les principes de globalité, d'interrelation structure-fonction

---

<sup>7</sup> Des recherches ont démontré que l'ostéopathie agissait sur le système nerveux par l'intermédiaire du système neurovégétatif. C'est le cas par exemple des manipulations à la base du crâne qui permettent une régulation du système parasympathique (Ponti, 2016 ; Richard, 2018). L'information dans le corps correspond donc à la libre circulation de l'activité du système nerveux.

et d'homéostasie. Sa définition est d'un tout autre genre : « *l'ostéopathie est la loi de l'esprit, de la matière et du mouvement* » (Still traduit par Gueullette & Tricot 2017, p.208). Cette formule est difficile à comprendre hors de son contexte historique (la « loi de l'esprit » ou celle « de la matière » n'est guère plus concevable simplement aujourd'hui) et génère des approximations quant à la nature de la discipline. Pourtant, elle possède en elle-même le germe des grands principes de l'ostéopathie ; il s'agit alors pour les ostéopathes de clarifier le concept dans une définition. Reprenons les différents éléments constitutifs dans la caractérisation de l'ostéopathie par Still.

#### 1.5.3.1 La globalité

Comme évoqué dans le terme de « globalité », ce principe consiste à considérer le corps dans sa totalité, comme un ensemble d'interrelations, d'interconnexions, toutes les structures du corps étant liées les unes aux autres. La notion la plus explicite pour en rendre compte est celle d'articulation :

« Au départ, furent surtout considérées les structures articulaires osseuses, très rapidement le concept d'articulation s'est étendu à tous les tissus du corps. Par exemple, l'articulation entre un muscle et son fascia, un nerf et son tunnel musculo-tendineux, un rein et le psoas, un foie et le diaphragme, utérus/vessie ... Toute contiguïté est une articulation » (Abehsera, 1986).

Considérer la primauté des interrelations sur les seuls tissus pris indépendamment engendre des conséquences sur la compréhension des troubles et le type d'interventions des praticiens. Cela les distingue considérablement de l'exercice classique de la médecine occidentale moderne qui s'est spécialisée en zones-fonctions-organes considérés en soi. Pour illustrer ce principe, prenons le cas d'un patient souffrant de douleurs cervicales et venant pour une première consultation. Il peut lui apparaître pour le moins surprenant que le thérapeute traite sa cheville, sans se soucier des cervicales ! Pourtant, cela montre seulement que l'ostéopathe a repéré que les douleurs tenaient aux séquelles d'une ancienne entorse qui « bloquaient » le mouvement de l'ensemble du corps : c'est ce blocage qui, par des phénomènes de compensation, et par le jeu des chaînes musculaires<sup>8</sup> donne lieu aux douleurs cervicales. Ainsi, après un traitement des chevilles, l'ensemble du corps recouvre davantage de mobilité, et les tensions compensatrices

---

<sup>8</sup> Les chaînes musculaires sont un concept inventé par une kinésithérapeute française Françoise Mézières, qui établit un lien entre tous les muscles du corps.

sur les cervicales diminuent. Cette notion de globalité bénéficie indirectement d'un grand intérêt actuellement de la part des scientifiques avec la découverte des « fascias<sup>9</sup> » et la compréhension de leur rôle. Il s'agit d'une structure fibro-élastique qui recouvre ou enveloppe une structure anatomique. Elle est composée de tissu conjonctif très riche en fibres de collagène. Les fascias sont connus pour être des structures passives de transmission des contraintes générées par l'activité musculaire ou des forces extérieures au corps. Il a également été montré qu'ils sont capables de se contracter et d'avoir une influence sur la dynamique musculaire et que leur innervation sensitive participait à la proprioception et à la nociception. Les **fascias** sont présents dans presque tout le corps : dans la peau (où beaucoup de **fascias** fixent le tissu conjonctif et le relient à la cellulite), mais aussi dans les cartilages, les os, les articulations, les tendons, les muscles et les organes, y compris le cerveau et la moelle épinière. De nombreuses études scientifiques (Dölken, 2002 ; Schleip, 2003) démontrent les interconnexions de ces tissus et corroborent le principe de globalité évoqué par Still.

#### 1.5.3.2 *L'interrelation structure la fonction.*

Comme nous venons de le voir, toutes les structures du corps sont donc en interrelation. De même que les structures, les fonctions du corps interagissent les unes par rapport aux autres. Pour illustrer cette idée, Still compare le corps à une entreprise ou à une ville :

« Chaque organe est un ouvrier compétent, membre de l'union du Travail Parfait. Chaque ouvrier ou organe doit être en parfaite santé, sinon quelques défauts apparaîtront, des manquements dans la perfection de l'ouvrage au sein de l'ensemble du système ou de la ville » (Still, 2001, p.29).

Pour l'auteur, la maladie est « le résultat de désordres physiologiques ayant pour cause des anomalies anatomiques » (Still, 2001, p.23). Ainsi, un déséquilibre structurel entraînera une souffrance fonctionnelle. Une fois encore, pour illustrer notre propos, prenons l'exemple d'un patient qui consulte pour une douleur lombaire. Lors de la phase d'anamnèse<sup>10</sup>, l'ostéopathe demande au patient si celui-ci, (en plus des symptômes lombaires) a des troubles du transit. Le patient évoque effectivement des épisodes de constipation depuis l'apparition des douleurs

---

<sup>9</sup> Les fascias ont fait l'objet d'un reportage sur ARTE en 2018 : « les alliés secrets de notre organisme » qui a suscité un grand intérêt de la part du public.

<sup>10</sup> Selon la définition du Larousse 2015, l'anamnèse correspond à l'ensemble des renseignements fournis au médecin par le malade ou par son entourage sur l'histoire d'une maladie ou les circonstances qui l'ont précédée.

lombaires. Dans cet exemple, un blocage articulaire lombaire a une répercussion sur les structures avoisinantes, en l'occurrence les anses de l'intestin grêle qui empêchent, par la répercussion de cette tension, son fonctionnement optimal. L'ostéopathe, en libérant les lombaires, permettra également un relâchement des structures viscérales et ainsi un meilleur fonctionnement du système viscéral. Nous avons bien, dans cette situation, un exemple de structure (les lombaires) qui interagit sur la fonction (le système digestif).

### 1.5.3.3 La globalité vitaliste

Cependant, pour comprendre l'approche du fondateur de l'ostéopathie, il faut se replacer dans son époque et se rappeler que ses écrits ne s'inspirent pas seulement des thèses mécanistes lorsqu'il évoque la mobilité. Ils trouvent également de fortes influences dans le vitalisme,<sup>11</sup> – largement critiqué par les pairs de la science expérimentale – et sont partiellement empreints de spiritualité<sup>12</sup>. Ce courant se fonde sur la notion d'un « principe vital », sorte d'intelligence, capable de ramener l'équilibre et la normalisation pour y jouer un rôle de maintien de vie (Abehsera, 1986, pp. 135-136). Ainsi, l'Homme serait capable de « s'auto-guérir » ; c'est le concept même d'homéostasie, c'est-à-dire de cette capacité d'un système à maintenir l'équilibre de son milieu intérieur. Le rôle de l'ostéopathe est donc de permettre de retrouver cet équilibre pour que le système, autrement dit l'être humain puisse par lui-même puiser dans ses propres ressources pour retrouver le chemin de la guérison. L'auto-guérison n'est pas une conception propre à l'ostéopathie. S'il est vrai que la médecine moderne occidentale est surtout une médecine de la maladie, d'autres approches parient sur la santé et la prévention. Ainsi, la médecine indienne ayurvédique ou la médecine chinoise, toutes deux plurimillénaires, évoquent le même principe d'auto-guérison qui agirait, cependant, par l'intermédiaire des « doshas<sup>13</sup> » pour l'une ou des « canaux du corps », à savoir les méridiens<sup>14</sup> pour l'autre. Plus récemment et dans l'aire culturelle européenne, l'endobiogénie se veut une « médecine

---

<sup>11</sup> Il s'agit de la Doctrine de l'école de Montpellier (développée au XVIII<sup>e</sup> s. par Bordeu et Barthez) d'après laquelle il existe dans tout individu un principe vital gouvernant les phénomènes de la vie distinct de l'âme et de la matière. *Par ext.* (par oppos. à *mécanisme*), doctrine selon laquelle les phénomènes de la vie sont irréductibles aux phénomènes physico-chimiques et manifestent une force vitale irréductible aux forces de la matière inerte (encyclopédie Universalis).

<sup>12</sup> La place de Dieu dans l'œuvre de Still est importante comme nous l'évoquerons dans une partie spécifique.

<sup>13</sup> Les doshas sont, dans l'ayurvéda, des énergies vitales responsables des processus physiologiques et psychologiques. Leur déséquilibre est considéré comme la cause des maladies

<sup>14</sup> Les méridiens sont des circuits du corps humain à travers lesquels passent l'énergie vitale, on dénombre 20 méridiens à travers tout le corps.

intégrative » qui se veut centrée sur le patient et le rétablissement de ses équilibres biologiques en agissant sur l'alimentation par exemple.

#### 1.5.3.4 La « loi » de l'artère

En plus des trois premiers principes, on retrouve également celui de la « loi » de l'artère.

« Pour l'ostéopathe, le fondement, c'est qu'à tout moment, la totalité du sang doit circuler dans l'ensemble des parties, aller et venir dans tous les organes. Les organes doivent en permanence disposer de sang pur et abondant. Le sang doit faire son œuvre puis retourner au cœur et aux poumons pour y laisser ses impuretés, en ressortir purifié pour recommencer son travail, cela pendant toute la vie » (Still, 2001, p29).

La circulation artérielle est très importante pour A.T Still car c'est le sang qui nourrit et « ensemence » chaque organe, tendon, ligament etc. (Still traduit par Gueullette & Tricot, 2017). Dans sa conception, la majorité des pathologies sont causées par un défaut d'approvisionnement sanguin ; toutes trouvent alors une possibilité de guérison dans cette loi. Ce principe est actuellement largement conforté par les études scientifiques et notamment l'ouvrage du Docteur Alexandre Salmanoff sur l'importance des vaisseaux et des capillaires dans le bon fonctionnement de l'organisme (1958).

#### 1.5.3.5 La spiritualité dans l'œuvre de Still

Comme nous avons pu le constater dans la définition que Still propose de l'ostéopathie, à savoir le fait que : « *l'ostéopathie est la loi de l'esprit, de la matière et du mouvement* ». Cette dimension de « l'esprit » présente dans la définition peut laisser entrevoir un substrat métaphysique. Jean-Marie Gueullette, dans son ouvrage, n'hésite pas à évoquer l'importance de Dieu pour décrire l'œuvre de Still et d'en permettre une meilleure compréhension (Gueullette, 2014, p.207). Still lui-même parle d'ostéopathie en évoquant « la loi de Dieu » (Still traduit par Gueullette & Tricot, 2017, p.204). Il ne faut pas oublier que le père de Still était pasteur et que Still a lui-même suivi son enseignement. Le contexte social de son époque est profondément religieux et la santé ne saurait échapper aux explications déistes, même si ces références sont souvent passées sous silence, il paraît opportun de les évoquer car la spiritualité n'est pas sans conséquence sur la construction épistémologique de la discipline. De plus, comme nous l'avons

évoqué, il est souvent fait référence à Still comme un « fondateur », terme qui possède une dimension symbolique voire par certains égards presque « mystique ».

#### 1.5.3.6 Trois grands modèles, base du concept ?

Afin d'éclaircir ce terme de concept ostéopathique, on peut considérer qu'elle comprend plusieurs points de vue, différentes conceptions du corps, de la plus mécanique à la plus énergétique et de différentes approches thérapeutiques (Gueullette, 2014, p.41)

Il en résulte trois grands modèles : l'approche biomécanique, l'approche fluïdique et, enfin, l'approche biodynamique. Dans l'approche biomécanique le corps humain est considéré comme une machine dont la santé est équivalente à un bon fonctionnement (Gueullette, 2014, p.42). Cette approche se concentre davantage sur la qualité de la mobilité des différentes parties du corps. L'approche fluïdique correspond à l'importance d'une libre circulation des liquides du corps. Il est souvent fait référence en ostéopathie à l'importance de la circulation sanguine cependant on pourrait également citer la lymphe ou le liquide interstitiel.

Certains praticiens ont un très fort ancrage dans l'un de ces modèles et ont une pratique exclusive. Globalement, à partir de notre connaissance de ce milieu, il nous apparaît que la plupart des ostéopathes s'appuient plutôt sur deux ou trois de ces modèles (Gueullette, 2014, p.42).

Pour le grand public, ces trois grands modèles tendent à se rendre visibles à travers l'indice sonore du « craquage ». Est-ce que l'ostéopathe consulté va faire craquer les articulations ou non (il semble que ces bruits soient principalement dus à la variation de pression dans le liquide qui entoure les **articulations** (liquide synovial), qui entraîne la formation de bulles de gaz (de l'azote). En prenant de l'expansion rapidement, ces bulles font un bruit caractéristique de « **craquement** »). L'idée sous-jacente communément admise est qu'il existerait une ostéopathie plus douce et d'autres plus manipulatives. La catégorisation de la diversité des pratiques proposée par Abehsera, si elle est assez polémique, est très éclairante quant à ses trois modèles :

*« L'ostéopathie se définit comme un mélange, à parts égales, de médecine, chirurgie, reboutement et magnétisme. Still ne le dit pas, mais cela est clair, tant dans ses principes que dans sa pratique. Le pôle médico-chirurgical devint l'ostéopathie américaine. Le pôle « reboutement » devint*



*l'ostéopathie structurelle, et le pôle magnétisme devint l'ostéopathie cranio-sacrée » (Abehsera, 2001, pp.5-13).*

À la complexité des pratiques évoquées par l'auteur on pourrait ajouter une diversité géographique des pratiques et des cadres réglementaires nationaux qui peuvent varier. Ainsi, par exemple, l'ostéopathie aux États-Unis est pratiquée par des médecins qui lui donnent une autre dimension en associant aux traitements des antalgiques, par exemple. Il est ici question non seulement de l'utilisation des pratiques, mais également du cadre légal dans lequel l'ostéopathie s'inscrit, cadre qui n'est pas identique d'un pays à l'autre. Nous faisons l'hypothèse qu'il existe un véritable courant de pensée propre aux pays francophones, largement alimenté par la France du fait de l'important développement de la discipline dans ce pays. Le Registre des Ostéopathe de France publie un article sur son site : « L'ostéopathie dans le monde ». Nous proposons une synthèse des éléments de densités dans quelques pays du monde pour se rendre compte de la spécificité de la France.

<b>Pays</b>	<b>Nombre d'Ostéopathe</b>	<b>Population</b>	<b>Date de la reconnaissance</b>
Afrique du Sud	31 en 2015	55 millions	1974
Allemagne	2279 en 2014	82 millions	1939
Australie	1900 en 2015	23 millions	1991
Belgique	2000 en 2013	11 millions	2001
Espagne	2800 en 2015	45,5 millions	2000
France	30000 en 2020	65 millions	2007
États-Unis <sup>15</sup>	82146 en 2013	300 000 millions	1974
Angleterre	2000 en 2015	54 millions	1993

Tableau 1. : Nombre d'ostéopathes dans plusieurs pays en fonction de la population, source : site du R.O.F

<sup>15</sup> La particularité des États-Unis est le caractère médical de l'ostéopathie, ainsi les ostéopathes américains DO ont les mêmes prérogatives que les médecins MD.

Cette spécificité de l'ostéopathie Française peut s'expliquer par la réglementation et le non-contrôle de la démographie par l'État, ce qui a obligé la profession elle-même à mieux structurer sa pratique qui la différencie des autres pays. Nous pourrions baptiser ce courant « ostéopathie de langue française », en référence au courant d'ergonomie de langue française qui se distingue des approches anglo-saxonnes (Lancry, 2009, p.119).

## 1.6 Ostéopathie : un territoire conquis de haute lutte

L'ostéopathie ne s'est pas construite toute seule ; comme souvent dans les mouvements de pensée, elle s'est constituée « contre » et s'est définie par opposition à la médecine. Still a souvent raconté ses expériences négatives avec la médecine, notamment lorsqu'il était enfant (Gueullette, 2014, p.99). Le contexte médical de cette époque était loin d'être satisfaisant en termes d'efficacité thérapeutique. Il en est résulté une certaine défiance de la part du fondateur de l'ostéopathie. Inversement, la médecine s'est également farouchement opposée à l'ostéopathie, en la dénigrant par le biais de plusieurs rapports. La définition d'un territoire s'origine souvent dans ses luttes aux frontières. C'est ce que nous allons montrer dans cette partie.

### 1.6.1 Soins ou pratique dangereuse ?

Le 5 mars 2013, l'académie de médecine publie un rapport rédigé par Daniel Bontoux, Daniel Couturier et Charles-Joël Menkès, intitulé *les thérapies complémentaires, leur place parmi les ressources de soins*. Ce rapport a pour but de faire un état des lieux des connaissances scientifiques ainsi que des dangers relatifs aux thérapies complémentaires en se fondant sur des preuves médicales. Il est également question de présenter la formation et les conditions d'exercice de ceux qui les pratiquent. En dernier lieu, le rapport présente et recense leur utilisation dans les hôpitaux et les centres d'oncologie. L'académie déclare ainsi se sentir « contrainte et forcée » de dire que quatre Français sur dix déclarent se tourner vers ce type de pratiques par « esprit de relative défiance par rapport à la médecine » après des traitements insuffisants. Le rapport dénonce également le problème de la démographie<sup>16</sup> des ostéopathes ainsi que ses dérives potentielles (problématique largement soulevée par les

---

<sup>16</sup> Nous évoquerons plus loin la problématique de l'importante densité de professionnels ostéopathes en France.

organisations professionnelles d'ostéopathie). Le rapport propose une liste de recommandations, parmi lesquelles on trouve la nécessité :

*« D'éviter l'usage [de l'ostéopathie] en l'absence d'un diagnostic médical ; de n'accepter cette thérapie qu'avec une extrême prudence comme traitement de première intention ». À destination des hôpitaux, il recommande « de ne confier la pratique qu'à des personnels de santé (médecin, sages-femmes, etc.) préalablement formés à cet effet. » Académie de médecine rapport du 5 mars 2013<sup>17</sup>.*

Le rapport encourage ainsi une évaluation régulière des pratiques dans le cadre d'essais cliniques, uni ou multicentriques. Il propose également d'introduire, dans le programme de la formation médicale, une information sur les thérapies complémentaires à l'usage des futurs praticiens de toutes les disciplines. Les auteurs terminent leur rapport par l'idée de mettre en place un observatoire afin d'identifier les techniques responsables d'accidents. Enfin, en tout dernier point, le rapport déconseille formellement la création d'un statut de praticien de thérapie complémentaire, inenvisageable compte tenu de l'hétérogénéité des techniques mobilisées, et de leur problématique spécifique pour la santé. On voit que la suspicion guide les avis des rapporteurs et que l'évitement du risque est leur principal argument, le rapport étant mené essentiellement à charge contre l'ostéopathie.

L'Académie Nationale de Médecine doit elle aussi convenir du fait que l'ostéopathie est entrée dans les mœurs du fait d'une certaine inefficacité de la médecine allopathique dans le cadre de certaines pathologies. L'ANM exclut totalement le niveau de première intention des thérapeutes à cause de la mise en doute de leur capacité à émettre un diagnostic d'exclusion et réserve le droit de poser un diagnostic aux seuls médecins. Le rapport évoque la nécessité d'évaluer les pratiques dans le cadre d'essais cliniques. Nous pouvons ici voir la volonté de l'ANM d'inscrire l'ostéopathie dans une épistémologie de référence « médicale ». Dans le cadre de cette thèse, nous verrons justement que se référer à une épistémologie spécifique est non seulement une question scientifique mais bien une question de potentiel de développement professionnel de la discipline, une question politique.

---

<sup>17</sup><http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/07/4.rapport-Th%C3%A9rapies-compl%C3%A9mentaires1.pdf>

Nous évoquerons également un dernier rapport, celui de l'INSERM<sup>18</sup> publié en 2012, qui propose une revue de littérature concernant les différentes études (cliniques et expérimentales) ayant trait à l'ostéopathie. Ce rapport indique que ces études sont peu nombreuses ; il pointe également du doigt l'importance de leurs nombreux biais. De plus, il souligne la problématique de la diversité des pratiques et des formations hétérogènes qui ne favorisent pas le contrôle qualitatif des soins prodigués. Enfin, pour conclure plus positivement, il met en avant une potentielle efficacité de l'ostéopathie sur les douleurs d'origine vertébrale, mais sans supériorité prouvée par rapport aux alternatives plus classiques. Il propose également d'entreprendre une recherche médico-économique afin de comparer l'ostéopathie aux autres traitements d'un point de vue efficacité-coût. De manière plus anecdotique il existe un site internet « ostéo-stop »<sup>19</sup> créé par un chirurgien orthopédiste dénonçant les méfaits de l'ostéopathie et parlant d'« *une arnaque pseudo médicale* », plusieurs autres médecins sont cosignataires du site.

Ces trois exemples montrent qu'il semble encore exister de nos jours une certaine méfiance de la médecine vis-à-vis de l'ostéopathie et plus généralement vis-à-vis des médecines complémentaires. Le monde médical perçoit ces pratiques comme peu, voire pas du tout efficaces et dénuées de tout fondement scientifique, dans la mesure où ce ne sont pas des médecins qui la contrôlent. Il s'agit ici d'une des nombreuses illustrations de la tentative constante du monde médical de conserver la main-mise totale sur l'ensemble des propositions thérapeutiques. C'est une vieille histoire, resurgissant sans cesse sous de nouvelles formes depuis le XIII<sup>ème</sup> siècle quand les querelles de légitimité agitaient les médecins contre les barbiers, premiers chirurgiens. A la faculté de médecine revenait le savoir théorique, aux barbiers chirurgiens, les connaissances empiriques (effectuer les opérations chirurgicales) et de fil en aiguille la suspicion de charlatanisme a finalement conduit cette corporation à se placer sous la tutelle de l'université (Gatti, 2016) pour assurer sa pérennité. Hors de la médecine dite conventionnelle, point de salut, le danger de pseudo-science est immédiatement invoqué.

La réflexion sur une place légitime de l'ostéopathie au cœur même du système de santé ne semble pas être à l'ordre du jour, ces différents rapports mettant encore en débat le recours à cette pratique. On pourra cependant constater, dans ces rapports, la volonté de donner une existence « crédible » et « scientifique » à l'ostéopathie et l'obligation, pour celle-ci, de

---

<sup>18</sup> Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie (Caroline Barry, Bruno Falissard INSERM U669 30/04/12).

<sup>19</sup> <http://www.osteostop.com/>

s'adosser au modèle biomédical. Cependant, ce modèle correspond-il bien au modèle de l'ostéopathie ? Ne faudrait-il pas un modèle plus adapté qui prenne davantage en considération les particularités de cette discipline ?

### 1.6.2 La diversité des pratiques, frein à la consolidation de la profession ?

Comme nous l'avons exposé à plusieurs reprises, l'une des particularités de l'ostéopathie est de mettre à disposition des professionnels une grande diversité d'approches, de techniques et donc de pratiques. Il est de coutume d'entendre dire dans la profession qu'il existe autant d'ostéopathies que d'ostéopathes. Cette disparité ne va pas sans soulever des problèmes d'incompréhension non seulement au sein même de la profession, mais également parmi les patients, ainsi que chez les personnes chargées d'appréhender et d'évaluer la discipline et son fonctionnement, telles que les chercheurs, les pouvoirs publics, les associations de patients, etc. Cette hétérogénéité s'observe depuis les origines de la discipline puisque J. M. Litteljohn et W. G. Sutherland, pourtant élèves directes d'Andrew T. Still, sont à l'origine de deux styles majeurs d'ostéopathie très distincts (Eckert, 2013, p.13). Face à ce constat, diverses questions viennent à nous : Y a-t-il eu une perte d'influence ou une incompréhension de la pensée originelle ? Peut-on interpréter cette différenciation comme un enrichissement ? S'agit-il du fruit d'une incontournable évolution de la profession engendrée par l'acquisition de nouvelles connaissances ? Cela n'est pas sans conséquence pour la profession et particulièrement pour la formation. Comment gérer cette pluralité d'approches dans le corpus enseigné dans les écoles ? Quel est l'impact sur la profession et son système de formation ? En effet, si l'on reprend l'idée d'une grande diversité de pratiques, il faut alors admettre la pluralité des manières d'enseigner et donc le fait qu'il y aurait, dans une école, autant de techniques pédagogiques que de formateurs.

Comme l'ostéopathie propose un arsenal de techniques relativement important, comment les professionnels choisissent-ils, pour leur usage quotidien, les techniques ?

Point non négligeable, la profession est en voie de structuration : elle regroupe actuellement cinq principaux syndicats en compétition relative dans la proposition d'une vision et des bonnes pratiques de l'ostéopathie. On retrouve ce même phénomène de « concurrence interne » évoqué par Fanny Parent dans ses travaux sur la médecine chinoise (Parent, 2014). Cette disparité entraîne un affaiblissement et une difficulté de dialogue avec le gouvernement qui pénalise d'autant plus la reconnaissance et la compréhension de la profession, tous les syndicats se réclamant plus légitimes pour incarner cette représentativité.

Cette diversité des modèles de référence et des pratiques et ce manque de cadre unifié provenant de la discipline elle-même ne participe pas à son renforcement, voire décrédibilise l'ostéopathie, la médecine n'hésitant pas à utiliser cet argumentaire de cadre pour mettre en cause et déstabiliser la profession. La médecine moderne se fonde actuellement sur des systèmes de validité scientifique par preuve expérimentale : l'E.B.M (*Evidence Based Médecine*) ainsi que sur la reproductibilité des démarches. Or la question de produire des études randomisées avec une thérapie aussi personnalisée semble insurmontable, et l'efficacité ne peut se mesurer aux seuls énoncés déclaratifs de satisfaction des patients. Si la scientificité de l'ostéopathie se voit ordonnée à ces deux principes, elle aura bien du mal à se faire une place dans la démarche médicale. Dès lors, comment sortir de cette impasse ? Nous avons déjà évoqué la possibilité d'un système d'évaluation qui soit plus proche de la réalité de la discipline. Comme déterminer un tel modèle d'évaluation plus respectueux des spécificités et de l'apport thérapeutique de l'ostéopathie ? Quelle scientificité possible de l'ostéopathie ?

### 1.6.3 Une épistémologie à construire ?

L'épistémologie est une discipline qui étudie la façon dont on connaît ou, pour reprendre l'expression de Gaston Granger, « une philosophie des sciences » (1992, pp.39-44). Elle n'a pas d'effet sur l'avancement de la science. Cependant, elle permet la compréhension des éléments qui la régissent. Elle trouve une résonance particulière dans la difficulté de l'ostéopathie à se positionner aujourd'hui comme une véritable discipline scientifique. L'épistémologie a comme objet d'étude nos manières de connaître (Fourez & Larochelle, 2002). De manière encore plus éclairante, il est possible d'étudier la manière dont les humains réfléchissent et pensent. L'ostéopathie trouverait, sans doute, dans les apports de cette discipline, les fondements scientifiques qui lui font défaut actuellement et qui l'empêchent de se positionner en tant que discipline à part entière par comparaison avec la médecine. Car il existe bien un combat politique entre médecine et ostéopathie : il s'agit d'une sorte d'affrontement entre deux systèmes cohérents, en lutte pour partager un pouvoir dont le monopole est détenu par l'un des deux depuis trois siècles (Gueullette, 2014, p.140). Dans ce combat, viennent également s'immiscer les kinésithérapeutes qui essaient d'accaparer l'ostéopathie en revendiquant que le seul fait de l'utilisation de la main pour une partie de leur activité suffit à légitimer le caractère « kinésithérapique » de l'ostéopathie.

Par ces différents exemples, nous percevons bien l'existence d'une bataille qui oppose plusieurs disciplines partant d'une existence historique et réglementaire pour se prétendre les praticiens légitimes. On remarquera qu'il n'est pas question ici d'une éventuelle inefficacité de

l'ostéopathie (du moins de la part des médecins qui la pratiquent), mais plutôt de savoir qui sera le plus légitime à l'exercer. Les médecins mettent en avant le diagnostic médical avant toute prise en charge qu'eux seuls peuvent effectuer. Les kinésithérapeutes, de leur côté, mettent en avant le caractère initialement manuel de leur profession, et leur statut de professionnels de santé. On leur accordera également que, d'un point de vue historique, les pionniers de l'ostéopathie en France ont été des kinésithérapeutes formés en Angleterre. L'ostéopathie peine donc à se distinguer et à se situer par rapport à la médecine et à la kinésithérapie qu'elle ne peut ignorer mais dont elle doit se différencier (Tyreman, 2013). L'intérêt de faire bénéficier l'ostéopathie d'une recherche épistémologique serait de mettre en lumière la signification de l'œuvre scientifique, ou encore d'explicitier les relations non immédiatement apparentes entre les concepts et de pouvoir discerner le rapport des connaissances nécessaires à sa pratique (Granger, 1992, p.40). La plupart des études ostéopathiques actuelles tentent de se fonder sur le modèle biomédical qui utilise des méthodologies telles que les essais randomisés, les protocoles en simple ou double aveugle. Utiliser ce système manifeste une tendance à vouloir hisser l'ostéopathie au même niveau que la médecine. En cela, on pourrait presque déceler une sorte de « frustration » médicale de la part des chercheurs ostéopathes. Cependant, l'utilisation de tels critères propres à la recherche médicale sont souvent considérés comme des biais pour notre discipline car ils ne permettent que très rarement des publications de haut rang. Notre hypothèse, dans cette thèse, est que le modèle ostéopathique actuel ne bénéficie pas des présupposés et méthodes adéquates à son objet de recherche car elles ne prennent pas en considération la philosophie et les principes mêmes de l'ostéopathie. Remet-on par exemple en cause les résultats de la psychologie lorsque celle-ci ne publie pas d'étude randomisée ou en simple aveugle ? Cette discipline a constitué d'autres voies d'accès à la scientificité de ses résultats, repoussant des méthodologies en inadéquation avec sa nature même.

L'ostéopathie a un ancrage fort par rapport à la médecine et ne pourra donc se définir de manière totalement autonome. Cependant, elle n'a pas la même finalité et ne porte pas la même vision du patient et de la maladie. Nous prendrons comme exemple la relation patient-thérapeute qui semble totalement différente quand il s'agit d'une prise en charge par la médecine ou par l'ostéopathie. Plus on tente de comprendre ce qu'est l'ostéopathie, plus on en vient à percevoir qu'elle met en jeu une démarche profondément différente de celle de la médecine, tout en partageant avec celle-ci les mêmes fondements : c'est cette articulation complexe qu'il faudra maintenant analyser (Gueullette, 2014, p.141).

Il existe toujours actuellement une certaine rivalité et une défiance entre l'ostéopathie et la médecine qui, comme nous l'avons mis en évidence, remonte à leurs origines. La médecine, à la fin du 19<sup>e</sup> siècle, était loin des avancées et des réussites thérapeutiques que nous lui connaissons aujourd'hui. C'est cette médecine en difficulté qu'a connue Still. Cependant, la méfiance et la comparaison se sont perpétuées au fil des années alors que l'ostéopathie n'a pas connu la même évolution. L'ostéopathie comme nous l'avons évoqué, n'a pas encore fini son cheminement en tant que discipline à part entière et doit encore effectuer un travail d'émancipation par rapport à son fondateur. Elle existe, certes, sous forme de dénomination mais n'a pas finalisé son travail de construction identitaire qu'un travail épistémologique pourrait sans doute compléter utilement. La diversité des pratiques qui résulte de ce manque de clarté de la pensée originelle est considérée à la fois comme un avantage et un inconvénient par les professionnels. Dans notre recherche, nous aborderons à présent la manière dont la discipline se transmet alors qu'elle-même est encore en voie de stabilisation.

## 1.7 L'enseignement de l'ostéopathie en France

Dans cette partie, nous présenterons un aperçu du cadre réglementaire de l'ostéopathie qui fait suite à la parution des décrets de 2014<sup>20</sup>. Nous commencerons par un rappel historique de la transmission de la discipline, histoire dans laquelle s'ancre encore de nos jours l'enseignement de la discipline.

### 1.7.1 La transmission historique de la discipline

L'ostéopathie apparaît en France dans les années soixante. En premier lieu, il s'agissait de personnes ayant suivi leur formation au Royaume-Uni. Ces pionniers en formèrent d'autres et furent les premiers à ouvrir des écoles sur le territoire. Devant l'ampleur de ce qui fut à l'époque un véritable phénomène social, le législateur fut appelé à agir et publia, en 1962, un texte de loi donnant le monopole de l'exercice de l'ostéopathie aux médecins. Par la suite, cette décision donna lieu à une multitude de procès pour exercice illégal de la médecine par des non-médecins, ce qui encouragea davantage les ostéopathes non-médecins à être « discrets » sur leurs pratiques ainsi que dans leur transmission. Ainsi, dans cette partie, il est important de rappeler aux

---

<sup>20</sup> Arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie (JORF n°0289 du 14 décembre 2014).



lecteurs les modalités pédagogiques qui furent utilisées dès le départ car elles possèdent encore une forte résonance dans la formation actuelle.

Cette transmission sur le territoire est réalisée, au départ, de manière tout à fait informelle sous forme de compagnonnage. Ainsi, les personnes se formant à l'ostéopathie sont en général des professionnels en activité, la plupart du temps des kinésithérapeutes qui doivent se former lors de cours du soir ou le week-end. Cette transmission semble être conduite, avant tout, de manière orale et sur un principe de mimétisme. Nous pouvons véritablement faire la comparaison avec un dispositif d'auto-formation fondé sur l'échange de bonnes pratiques –le diplôme n'étant pas la priorité– ce qui se conforme parfaitement au compagnonnage des métiers de l'humain tel que décrit par Isabelle Lacourt (2013, pp.129-137). Le formateur montrant les techniques, les professionnels doivent alors les refaire les uns sur les autres. Lors de cette période, les ouvrages français sur l'ostéopathie sont pour ainsi dire quasi inexistants. De plus, ce type de modalités de transmission est souvent le fruit d'une initiative personnelle sans fondement pédagogique : « je montre ce que je sais, ce que moi-même j'ai appris ». Lors de cette période, les outils pédagogiques favorisant la mémorisation cognitive sur le long terme étaient limités. L'absence de support engendrait donc des variations, voire des interprétations des pratiques non conformes à l'enseignement initial.

Ce n'est que bien plus tard, dans les années 1990, que des ostéopathes tels que Pierre Tricot ont commencé à faire un travail historique. À cette fin, et désireux de comprendre les principes de l'ostéopathie, ils ont pris le parti de ne pas se fonder exclusivement sur l'aspect technique de la discipline. Il en est résulté la rédaction de plusieurs ouvrages de traduction des œuvres des fondateurs, qui ont permis aux francophones de pouvoir accéder à ces ressources et à la compréhension de l'ostéopathie en tant que philosophie et non plus en tant que discipline technique (Tricot, 1994, 1998, 2003, 2004, 2005). Cependant, il s'est agi d'un travail historique et de traduction dénué de questionnement scientifique dans lequel sont apparues des faiblesses méthodologiques. On accordera néanmoins à Tricot le mérite d'avoir initié cette démarche.

Au départ, pour commencer la formation en ostéopathie, il était exigé un minimum de connaissances médicales, en l'occurrence, le doctorat en médecine pour les médecins et un diplôme paramédical pour les non-médecins (Issartel, 1983). Jusque dans les années 1980, sur le modèle de l'Angleterre, certaines structures d'enseignement ont mis en place un programme d'enseignement appelé « temps plein » spécialement adapté aux bacheliers. Marc Bozzetto

avec le collège ATMAN<sup>21</sup> fut le premier en France à instaurer ce type d'établissement en 1985. Dans cette formation, il est enseigné, en plus de l'ostéopathie, des sciences fondamentales telles que la physiologie, l'anatomie et la pathologie. Il était ainsi possible, pour un non professionnel de la santé, de se former à l'ostéopathie sans passer au préalable par un diplôme d'État de professionnel de santé. S'en est suivie la création de plusieurs autres écoles de formation sur le territoire français. La conscience d'une organisation et d'une formation communes était grandissante et nécessaire dans le processus de réglementation de la profession. C'est en 1987 que se met en place la Collégiale Académique de France (CAF)<sup>22</sup>.

La CAF est alors garante de la compétence académique des étudiants issus des collèges membres. Elle supervise les prérequis et les conditions d'entrée. La CAF établit les critères qualitatifs et quantitatifs de l'enseignement ostéopathique, veille à leur mise en œuvre et coordonne l'enseignement ainsi que ses programmes. Elle organise enfin les examens sur le plan national pour l'obtention du Diplôme en Ostéopathie : D.O.

L'enseignement se fonde sur les standards européens et internationaux des pays où l'ostéopathie est officiellement reconnue comme le Royaume Uni, la Belgique et l'Irlande pour l'Europe.

Il existe cependant d'autres écoles en dehors de tout cadre, celui du CAF ou autres. Citons, à titre d'exemple, le CIDO de Saint-Étienne, le COE à Paris ou encore l'ORI (Osteopathic Research Institute) de Lyon. Au début des années 2000, la France compte environ 70 formations en ostéopathie sur son territoire. Toutes ces formations n'ont aucun cadre, ce qui aura le désavantage de favoriser la construction d'une ingénierie pédagogique *in situ* et de contribuer à augmenter les incompréhensions inter-écoles. Devant ce nombre pléthorique de formations, et sous la pression des syndicats<sup>23</sup>, la France légalisera la profession et les études un an plus tard en 2007<sup>24</sup>.

---

<sup>21</sup> ATMAN : du nom d'une notion clé de la pensée indienne désignant le « vrai soi », école créée il y a 50 ans qui se trouve à Nice.

<sup>22</sup> La CAF avait vocation de représenter l'enseignement de l'ostéopathie en France, elle a participé de manière active aux travaux de reconnaissance de la discipline sur le territoire. Cette instance n'existe plus aujourd'hui faute de légitimité, l'État s'étant substitué à cette tâche par décrets.

<sup>23</sup> Grande manifestation organisée à Paris à l'appel des syndicats ostéopathes le 22 décembre 2006.

<sup>24</sup> Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.

En bref, afin de comprendre davantage les difficultés que peuvent rencontrer les professionnels et les apprenants, il est essentiel, dans notre recherche, de comprendre les enjeux historiques de la discipline. De nos jours, cet ancrage revêt encore une part « centrale » qui guide la pratique professionnelle. Still est perçu par les professionnels comme le « fondateur » et non pas « l'inventeur » d'une discipline qui peine à évoluer, en raison justement de l'omniprésence de son fondateur. Pour les professionnels, il est souvent difficile de remettre en question sa parole qui, la plupart du temps, revêt un caractère interprétatif individuel. Comme la médecine allopathique qui a connu maintes évolutions, l'ostéopathie devra faire preuve d'une plus grande adaptabilité aux ressources scientifiques disponibles pour faire évoluer ses raisonnements et ainsi gagner en légitimité. Cependant, et comme nous avons voulu le démontrer, l'ostéopathie doit se positionner sur les critères de sa propre évaluation.

### 1.7.2 Cadre et réglementation de la formation actuelle

Comme nous avons pu le voir, pour les ostéopathes, la reconnaissance de la formation est avant tout d'ordre législatif et politique afin que la profession puisse bénéficier d'un statut juridique et obtienne la validation d'un titre. Pour l'État, la reconnaissance est avant tout une problématique de santé publique. En effet, depuis 2001, un ostéopathe ne peut plus être poursuivi pour exercice illégal de la médecine. Il n'en reste pas moins un long travail de reconnaissance de la discipline et de la formation à faire. Cela participe également de la construction d'une identité et favorise l'évolution de la définition de la profession en permettant aux établissements de faire de la recherche.

Cette nouvelle réglementation a également eu comme ambition et comme effet de stabiliser et de contrôler la formation et les diplômés en France. Depuis 2010, la France connaît un essor du nombre de praticiens ostéopathes, leur nombre atteignant environ 33000 en 2020. Sur une population de 65 millions d'habitants, la France possède un ostéopathe pour 2500 habitants. Les États-Unis, berceau de la discipline, ne comptent qu'un ostéopathe pour 4500 habitants. Au Royaume-Uni, on ne compte que neuf établissements pour un nombre d'habitants similaire à la France, ce qui ne représente qu'un ostéopathe pour 14400 habitants<sup>25</sup>.

Le graphique ci-dessous indique l'évolution démographique en France des ostéopathes depuis 2010 :

---

<sup>25</sup> Chiffres issus d'un article du monde du 11 octobre 2013, « Trop d'écoles, trop de professionnels, l'ostéopathie fait figure d'exception française ».

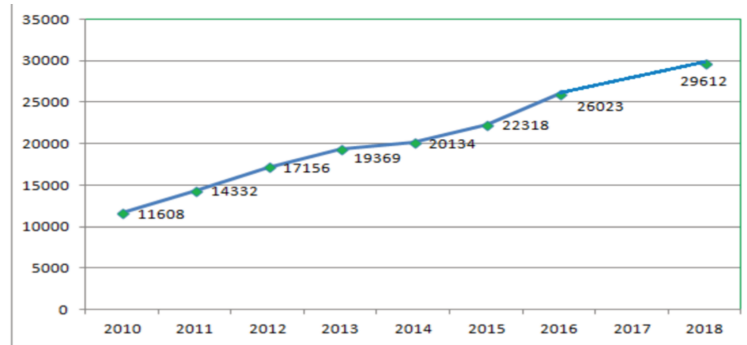


Figure 2. : Évolution du nombre d'ostéopathes depuis 2010<sup>26</sup>

Entre 2010 et 2018, la profession a connu une évolution très importante. En effet, 19000 praticiens se sont installés faisant ainsi augmenter ainsi le nombre de praticiens de 255 %. Cette augmentation a eu une conséquence inévitable sur le revenu des ostéopathes, ce qui constitue un véritable enjeu concernant leur possibilité de vivre de leur activité.

#### 1.7.2.1 Des ostéopathes en surnombre ?

Pour avoir une idée plus claire de la situation financière des ostéopathes, nous avons recueilli les données de l'Union Nationale des Associations Agréées (UNASA). L'UNASA regroupe 80 associations de gestion agréées et donne accès à des bilans provenant des déclarations d'impôts 2035 des ostéopathes DO (hors professionnels de santé).

Voici la synthèse de la situation économique selon une étude statistique du métier d'ostéopathe en 2018<sup>26</sup>. Entre les années 2007 et 2016, les ostéopathes DO sont cinq fois plus nombreux et les tendances économiques expriment une répartition plus homogène de la richesse sur l'ensemble des professionnels.

Pour acquérir une autonomie financière les jeunes installés devront patienter entre trois et cinq ans selon les régions. L'évolution de la densité professionnelle ayant opéré différemment selon l'attractivité des régions, les effets démographiques sont perçus avec plus ou moins d'inertie. Ainsi, en région parisienne et dans la région du Sud, il est très difficile de développer une nouvelle patientèle. Par contre, dans les régions touchées par une désertification médicale importante, il est plus facile de développer une patientèle. Enfin, du point de vue des revenus, un ostéopathe sur quatre dégagerait des bénéfices mensuels inférieurs à un SMIC net depuis

---

<sup>26</sup>EMOst 2018, étude réalisée par l'U.R.C.O. Union pour la Recherche Clinique en Ostéopathie consultable sur le site <http://www.osteopathie-recherche.fr/>

2015, ce qui ne lui permet pas de vivre de son activité. Il n'est pas rare de voir de jeunes installés obligés de pratiquer une deuxième activité. Pour finir, le rapport nous indique les modalités d'exercices : les professionnels pratiquent majoritairement en libéral. Cependant l'ostéopathie voit apparaître, depuis 2012, un nouveau mode d'activité : le salariat. Il n'est pas rare de voir certains centres de remise en forme ou des cliniques privées faisant appel à ces pratiques pour leur clientèle.

#### *1.7.2.2 Des patients qui plébiscitent son usage*

Depuis les dix dernières années, la fréquentation des cabinets d'ostéopathie n'a cessé d'augmenter. En 2016, selon un sondage IPSOS, 67 % des Français avaient déjà consulté un ostéopathe. Toujours selon cette étude, le fait de consulter un ostéopathe apparaît comme un acte « naturel » pour les Français. Ainsi, l'ostéopathie est la médecine complémentaire la plus populaire, comptant 20 millions d'actes pratiqués en France chaque année. La mise en lumière de cette discipline et de son usage par la population française ne va pas sans soulever certains enjeux et certaines problématiques de santé publique. L'ostéopathie semble également victime d'un « phénomène de mode » lié à la volonté des patients de se soigner avec des thérapies plus naturelles. Le principal enjeu réside dans la sécurité du patient. Les praticiens étant plus nombreux sur le territoire, il est parfois beaucoup plus facile pour les patients d'obtenir un rendez-vous rapidement avec un ostéopathe qu'avec un professionnel de santé. Le risque consiste alors à voir apparaître, dans les cabinets d'ostéopathie, des pathologies qui ne sont pas de leur ressort, cela au détriment de la santé du patient qui retardera davantage sa prise en charge dans un parcours de soins classique. Le rôle de la formation, en l'occurrence en termes de sécurité du patient, reste primordial. Les risques éventuels que les thérapeutes diplômés pourraient engendrer mettent en jeu la notoriété des établissements. La particularité de la profession réside également dans le fait qu'elle partage son titre entre les professionnels de santé (médecin, kiné, infirmière, podologue, etc.) et les non professionnels de santé. Pour les patients, il est souvent difficile de percevoir la différence lorsque le thérapeute qu'ils consultent est kiné-ostéopathe, médecin-ostéopathe ou ostéopathe exclusif. Enfin, depuis les dernières années, on assiste à un essor des pratiques plus centrées sur la prévention : la part de l'alimentation biologique augmente, comme le recours à des méthodes plus naturelles ou dites « alternatives » prennent de l'ampleur, la part de marché des compléments alimentaires explose, la nécessité de l'activité physique est largement relayée. L'ostéopathie, par son offre, entre parfaitement dans cette mouvance de la société qui s'oriente davantage vers une

responsabilisation des personnes quant à la préservation de leur santé pour éviter le recours aux thérapies médicamenteuses ou invasives.

Évolution de la fréquentation des ostéopathes en France :

Sondage	OpinionWay	OpinionWay	IPSOS
Année	2010	2014	2016
Pourcentage de Français ayant consulté un ostéopathe	42%	48%	67%

Tableau 2. : Evolution de la fréquentation des ostéopathes en France Sources : Sondage OpinionWay (Syndicat de Médecine Manuelle ostéopathique de France en 2010).

### 1.7.2.3 Les autres acteurs de la santé

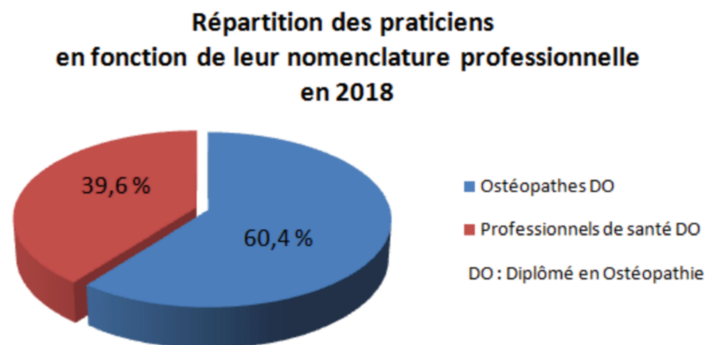


Figure 3. : Répartition des praticiens (site R.O.F)

Bien que l'ostéopathe n'ait pas été reconnu comme un professionnel de santé, il fait pourtant partie intégrante du parcours de soins. En effet, depuis 2016, l'article L1110-4 du code de santé publique intègre les ostéopathes aux catégories professionnelles habilitées à échanger et aux partages des informations sur la prise en charge des patients avec les professionnels de santé. De plus, les ostéopathes, une fois diplômés, doivent s'inscrire à l'A.R.S (Agence Régionale de Santé) pour obtenir un numéro ADELI<sup>27</sup> comme tous les autres professionnels de santé. Ce décret améliore considérablement la prise en charge des patients, en offrant une meilleure visibilité pour les professionnels de la prise en charge globale. Cela a pour conséquence de favoriser l'échange des thérapeutiques. Aussi, par ce décret, les ostéopathes sont intégrés au

<sup>27</sup> Comme l'indique le site du ministère de la santé, <https://esante.gouv.fr/securite/annuaire-sante/rpps-adeli>, les répertoires nationaux RPPS et ADELI garantissent l'identification des professionnels de santé et viennent alimenter l'annuaire santé.

code de santé publique. La plupart des mutuelles de santé couvrent une partie des frais de soins ostéopathiques. La présence des ostéopathes dans des maisons médicales, dans des regroupements de cabinets apparaît de plus en plus fréquente<sup>28</sup>. Il est même possible de voir certains praticiens dans les hôpitaux et les cliniques, même si cela reste encore très marginal. On observe une reconnaissance croissante à travers l'institutionnalisation progressive du métier. La structuration de la formation au métier est donc une étape logique de ce processus. Il n'en reste pas moins que des problèmes subsistent, liés aux « monopoles » du secteur du soin. En effet, la venue d'une « nouvelle profession » peut entraîner éventuellement une diminution des parts de marché pour les autres professionnels. De plus, la forte sollicitation des patients en faveur de l'ostéopathie peut laisser un sentiment de perte de reconnaissance voire même de sensation de dévalorisation de la part des professionnels de santé qui se sentent pourtant davantage légitimes dans la filière du soin. D'où le risque, auprès de ces derniers, d'une cristallisation en retour contre l'ostéopathie.

#### 1.7.2.4 La nécessaire reconnaissance par l'État

Pour l'État, il s'agit avant tout d'une question de reconnaissance politique. Ne pas reconnaître l'ostéopathie en France revenait à fermer les yeux sur les millions de consultations et la sollicitation croissante des Français en faveur de cette discipline. Il fallait donc se positionner vis-à-vis des pressions issues du monde médical et de sa défiance vis-à-vis de l'ostéopathie non-médicale. À la parution des décrets de 2002, le ministère de la santé évoquait un nombre de 4000 ostéopathes, pour environ 4 millions de consultations. Selon un sondage de 2015<sup>29</sup>, le nombre de consultations en ostéopathie est passée à 26 millions. Pour l'État, il y avait donc un sujet incontournable, et un enjeu fort de santé publique. Devant un tel plébiscite de cette pratique et pour en éviter les dérives, l'État avait le devoir d'encadrer la formation et de se porter garant d'un haut niveau de professionnalité, seul gage de sécurité. Même si la pratique est de plus en plus reconnue et semble acceptée par l'ensemble des professionnels de santé, il n'en reste pas moins une certaine défiance de la part de quelques médecins<sup>30</sup>, et surtout de la part du monde médical universitaire puisque cette formation n'y est pas encore présente et ne

---

<sup>28</sup> <https://www.afosteo.org/actualites/lafo-soutient-les-osteopathes-exclusifs-dans-les-maisons-de-sante/>

<sup>29</sup> Sondage *OpinionWay* réalisé pour le SFDO en septembre 2015.

<sup>30</sup> En témoigne le site du Dr Parot, Chirurgien Pédiatre, intitulé « ostéopathie-stop » qualifiant sur son site l'ostéopathie d'« arnaque pseudo médicale », <http://www.osteo-stop.com/>

possède pas de section à la CNU<sup>31</sup>. Pour l'État, il était avant tout question de garantir l'innocuité du soin avant de se soucier des questions de reconnaissance scientifique et d'efficacité.

#### *1.7.2.5 Conséquences pour la formation à l'ostéopathie*

##### *L'enjeu économique :*

La formation étant totalement privée en France, la concurrence entre les écoles est importante. Il devient ainsi primordial pour leur survie de développer des stratégies de reconnaissance et d'expertise de leur cursus. La scolarité représente un coût moyen de 8000 euros/an soit 40 000 euros pour l'ensemble de la formation par étudiant. Celle-ci a l'avantage d'être de plus en plus recherchée par les étudiants avec par exemple la mise en place d'une liste d'attente pour intégrer l'école de Strasbourg. La potentielle rentabilité de la formation n'a pas laissé insensible certains groupes d'investisseurs qui n'ont pas hésité à investir dans ce type de formations. C'est le cas notamment du groupe KEA et du groupe Novétude qui possèdent 8 écoles en France. Ce succès a donc généré un marché de la formation en ostéopathie. À partir du moment où des investisseurs prennent part au domaine de la formation, on peut légitimement se poser la question de sa dérive potentielle et de sa soumission aux questions de clientélisme et de rentabilité.

##### *Un nouveau cadre législatif pour la formation depuis 2014*

En décembre 2014, deux nouveaux décrets apparaissent et viennent remplacer ceux de 2007 afin de renforcer le cadre de la formation. Les décrets et arrêtés parus le 12 décembre 2014 sont le fruit de 18 mois de travaux par les représentants de la profession à l'initiative du ministère de la santé et de réflexions menées sur la base de documents ressources élaborés en grande majorité par l'Unité Pour l'Ostéopathie (notamment un référentiel « activités et compétences » réalisé sous la direction de Jacques Tardif et un rapport à destination du Répertoire National des Certifications Professionnelles). Ce décret pose les bases du dispositif de formation qui s'avère être le plus complet et le plus détaillé des professions de la santé : 4860 heures de formation pour les bacheliers, dont 1500 heures de formation pratique clinique incluant 150 consultations complètes et validées ; Par comparaison, 1900 heures de formation sont exigées pour les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes ; 2300 heures de formation pour les pédicures-podologues et les infirmiers ; 800 heures de formation pour les médecins... L'ostéopathie française bénéficie, en outre, du niveau de formation le plus élevé au sein de

---

<sup>31</sup> Conseil National des Universités



l'Union européenne. Les arrêtés complètent, quant à eux, le décret n°2014-1505 du 12 décembre 2014 relatif à la formation des ostéopathes ainsi qu'aux dispenses de formation accordées aux professionnels de santé. Ils sont opposables juridiquement, ce qui signifie qu'ils ont une valeur juridique et font autorité. Ils comprennent les cinq annexes suivantes :

- Un référentiel activités et compétence,
- Un référentiel de formation,
- Une maquette de formation,
- Un livret de stage,
- Une convention-type de stage.

Ces cinq documents confèrent à la nouvelle réglementation un niveau de détail jusqu'à aujourd'hui inégalé dans le champ de la santé. Ils contribuent très sensiblement à permettre d'harmoniser les parcours de formation de l'ostéopathie en France.

#### *Le référentiel « activités et compétences »*

Le référentiel « activités et compétences », largement inspiré du référentiel finalisé par l'UPO en avril 2013 (seul référentiel produit alors par les organisations professionnelles d'ostéopathes) décline la profession d'ostéopathes en six catégories d'activités et en six catégories de compétences. Par ailleurs, on y trouve une série de définitions qui permettent de définir un socle commun sur les termes les plus utilisés dans l'ostéopathie (diagnostic, dysfonctions, traitement ostéopathique, etc.), et de procurer une définition importante du métier d'ostéopathe :

« L'ostéopathe, dans une approche systémique, après diagnostic ostéopathique, effectue des mobilisations et des manipulations pour la prise en charge des dysfonctions ostéopathiques du corps humain. Ces manipulations et mobilisations ont pour but de prévenir ou de remédier aux dysfonctions en vue de maintenir ou d'améliorer l'état de santé des personnes, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par

agent physique. » (Référentiel d'activités et de compétences publiée au Bulletin officiel de la république Française, 2014).

### *Le référentiel de formation*

Volumineux document de près de 70 pages, il décrit par unités d'enseignement, le contenu de la formation que chaque étudiant en ostéopathie doit valider pour obtenir le titre professionnel d'ostéopathe. À l'instar du référentiel de Jacques Tardif, il est organisé par compétences, ce qui représente un changement de paradigme profond dans la façon d'enseigner et surtout d'évaluer les étudiants. La formation des ostéopathes français adopte ainsi les méthodes d'enseignement supérieur inspirées de la formation des ostéopathes anglo-saxons et de ce qui a cours dans les pays du nord de l'Europe. Afin de garantir un meilleur suivi de l'enseignement et un certain niveau d'exigence pédagogique, les écoles doivent se doter de trois instances de gouvernance : un conseil scientifique, un conseil pédagogique et un conseil de discipline.

### *Dimension organisationnelle des écoles*

Une école est dirigée par une directrice ou un directeur. Il est intéressant de noter que l'article 10 indique que :

*« L'établissement est dirigé par un directeur qui justifie du titre d'ostéopathe, est titulaire d'un titre universitaire de niveau I en management ou d'une expérience d'au moins cinq ans en management ».*

Cet article vient en réponse du fait qu'un grand nombre de directeurs, avant les décrets, n'étaient pas ostéopathes. Cela avait comme conséquence de laisser la place à des investisseurs qui n'appartenaient pas à la profession.

Cet article, qui indique la nécessité de donner un cadre aux directeurs, oblige donc les écoles à avoir un directeur ostéopathe, ce qui n'était visiblement pas le cas pour toutes. Il demande également au directeur d'être titulaire d'un titre de niveau I en *management*. Il est intéressant de prendre en considération qu'il n'est pas fait allusion aux compétences pédagogiques du chef d'établissement et que ses compétences se fondent principalement sur une compétence managériale. Dans le chapitre deux de ce même décret, des informations sont données qui concernent l'équipe pédagogique. L'article 15 indique que :

L'ostéopathie : une discipline en cours d'élaboration.

*« Le nombre de formateurs est adapté à la formation dispensée. Ce nombre est d'au moins un équivalent temps plein pour vingt-cinq étudiants. Ce nombre est apprécié hors moniteurs techniques tels que définis dans la convention collective nationale de l'enseignement privé hors contrat du 27 novembre 2007. »*

Depuis les décrets, une école doit se doter de coordinateurs pédagogiques qui sont les garants de l'ingénierie pédagogique de l'école. Le mode de fonctionnement le plus fréquent dans une école leur donne la responsabilité de l'une des cinq années. Ils ont pour tâches d'organiser le bon déroulement de l'année scolaire, le suivi des étudiants, l'organisation des examens, le séquençage des matières.

Enfin, l'article 20 définit le profil des formateurs et des coordinateurs pédagogiques. Les formateurs, les intervenants extérieurs et les coordinateurs pédagogiques permanents sont titulaires d'un titre ou d'un diplôme attestant de l'une des qualifications suivantes :

- 1° Diplôme permettant l'usage du titre d'ostéopathe ou autorisation d'user du titre d'ostéopathe avec une expérience professionnelle minimale de cinq ans en ostéopathie ;
- 2° Titre universitaire de niveau I dans les domaines de la pédagogie, de la santé, des sciences ou de la matière enseignée ;
- 3° Diplômes mentionnés aux titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique ;

#### *Un durcissement des conditions d'agrément*

Un article du Figaro du 3 février 2017 écrivait « les écoles d'ostéopathie épinglées pour leur manque de sérieux ». Philippe Sterlingo, président de l'un des principaux syndicats d'ostéopathie (SFDO), précise que sur la trentaine d'écoles reconnues « on va de l'excellence à la médiocrité ». Ce constat est sans doute lié au fait que, malgré la reconnaissance de la formation et des critères d'exigence importants formalisés par décrets, les conditions d'agrément des écoles sont évaluées sur un dossier de manière déclarative sans contrôle *in situ*. En réaction à ce constat, une partie des écoles a obtenu l'inscription de leur diplôme au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP). Un syndicat a même été créé : la fédération Nationale de l'Enseignement Supérieur en Ostéopathie (FNESO) auquel seuls les établissements ayant accepté un audit de conformité à la norme réglementaire par un organisme indépendant peuvent adhérer. À ce jour, seules 13 écoles sur la trentaine présentes sur le territoire sont adhérentes.

Tout cela nous renvoie à la notion de « marché de l'ostéopathie » évoquée plus haut, à la concurrence entre les écoles et au besoin provenant des écoles elles-mêmes de s'autocontrôler pour se légitimer par rapport aux autres formations. Le besoin de reconnaissance des écoles a un impact important sur le recrutement des étudiants et donc sur leur rentabilité. En 2021 aura lieu en France la deuxième demande d'agrément pour tous les établissements, la première étant réalisée en 2015 et pour une période de cinq ans à bénéficier d'un report d'un an suite à la période du COVID. Tous les acteurs de la profession sont en attente d'un durcissement d'obtention de cet agrément, tous espèrent une diminution du nombre de formations sur le territoire et indirectement une diminution du nombre de thérapeutes permettant la stabilisation de l'offre en France.

## 1.8 En synthèse du premier chapitre

En dépit d'un développement exponentiel du recours à l'ostéopathie, qui marque une reconnaissance par le grand public et en raison de son institutionnalisation à marche forcée, deux dimensions paraissent fragiliser ce nouvel édifice : sa dimension politique encore hésitante et sa dimension identitaire ambiguë.

### 1.8.1 Une dimension socio-historique et politique hésitante

L'ostéopathie est reconnue depuis 2002. Pourtant, le législateur a tardé à publier les décrets d'application, ceux-ci n'intervenant qu'à partir de décembre 2014. Même si les différents décrets publiés donnent à l'ostéopathie toute sa reconnaissance, les différents référentiels construits pour cette reconnaissance proposent un cadre mais ne lui donnent pas de place dans le système de santé français, ne reconnaissant pas la discipline comme une profession de santé inscrite dans le livre de santé publique. Même si le référentiel donne un socle à la formation, il ne donne que peu d'importance au rôle et à l'engagement des formateurs, privilégiant une ancienneté de pratique professionnelle plutôt qu'une compétence en pédagogie par exemple. L'ostéopathie reste malmenée entre, d'une part, les kinésithérapeutes et, d'autre part, les médecins pratiquant l'ostéopathie. On n'hésite pas à parler d'eux par la négation, de « ni-ni », c'est-à-dire de ce qu'ils ne sont pas, étant non-médecins ou non-kinésithérapeutes. Nous constatons également les enjeux économiques liés à cette formation qui suscite l'intérêt de groupes d'investisseurs. De nombreuses écoles en ostéopathie ont vu le jour avec une qualité de formation très aléatoire malgré un coût relativement important des études. Cela a pour conséquence un nombre d'ostéopathes diplômés en constante hausse depuis 2010, cette augmentation constante conduisant à un phénomène de saturation. Actuellement, 30 écoles

d'ostéopathie possèdent un agrément ministériel alors qu'un pays comme l'Angleterre n'en a que quatre sur son territoire. Comme nous avons pu le montrer, cette problématique de densité a avant tout un impact sur le revenu des jeunes ostéopathes diplômés. Devant l'offre pléthorique de formations, les futurs inscrits sont de plus en plus vigilants quant à la qualité de l'établissement. Pour différencier le niveau des établissements entre eux, certains établissements ont fondé leur propre syndicat de l'enseignement supérieur avec leurs propres critères de certifications, bien plus élevés que ceux du ministère. Pour adhérer à ce syndicat, les établissements doivent se confronter à un audit organisé par un organisme privé. Ainsi, la FNEOS (Fédération Nationale de l'Enseignement Supérieur en Ostéopathie) ne regroupe que treize écoles sur la trentaine ayant un agrément. L'ensemble de ces éléments, de nature essentiellement descriptive, nous a permis de tracer un tableau à gros traits de la profession et de son système de formation. Ces éléments soulignent les divers points de tension qui seront approfondis dans le second chapitre, consacré à notre problématisation. Nous finirons cette première partie en nous intéressant à la connaissance du métier.

### 1.8.2 Une dimension identitaire à consolider

Le manque d'un cadre qui fait consensus, et de clarification des fondations théoriques, explique en partie la diversité des offres de formation. Les écoles sont les principaux vecteurs de transmission de l'ostéopathie. Cependant, elles restent maîtresses de leur discours qui peut varier considérablement d'un établissement à l'autre et qui peine à s'uniformiser. Enfin, la pratique en elle-même, qui reste avant tout une pratique fondée sur la « perception » et le « ressenti » bénéficie d'un fort degré d'interprétation individuelle. La multiplicité d'interprétations ajoute de la complexité à la compréhension et à la transmission de l'ostéopathie. Nous constatons qu'il manque une institution qui encadrerait la profession et qui serait garante de la discipline et de la déontologie. Un ordre aurait vocation à remplir cette mission. À défaut, plusieurs syndicats se disputent la légitimité de la représentation de l'ostéopathie bien qu'ils ne regroupent que moins de 10 % des ostéopathes. Ceux-ci ne disposent pas de lieux d'échanges, ils ne se parlent guère et n'ont pas l'habitude de formaliser leur pensée, la pratique réflexive n'étant pas du tout encouragée. Ils sont seuls, ont peu de moments pour parler à des confrères : l'activité libérale, qui est le principal mode d'exercice, ne favorise pas les échanges. Il manque sans doute à la discipline un socle commun pour accueillir un ou plusieurs modèles dans lequel l'ensemble des professionnels pourraient se retrouver et des espaces de débats où s'élaborerait l'avenir de la discipline. Face à ces difficultés, les formateurs ont un double rôle, non seulement dans la pédagogie et la didactique

de l'ostéopathie mais également dans l'interprétation et la compréhension du corpus de l'ostéopathie.

Malgré la reconnaissance des pouvoirs publics et la forte sollicitation des patients, l'ostéopathie n'en demeure pas moins une discipline en phase de consolidation. Celle-ci se fonde également sur une notion de perception palpatoire qui est du registre de la subjectivité. Tous ces éléments diluent davantage la construction d'une identité commune et le partage de normes. Pour reprendre les travaux de Dubar, on peut dire que l'identité professionnelle est une conception de soi au travail qui met en jeu des relations entre identité personnelle et identification collective. L'identification collective semble actuellement difficile à réaliser en raison d'une trop grande dispersion des pratiques professionnelles observées.

Les décrets de 2014 posent une base solide à la reconnaissance de la discipline. Cependant, cette reconnaissance du métier et de la formation n'a pu répondre à toutes les attentes de la profession, tant du côté de la demande de légitimité face au monde de la santé que du problème de la démographie, sans cesse grandissante, des praticiens. Le référentiel de métier a l'ambition de compenser le manque de clarté : en posant un cadre structurant pour la discipline, il intervient davantage sur le versant organisationnel que véritablement au niveau des fondements de la discipline. La construction de ce référentiel s'est faite avec des acteurs « représentatifs » de la profession et de la formation et est le fruit de débats fortement consensuels.

Sur ces deux dimensions, dans une perspective de consolidation de l'ostéopathie comme discipline, le rôle des écoles est déterminant : lieux collectifs d'échanges entre les praticiens-formateurs, de sélection des techniques à enseigner, de débats sur la pédagogie, d'observatoire sur l'insertion et l'évolution du métier et de la recherche, les écoles pèseront d'un grand poids sur la consolidation de la discipline ou sa dilution et son affaiblissement.

Conscientes de ses enjeux, certaines de ces écoles sont déterminées à se doter de dispositifs de recherche afin de maintenir un degré élevé d'exigence et de reconnaissance. C'est dans cette perspective que s'inscrit cette thèse initiée par le Collège Ostéopathique de Strasbourg. Elle a vocation à ouvrir un champ de recherche mais ne pourra entamer les nombreux chantiers que l'ostéopathie aurait à investir, dont on a vu qu'ils sont à la fois politiques (l'ostéopathe doit-il être un professionnel de la santé ? Faut-il un ordre ?) théoriques (quels modèles, quels fondements ? quel corpus ?), épistémologiques (quel paradigme scientifique ? quels dispositifs de recherche ?), identitaires et pédagogiques. Nous avons choisi de consacrer ce travail à la

L'ostéopathie : une discipline en cours d'élaboration.

formation à l'ostéopathie, mais il se veut une première pierre dans le projet global qui reste à construire.

# Chapitre 2 Les questions de recherche

## Introduction

Un certain nombre de difficultés nous sont apparues en accompagnant une partie des évolutions réglementaires de la profession, tout en vivant le quotidien d'un formateur et coordinateur dans deux écoles successivement. Ces constats très largement empiriques seront d'abord évoqués, puis nous verrons sur quelles interrogations elles ouvrent quant à la direction de la recherche entreprise, en nous penchant dans un deuxième temps, sur la question de la professionnalisation et les travaux de Wittorski (2008) puis, en nous appuyant sur les travaux de Durat et Mohib (2008, p.11-31) sur la notion de « compétences », en l'occurrence celles que développent les formateurs ostéopathes.

## 2.1 Les constats empiriques préalables

Comme le montre Houssaye, dans le triangle pédagogique, trois termes comptent dans l'apprentissage : le savoir, l'enseignant et également l'étudiant qui est partie prenante dans la formation (Houssaye, 1989, p.101-103).

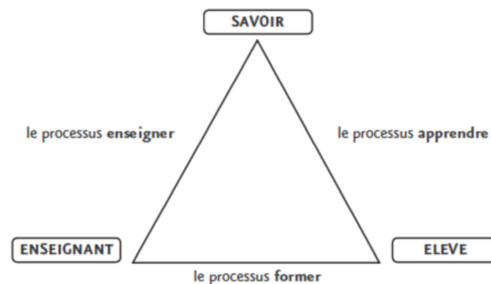


Figure 4. : Le triangle pédagogique, Houssaye 1989, p.102.

Les trois côtés du triangle représentent les trois processus à savoir : enseigner, apprendre, former. Pour Houssaye seul le processus d'enseigner exclut toute médiation. Dans le processus de former, c'est l'enseignant qui agira comme médiateur, tandis que dans le processus d'apprendre, c'est « l'individu ou le groupe qui deviennent leurs propres médiateurs dans l'accès au savoir » (1989, p178). On peut cependant se questionner sur la place et l'existence d'une « auto-médiation », certains auteurs parlant davantage de « carré pédagogique » (Rézeau, 2002).



Pour structurer notre propos, nous reprendrons les trois termes de ce triangle pour voir comment ils se déclinent dans les écoles d'ostéopathie.

### 2.1.1 La question des savoirs à enseigner : pas assez ou trop de cadrage ?

Même si la discipline existe déjà depuis pratiquement 130 ans, elle n'a pu bénéficier d'une reconnaissance en France qu'en 2002 et la publication des décrets d'application n'intervient qu'en décembre 2014. La profession ne bénéficie pas encore d'un cadre clair et établi pour sa pratique. Il est de coutume de dire dans la profession, qu'il existe « autant d'ostéopathes que d'ostéopathies ». Le patient lui-même peut s'y perdre lorsqu'il consulte deux ostéopathes ayant deux styles de pratiques complètement opposées, le premier utilisant des techniques extrêmement douces alors que le second utilisera des techniques structurelles dites plus manipulatives.

Cette diversité des pratiques n'est pas sans conséquence sur la transmission de la discipline. Autant elle peut être source de variabilité pour les apprenants, autant elle peut être également à l'origine d'une déstabilisation et d'une incompréhension des différents discours.

La formation ostéopathique trouve donc son origine dans une absence de cadrage total et a évolué presque sans transition vers une structuration en référentiel très normé.

La question des savoirs à enseigner est en partie réglée par le programme conçu et adopté depuis 2014. Pour mener à bien ce chantier, les syndicats n'ont pas hésité à faire appel à des spécialistes reconnus pour permettre une meilleure organisation et une meilleure structuration de la profession. C'est notamment le cas de la commande passée par un syndicat, le SFDO, auprès de Jacques Tardif<sup>32</sup>. Ainsi à présent le découpage en matières, unités d'enseignement et compétences, est-il acté et traduit en programme, découpé en domaines, distribué en volumes horaires par année et par étudiant. Des recommandations sur la conduite de l'enseignement sont également proposées.

Nous avons déjà évoqué la création du référentiel de formation en 2014. Nous essayerons dans notre travail, d'en dégager les principes. Le référentiel de formation est composé de 56 unités d'enseignement qui se répartissent en 8 grands domaines :

---

<sup>32</sup> « Devenir Ostéopathe, agir avec compétence », Jacques Tardif, SNESO, 2012, 115 pages.

Domaine 1 : 760 heures de sciences fondamentales incluant des disciplines telles que l'anatomie, la physiologie, la biomécanique, l'embryologie ou encore la biochimie ;

Domaine 2 : 632 heures de sémiologie, des altérations de l'état de santé. Y sont enseignées des matières telles que la cardiologie, les pathologies musculo-squelettiques, la dermatologie ou encore la neurologie ;

Domaine 3 : 160 heures de sciences humaines, sociales, gestion et droit. Dans ces heures, on retrouve des notions d'éthique, de gestion de cabinet ou encore de santé publique ;

Domaine 4 : 160 heures d'ostéopathie, fondements et modèles. Y sont présentés le concept ostéopathique, la vision et l'appréhension de la maladie par l'ostéopathe ;

Domaine 5 : 1266 heures de pratique ostéopathique. Elles correspondent aux cours dans lesquels sont enseignées les différentes techniques, viscérales, crâniennes, musculo-squelettiques ;

Domaine 6 : 168 heures de méthodes et outils de travail. Dans ces heures, l'étudiant apprend la méthode pour effectuer un travail de recherche ;

Domaine 7 : 194 heures de développement des compétences en ostéopathie. Dans ce volume horaire qui arrive en fin de cursus, l'apprenant pourra développer, en fonction de ses affinités, certaines techniques ;

Domaine 8 : 1500 heures de formation pratique clinique incluant 150 consultations complètes et validées. C'est le volume horaire qu'un étudiant doit passer en clinique (interne ou externe) afin de pouvoir pratiquer sur des patients.

Les savoirs ressortant des domaines 1 à 3, les sciences fondamentales, la sémiologie médicale, les sciences humaines, que nous nommerons des disciplines contributives à l'ostéopathie, sont largement stabilisés, ce qui représente plus de 1552 heures d'enseignement. Il en va différemment des savoirs relevant des domaines 4, 5 et 7, soit 1620 heures consacrées à l'ostéopathie elle-même, soit le « cœur de métier » ou doivent s'élaborer les compétences professionnelles spécifiques des ostéopathes. C'est sur cette partie de la formation que nous porterons notre attention dans ce travail doctoral. A ce volume s'ajoute un dernier tiers (1500 heures) essentiel à la validation du cursus : la formation pratique en clinique proposée au sein de l'école et ouverte au public pour une somme modique. Cette formation pratique est

comparable à ce qui se fait en faculté de chirurgie dentaire où des patients peuvent bénéficier de soins moins onéreux faits par des étudiants. Cette articulation entre théorie et pratique est fondamentale. Cependant, la phase de pratique ne suffira pas à garantir la qualité de la formation, tout dépend de l'articulation au reste du programme (Perrenoud, 1998).

En synthèse, ce volume horaire de la formation est également réparti année par année sous des modalités pédagogiques différentes.

ANNÉES	ANNÉE 1	ANNÉE 2	ANNÉE 3	ANNÉE 4	ANNÉE 5	TOTAL
Cours magistraux (CM)	448 h	416 h	324 h	274 h	84 h	1546 h
Travaux dirigés incluant les travaux pratiques (TD)	454 h	510 h	436 h	252 h	162 h	1814 h
Total CM + TD	902 h	926 h	760 h	526 h	246 h	3360 h
Formation pratique clinique	50 h	70 h	210 h	450 h	720 h	1500 h
Total CM + TD + formation pratique clinique	952 h	996 h	970 h	976 h	966 h	4860 h

Tableau 3. : Répartition des volumes horaires de la formation en ostéopathie<sup>33</sup>

Des fiches sur chaque enseignement précisent le domaine de l'UE, l'année d'enseignement, la compétence à acquérir, l'objectif ainsi que des éléments du contenu. On trouvera également, dans la partie basse du document, des recommandations pédagogiques ainsi que les modalités d'évaluation (cf. tableau 4).

---

<sup>33</sup> JORF n°0289 du 14 décembre 2014, Page 20

**DOMAINE 4 – Ostéopathie : fondements et concepts**

<b>Unité d'enseignement 4.1 : Les modèles conceptuels de l'ostéopathie, principes et fondements de l'ostéopathie</b>		
<b>Année 1</b>		<b>Compétence 2</b>
<b>CM : 36</b>	<b>TD : 4</b>	<b>Total : 40</b>
<b>Objectifs</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Appréhender l'histoire et les bases conceptuelles sur lesquelles s'appuie l'ostéopathie</li> </ul>		
<b>Éléments de contenu</b>		
<p><b>Histoire de l'ostéopathie</b>            Les origines de l'ostéopathie            Le fondateur            Les grands noms            Les influences sociétales, les courants médicaux, la conception de la santé et les connaissances du 19<sup>ème</sup> et début du 20<sup>ème</sup> siècle.            L'évolution socio- professionnelle en France et dans le monde            L'évolution du concept et des modèles en ostéopathie</p> <p><b>Place de l'ostéopathie</b>            La place des processus empiriques en médecine            La place de l'ostéopathie au sein des médecines non conventionnelles</p> <p><b>Définition, principes et concept de l'ostéopathie</b>            Le concept et ses auteurs            Les modèles de relation structure-fonction selon l'OMS            La prise en compte de l'unité du corps et de l'interactivité des structures du corps entre elles            La relation entre la structure et la fonction            Le mouvement, élément fondamental en ostéopathie            Les flux gazeux et liquidiens en lien avec l'état de santé            Auto-régulation et régénération            Sémantique en ostéopathie            Définition et représentation conceptuelle de la dysfonction ostéopathique et            Approche systémique appliquée à l'ostéopathie            L'individualisation des diagnostics et des traitements ostéopathiques</p> <p><b>Les axes de recherche en ostéopathie</b>            Recherche fondamentale            Recherche clinique</p>		
<b>Recommandations pédagogiques :</b>		<b>Modalités d'évaluation :</b>
Les principes et fondements de l'ostéopathie seront abordés avec une lecture critique au regard de l'apport des sciences et doivent être actualisés.		Evaluation écrite <b>Critères d'évaluation :</b> Pertinence de la restitution des concepts et modèles Utilisation d'une terminologie adaptée

Tableau 4. : Exemple de fiche descriptive des différentes unités d'enseignement

Nous avons vu que le référentiel de formation actuel a fortement contribué à structurer la formation en écoles d'ostéopathie ; il a le grand mérite d'exister mais, comme la plupart des référentiels, il a également le désavantage d'avoir été construit à partir d'une activité professée.

### 2.1.2 Du point de vue des étudiants

Pour le deuxième pôle étudié, à savoir les étudiants, un certain nombre de conditions les placent dans une posture sensiblement différente du point de vue de la formation.

#### 2.1.2.1 Des étudiants-clients ?

De par le système même des écoles sous régime d'auto-financement, le recrutement des étudiants subit plusieurs effets relativement délétères : la sélectivité était longtemps faible et le comportement des étudiants tend à évoluer vers un rapport de client à prestataire.

Jusqu'à présent, la sélection des étudiants était moins rigoureuse en termes d'exigences requises. La plupart des étudiants inscrits en première année d'ostéopathie étaient issus de la première année de médecine (PACES) et ont donc connu l'échec de leur orientation préférentielle. Nous confirmerons ce constat empirique par notre enquête dont les résultats seront présentés ultérieurement. Pour ces personnes, l'ostéopathie est donc un choix par défaut. Dans la mesure où il s'agit, pour ces étudiants, d'une voie de réorientation, on peut émettre l'hypothèse qu'il y a un aspect motivationnel moindre dans ce choix, et qu'une transition plus ou moins aisée sera nécessaire, ce qui peut avoir un impact négatif concernant l'implication dans la formation. Cette hypothèse pourrait trouver une explication dans la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 2012). Ainsi, les résultats des étudiants ayant une motivation moindre aurait un impact sur leurs résultats. Le travail sur la motivation de Viau (2009) permet d'en saisir l'essence. D'après cet auteur la motivation est :

*« un phénomène qui tire sa source dans les perceptions que l'élève a de lui-même et de son environnement, et qui a pour conséquence qu'il choisit de s'engager à accomplir une activité pédagogique qu'on lui propose et de persévérer dans son accomplissement, et ce, dans le but d'apprendre » (Viau, 2009, p.12)*

En ayant une perception négative suite à un échec en P.A.C.E.S, nous pouvons émettre l'hypothèse que la motivation à apprendre sera moindre. Plusieurs recherches vont dans ce sens indiquant que la motivation des étudiants mène à la réussite et à la persévérance scolaire (Wigfield & Eccles, 2002, p.91-120 ; Viau, 2014)

Le coût financier de la formation et les enjeux de rentabilité associés ont, sans doute, un impact sur la faible sélectivité des étudiants. Depuis les deux ou trois dernières années, cependant, cette sélection semble plus rigoureuse, comme le prouve un nombre de refus beaucoup plus importants d'inscrits et la mise en place de listes d'attente de la part de certaines écoles et la mise en place d'une année dite « P 0 » de remise à niveau pour permettre aux bacheliers non scientifiques de se remettre à niveau s'ils désirent intégrer le cursus.

Comme nous l'avons évoqué, la formation étant totalement privée en France, et auto-financée par les frais de scolarité, la concurrence entre les écoles est importante. Il devient ainsi primordial pour leur survie de développer des stratégies de reconnaissance et d'expertise de leur cursus. La scolarité représente un coût moyen de 8000 euros/an soit 40 000 euros pour l'ensemble de la formation. Celle-ci a, de plus, l'avantage d'être de plus en plus plébiscitée par

les étudiants. Pour évoquer la potentielle rentabilité de la formation, il suffit de mettre en lumière l'intérêt de certains groupes d'investisseurs n'hésitant pas à acheter plusieurs écoles. Ainsi en France le groupe d'investissement KEA et le groupe Novétude possèdent à eux deux huit écoles en France. Pour un groupe d'investisseurs, la formation représente une activité économique qui doit dégager un bénéfice

Un des effets pervers de ce système est une position différente des étudiants vis-à-vis des écoles, un comportement à tendance clientéliste posant parfois des difficultés aux formateurs en terme de respect des règles, d'acceptation de l'évaluation, d'exigences des formateurs.

Par ailleurs, la formation fait face à une demande de plus en plus importante d'inscriptions, impactant défavorablement l'effectif des étudiants. Il est fréquent de voir des promotions à soixante-dix ou quatre-vingts étudiants. Ce nombre n'est pas sans conséquences sur la gestion de l'enseignement pratique et la dynamique d'un groupe.

#### *2.1.2.2 Particularité de la formation ostéopathique*

En école d'ostéopathie, l'accent est mis sur des habiletés qui n'ont fait l'objet d'aucun apprentissage systématique auparavant dans le curriculum des étudiants. Nous avons vu précédemment à quel point l'aspect manuel et manipulateur était considéré comme central dans la définition de l'agir professionnel. Pour cela, la qualité de la perception et du toucher vont devoir être affinés, travaillés, exercés longuement par les étudiants. Ainsi, en formation pratique clinique, il est demandé aux étudiants dès la première année d'effectuer les manipulations les uns sur les autres. Les étudiants se retrouvent donc alternativement dans la posture du thérapeute et de celle du patient. Cette formation est véritablement unique puisqu'elle se fonde sur la pratique donnée mais également par celle qui est reçue. Ainsi, au même titre qu'un psychanalyste qui a dû lui-même suivre une analyse (Gueullette, 2014), l'ostéopathe a la capacité de se projeter sur une posture de patient et de se rendre compte de ce qu'il ressent, développant ainsi un ensemble de sensations liées à l'effectuation comme à la réception du soin. A notre connaissance, seules les écoles paramédicales (infirmières, kinésithérapeutes) utilisent cette modalité, mais pas de façon aussi prépondérante qu'en école d'ostéopathie.

Autre spécificité, l'apprentissage des étudiants les uns sur les autres ne va pas de soi. Tout d'abord, l'apprentissage sur soi peut être vécu comme une sorte de rite initiatique. Les actes ostéopathiques ne provoquent pas de douleur, mais de nombreuses sensations sont sollicitées. Grâce à cette auto-pratique, il est plus facile de ressentir les effets des techniques. Illustrant la

citation de Socrate « connais-toi toi-même », le thérapeute a ainsi, la possibilité d'éprouver lui-même le retour d'un acte, et ne pas s'en tenir au *feedback* du patient. L'étudiant patient peut également ressentir le traitement donné par l'enseignant, cette forme de transmission étant accompagnée d'une description verbalisée. Ainsi, cette double posture de patient/thérapeute est censé être un formidable outil pédagogique dans le travail de perception. Cette forme d'apprentissage utilisée depuis des générations montre l'importance de la notion de ressenti et de perception et la nécessité de l'exercer. Cependant de nombreuses difficultés ont été observées par les formateurs à cet égard et nous en reparlerons dans les résultats.

Nous avons évoqué le fait que les étudiants se retrouvent à la fois dans la posture du soignant et dans celle du soigné. Lors de la formation, il est donc demandé à de jeunes adultes qui sont en construction identitaire de leur corps (Marc, 2016, pp.28-36), de se mettre en sous-vêtements devant toute une classe afin de jouer le rôle du patient. Cette exposition corporelle n'est pas évidente pour de jeunes adultes et peut-être source d'incompréhension dans la mesure où ils n'ont pas le choix et doivent se plier à cette règle. Cet apprentissage arrive après un curriculum classique chez de jeunes adultes qui sont mis en demeure dans les premières semaines de leur formation de toucher et de manipuler autrui et d'être touchés et d'être manipulés en sous-vêtements.

Dans ces paragraphes nous avons donc vu que de nombreux éléments concourent à une position et une attitude des étudiants en ostéopathie assez différente de celle d'étudiants dans un autre cursus d'études supérieures. Voyons ce qu'il en est des conditions du point de vue des formateurs.

### 2.1.3 Les conditions des formateurs

Les formateurs en ostéopathie, s'ils sont tous volontaires pour transmettre les fondements de leur discipline, sont relativement démunis face à la mission qui leur est confiée, et ceci pour au moins trois raisons : les modalités de leur recrutement, leur carence en formation adaptée et les conditions de l'exercice de leur mission.

### 2.1.3.1 *Le recrutement des formateurs*

Comme cela a déjà été évoqué, pour enseigner dans les écoles, le critère qui a été défini par le ministère de la santé est d'avoir cinq ans d'ancienneté<sup>34</sup> dans la profession d'ostéopathe. Pour comparer le niveau de recrutement et d'exigences des formateurs d'autres disciplines telles que les sciences infirmières ou la kinésithérapie, il est demandé, dans leur cas, un diplôme de cadre de santé<sup>35</sup>. Cela montre la primauté de l'expérience et sous-entend un amalgame entre une compétence pédagogique et une compétence professionnelle. De plus, l'expérience peut venir occulter la capacité de transmission, l'ergonomie a en effet montré que chez les personnes très expérimentées, une grande part de leurs connaissances est incorporée à leur pratique (Le Bellu, Lahlou & Nosulenko, 2010 ; Leplat, 1995). Elles sont parfois difficiles à exprimer et donc malaisées à transmettre. Leplat parle à cet égard de « compétences tacites » (Leplat, 1995). Une citation longue ? Les personnes expérimentées « savent faire » mais éprouvent une difficulté importante à expliquer « comment elles font ». De plus, il existe toujours cet écart entre « ce que nous croyons faire » et « ce que nous faisons réellement » cet écart selon Davezies trouverait une origine dans la physiologie du système nerveux (2012).

### 2.1.3.2 *L'absence de formation des formateurs*

Comme le montre le rappel historique de la discipline fait en première partie, la formation initiale en ostéopathie reposait, dans un premier temps, sur une transmission informelle. Les véritables premières écoles dotées d'une formation plus structurée apparaissent dans les années 1980. Ces formations ont été créées par des ostéopathes sur la base de leur bonne volonté mais sans spécialistes en ingénierie pédagogique. Dès lors, on peut supposer qu'il y a eu une transposition du modèle pédagogique qu'eux-mêmes avaient connu. Cette solution possède deux avantages : non seulement sa simplicité de reproduction mais également le fait qu'elle ait fonctionné pour eux (Taddei, 2018). Il faudra attendre la loi du 4 mars 2002 avec la reconnaissance du titre pour avoir une formalisation de la formation encore plus importante. Se pose néanmoins encore la question de la formation des professionnels intervenant dans ces écoles et des prérequis nécessaires à de telles fonctions.

---

<sup>34</sup> Article 20 du référentiel formation.

<sup>35</sup> Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création du diplôme de cadre de santé. Modifié par le décret n°2008-806 du 20 août 2008 publié au J.O. n°195 du 22 août 2008.



Dans la mesure où cette émergence de la formation s'est faite au départ par la transmission de professionnels à professionnels, il n'y a donc pas eu de réflexion pédagogique spécifique dans le cadre de cette passation qui pouvait, comme nous l'avons évoqué, prendre la forme d'un compagnonnage. Les professionnels ont ainsi formé par tâtonnement, par essais et erreurs. L'ancrage pédagogique qu'eux-mêmes avaient pu connaître restait fort. Nicole Poteau évoque le terme « d'isomorphisme postural » (Poteaux, 2014), qui signifie la reproduction du système pédagogique que les individus ont pu connaître. On forme autrui comme on a été formé soi-même. Les formateurs gardent cette « originalité » de pratique dans leur enseignement pour, au final, non pas enseigner l'ostéopathie en général mais plutôt leur « technique » et leur « vision » du métier. En témoigne cet article en 2012 d'une revue sur l'orientation « Orientactuel » intitulé : « ostéopathie : la disparité persistante des parcours de formation nuit à la lisibilité de la profession ».

Notamment une difficulté majeure concerne l'apprentissage que nous nommons « technique », l'enseignement d'une gestuelle est fondée sur la répétition et la démonstration. Dans cette approche, il y a avant tout un apprentissage kinesthésique du geste, la pratique se fonde sur le développement de la perception sensorielle (Courraud, 2020). Bruno Ducoux, ostéopathe de renom, n'hésite pas à dire de cette perception qu'elle est : « *plutôt subjective ; elle varie d'un individu à l'autre. Elle est unique, instable, fluctuante, évolue de façon chaotique dans un système ouvert sur une forme de co-créativité* » (2008). Il suffit, pour s'en convaincre, de proposer à plusieurs ostéopathes de poser la main sur un patient et d'observer les différences d'interprétation en fonction de la perception de chacun. Comment transmettre un socle commun suffisamment général à partir de perceptions subjectives ? comment s'assurer de la compréhension et acquisition de compétences des étudiants ?

De plus comme le suggère Ria, le geste technique est porteur d'un héritage, de valeurs ; il n'est pas seulement le fait d'une exécution de mouvement (Ria, 2016). Ceci est d'autant plus vrai pour des disciplines telles que l'ostéopathie où la gestuelle n'est pas simplement le fruit d'une technicité. Cependant, cette manière d'envisager la formation est davantage orientée sur la transmission d'une gestuelle, d'une technique, faiblement reliée à l'enseignement de concepts. Mais quelle est l'assise d'un enseignement portant sur la technicité qui n'incorporerait pas les fondements conceptuels de la discipline ?

Pour ces formateurs, en l'absence d'autre formation, la transposition du modèle d'apprentissage qu'ils ont connu est « naturelle », celui-ci se fondant essentiellement sur le modèle du secondaire qui est plus proche d'un modèle plus transmissif<sup>36</sup>.

### 2.1.3.3 *Les conditions de leur exercice*

Les difficultés résident également dans la manière dont le dispositif de formation est mis en œuvre concrètement. Certaines particularités rendent l'exercice de la formation difficile.

#### *L'activité professionnelle multiple*

Les formateurs ostéopathes ont la double casquette de formateur et de professionnel. Ils exercent donc une double activité. En effet, en plus de leur activité professionnelle, le plus souvent exercée en libéral, ils exercent une activité secondaire de formateur. Cette activité est dite « secondaire » car, pour la plupart d'entre eux, l'activité libérale reste leur principale source de revenus.

Les temps d'intervention sont également variables d'un formateur à l'autre, allant de quelques dizaines d'heures de vacation à plus de 500 heures annuelles. On peut facilement imaginer qu'un formateur chargé de seulement quelques heures de cours n'a pas la même implication qu'un formateur avec plusieurs centaines d'heures. De plus, le travail demandé à un formateur en matière de suivi pédagogique, d'organisation, de gestion des enseignements et d'évaluation ne sera bien sûr pas le même. Sur le terrain, on constate des difficultés consistant à réunir les intervenants pour participer à des réunions pédagogiques ou pour s'impliquer davantage en encadrant des mémoires par exemple.

Bien entendu cette spécificité est également une chance : chacun de ces professionnels a exercé et exerce encore sa profession, il peut donc illustrer par des cas réels, attirer l'attention sur la réalité de la pratique, pointer les difficultés possibles et rendre son cours extrêmement vivant.

La pratique et la formation peuvent se nourrir l'une de l'autre dans le cas idéal. Mais dans les faits, c'est bien sûr moins évident. C'est un des éléments que nous souhaiterons tester.

---

<sup>36</sup> Cette pédagogie, appelée « magistrale » ou « frontale », s'inspire des travaux de John LOCKE. La connaissance est transmise par l'enseignant, seul dépositaire du savoir.

### *La question de la coordination*

Pour les écoles, la problématique est de devoir gérer un nombre relativement important d'intervenants, en moyenne plus de 50 par écoles. Cela demande un travail d'organisation et de coordination pédagogique extrêmement conséquent. Ce travail repose sur des coordinateurs pédagogiques (un par année) qui sont les garants de cette organisation. Cependant, il s'agit bien souvent d'ostéopathes n'ayant aucune formation en ingénierie pédagogique. Dans les faits, le poste est proposé aux ostéopathes ayant les volumes d'enseignement les plus conséquents. Même s'ils font preuve d'une grande motivation dans l'accomplissement de leurs tâches, ils ne bénéficient pas de toutes les ressources nécessaires à la réalisation de leur mission. De plus, tout comme les formateurs, les coordinateurs pédagogiques ont également cette double casquette de coordinateur et d'ostéopathe en libéral. Au final, les coordinateurs sont à la fois coordinateurs, formateurs et praticiens ! Comment allier les responsabilités liées à chacune de ces fonctions ?

En tant que formateur, nous avons toujours été surpris par l'absence de contrôle ou d'accompagnement quant à la conception de nos cours. En effet, lors du recrutement, il est souvent demandé aux futurs intervenants de prendre leurs fonctions dans un domaine spécifique. Ils viennent souvent faire leur cours sans avoir l'opportunité de connaître le programme en amont et en aval. Cette organisation taylorienne du travail de formateur qui consiste à venir faire son cours sans pouvoir se coordonner avec les autres interventions peut aboutir à des répétitions ou, inversement, à des manques dans le programme. Le risque est grand de proposer une juxtaposition des connaissances faiblement interreliées entre elles (ce qui est un comble pour des spécialistes de l'interrelation des structures et des fonctions, soit dit en passant...). Le travail d'articulation est dans ce cas du ressort de l'étudiant. Pour compenser cette difficulté d'organisation, les intervenants d'une même U.E mettent parfois en place des stratégies et s'organisent entre eux afin de donner une cohérence d'ensemble à leurs interventions. Le questionnement des formateurs, ou toute démarche réflexive, semble difficilement perceptible dans les écoles. Peu de temps d'échange collectif, pas d'espace où s'ajuster, les formateurs sont globalement laissés à leur bonne volonté.

#### 2.1.4 Une qualité inconstante de l'enseignement théorique et pratique

Enfin, ces constats empiriquement observés lors de notre propre parcours professionnel ont été renforcés par une première recherche effectuée en master de Pédagogie médicale en 2016. Lors d'une recherche initiale exploratoire sur les formateurs ostéopathes, nous avons en effet observé

une efficacité variable des mêmes enseignements selon les formateurs (Garnier & Braccini, 2016). Nous avons mis en avant une observation de résultats variables chez les étudiants malgré la structuration de la formation. Le référentiel de formation oblige les écoles à enseigner les TD/TP en petits groupes, et à avoir un formateur pour vingt-cinq étudiants. Une école qui, par exemple, accueille cinquante-six étudiants devra diviser la cohorte en trois groupes, donc trois formateurs réalisant de manière autonome et simultanément un cours identique. Nous avons constaté des résultats d'évaluations différentes en fonction des groupes, et ceci reproduit sur plusieurs formateurs et non lié au niveau académique du groupe. Cette hétérogénéité des résultats, malgré des contenus communs, nous a orienté vers une hypothèse de variabilité en fonction du formateur. C'est également ce qu'ont corroboré des entretiens avec les étudiants concernant les difficultés de compréhension qu'ils ont rencontrées avec certains formateurs, celles-ci les ayant obligés à mettre en place des stratégies de contournement (récupérer les cours des autres groupes par exemple). Les résultats de cette pré-étude nous a amenés à nous interroger sur les compétences des formateurs ostéopathes qu'il faudrait développer et sur l'intérêt de la création d'un référentiel de compétences de formateur en ostéopathie.

## **En synthèse**

Au sein d'écoles jeunes, dont les formateurs sont des praticiens moyennement expérimentés pour la plupart et ne bénéficiant d'aucune connaissance pédagogique, chargés de partager des savoirs partiellement validés scientifiquement, face à des étudiants qui peuvent sembler faiblement engagés, se comportant parfois en clients, au sein d'une formation en partie déstabilisante pour eux, on conviendra que la formation à un métier de relation humaine portant sur la santé peut sembler un défi redoutable !

Ces premières observations nous ont également interrogés sur l'importance de la formation continue pour les formateurs ostéopathes, au-delà des textes ministériels qui n'exigent qu'une expérience professionnelle pour enseigner, faisant l'impasse sur les compétences pédagogiques. Ces constats empiriques nous amènent à nous poser les questions suivantes : Comment agir sur la professionnalisation des formateurs ? quelles sont les principales compétences entrant en jeu dans le métier d'ostéopathe ?

## 2.2 La professionnalisation : une question identitaire ?

Lors de la phase précédente de constats empiriques, nous avons vu émerger des difficultés multifactorielles qui dépendent d'échelles différentes mais qui sont en interdépendance. Nous souhaitons analyser ce qui se joue à différents niveaux en utilisant un cadre d'analyse de l'activité à plusieurs niveaux. Mais avant d'arriver à cette étape, nous devons spécifier les différents concepts utilisés par notre recherche. Pour ce faire, nous définirons ce que nous entendons par profession et professionnalisation. Pour comprendre ce que sont les savoirs d'action des formateurs, il convient tout d'abord de définir ce que l'on entend par « action ». Après ce premier éclairage théorique, nous éclaircirons la notion de savoirs (théorique et d'action) et tenterons de définir la notion d'apprentissage. Enfin, nous éclaircirons les notions de professionnalisation et de compétences à partir d'une revue de la littérature.

Les travaux de Dubar (1998) définissent les professions comme des formes historiques d'organisation sociale, d'attribution d'identités et d'organisation du marché du travail. Pour qu'un métier apparaisse, il faudrait également, selon Latreille (Héran, 1982), que trois paramètres soient réunis : l'existence d'une formation spécifique, la reconnaissance du métier par autrui et le regroupement des personnes concernées. Le métier se crée donc quand des personnes d'un même domaine se regroupent afin de négocier la définition des rôles, des tâches et des savoirs que les novices dans le métier devront développer. À ces trois dimensions, on pourrait également ajouter une quatrième selon les travaux de Descolonges (cité par Baudry de Vaux & al., 1996), qui est constitutive d'un métier : l'art ou ensemble des savoir-faire spécifiques.

### 2.2.1 Qu'est-ce que la professionnalisation ?

Comme nous l'avons rappelé dans une publication récente (Braccini, Garnier, & Durat, 2020), la professionnalisation d'un métier est un processus historique que l'on peut résumer en quatre étapes, à savoir : l'existence d'une pratique non reconnue par les instances juridiques et étatiques ; une reconnaissance visant la régulation économique et sociale de l'activité qui débouche enfin sur une négociation collective définissant ce que doit être le métier ; enfin, on observe une centralisation des pouvoirs au sein d'instances chargées de réguler et de contrôler les normes établies (Dubar & Tripier, 2003). La reconnaissance spécifique d'une profession passe donc par l'évolution des interactions entre les individus, les institutions et la société. C'est pourquoi Wittorski (Wittorski, 2009) distingue trois phénomènes différents mais complémentaires, à savoir : la « dynamique d'élaboration » d'une profession portée par les

groupes sociaux, la « mise en mouvement des individus » portée par les organisations visant la flexibilité et l'adaptabilité, et la « fabrication » de professionnels légitimes qui est la raison d'être des institutions de formation. Ces trois dimensions peuvent s'appuyer sur un référentiel de compétences dont le rôle est de rendre possible l'évaluation des écarts entre une norme socialement stabilisée et l'activité humaine.

#### *2.2.1.1 Évolution de la professionnalisation*

La notion de professionnalisation est en constante évolution depuis les années 1990. On peut mettre en lien ce phénomène avec la montée en puissance de l'intérêt de la société pour les compétences. En effet, les notions de professionnalisation et de compétences entretiennent des liens étroits si on regarde les usages sociaux qui en sont faits (Champy-Remoussenard, 2008, pp.51-61). On pourrait tenter de la définir par une mise en évidence des compétences requises pour conduire des activités professionnelles (Philippe Maubant & Piot, 2011). Pour Le Boterf professionnaliser désigne le processus permettant de construire et de développer ses compétences (Le Boterf, 1997).

Si la professionnalisation, selon Wittorski, regroupe trois notions fondamentales, on peut également lui attribuer trois sens. Ainsi les trois notions fondamentales autour de la professionnalisation sont ce que Wittorski nomme le triptyque « compétences, identité, reconnaissance ». À cela s'ajoutent les trois sens suivants : la professionnalisation de la profession qui concerne la constitution d'une profession ; la professionnalisation de la formation qui aboutira au développement des savoirs et des compétences pour former un « professionnel », et enfin la professionnalisation et l'efficacité au travail qui aboutissent à l'autonomisation des individus face aux différentes situations.

Le recours à la compétence dans cette première définition traduit « un surcroît d'exigence vis-à-vis du salarié, celui d'avoir à s'organiser lui-même pour répondre aux insuffisances du travail prescrit [...], développer une nouvelle forme de performance centrée sur le service rendu aux clients et capable de mobiliser des ressources spécifiquement humaines de raisonnement et de décision » (Lichtenberger, 1999, p. 71). C'est le cas des activités adressées à autrui où les organisations sont moins présentes dans les prescriptions où il existe une certaine complexité de l'activité de travail. On pourrait traduire cela par la volonté des organisations de reconnaître l'expérience professionnelle par rapport à la formation, et les compétences acquises en situation de travail plutôt qu'en situation de formation (Guitton, 2000). Richard Wittorski (2007)

propose, quant à lui, de définir la professionnalisation comme étant la recherche d'une meilleure efficacité au travail : il fait ainsi le lien professionnalisation-efficacité.

Il s'agit, de comprendre les situations d'une activité singulière pour agir avec une meilleure efficacité tout en faisant connaître et reconnaître son professionnalisme et ses compétences. Ainsi, selon Jobert « former ne suffit plus, il faut professionnaliser les travailleurs en les amenant à investir davantage leur subjectivité, à mobiliser leur intelligence créative et à prendre des décisions en fonction de la reconfiguration incessante des situations concrètes » (Jobert, 2002, p. 251).

#### *2.2.1.2 Professionnalisation, enjeu social et existentiel*

La professionnalisation est également un enjeu social ; elle permet une reconnaissance identitaire, avec une meilleure considération et valorisation des salariés. Une recherche conduite sur les situations d'encadrement professionnel d'enseignants a montré l'incidence de la reconnaissance professionnelle du point de vue du sentiment de compétence et de l'identité professionnelle (Jorro & Pana-Martin, 2012). C'est également le cas en situation de travail car elle renforce les liens d'appartenance à une communauté professionnelle, génère des processus d'engagement nouveaux ou d'apprentissage professionnel (Bourgeois & al., 2013). L'identité professionnelle est avant tout une identité sociale ancrée dans une profession. Elle est le produit d'une incorporation de savoirs professionnels (Gentili, 2005). Citons Dubar et son travail sur les identités : « l'espace de reconnaissance des identités est inséparable des espaces de légitimation des savoirs et des compétences associées aux identités » (Dubar, 1998).

Pour comprendre le phénomène de reconnaissance, on peut également voir ce qu'en dit la psychodynamique du travail, ce champ de recherches faisant la distinction entre la reconnaissance du travail réalisé et la reconnaissance professionnelle. En d'autres termes, il y a, d'un côté, les résultats obtenus et, de l'autre, les objectifs atteints qui valorisent un sentiment d'utilité, la manière de s'engager dans son activité qui repose sur un jugement de beauté (Jorro & Wittorski, 2013).

Dans son approche, Dejours précise bien que « la reconnaissance porte non pas sur l'être, mais sur le faire. C'est dans un deuxième temps seulement que la reconnaissance portant sur le faire, lorsqu'elle a été obtenue, peut être rapatriée dans le registre de l'être par le sujet lui-même » (Dejours, 2007, p. 66-67).

On retrouve également, dans les travaux de Brun et Dugas (2005), cette double dimension de la reconnaissance professionnelle qui la distingue de la reconnaissance existentielle, qui met en lien l'acteur avec d'autres acteurs, et la reconnaissance pratique du travail qui concernera davantage la réalisation, l'investissement dans le travail et les résultats.

### 2.2.1.3 *La professionnalisation des métiers de l'humain*

Pastré (2011) montre que les évolutions du travail, particulièrement dans les métiers de l'interaction humaine, exigent de pouvoir s'adapter aux situations inédites dans des environnements de plus en plus dynamiques et imprévisibles. Pour Tardif, ce qui constitue la spécificité de l'enseignement, c'est qu'il s'agit d'un « travail interactif » (Tardif, 1999). On peut donc définir l'activité de l'enseignant comme la manière singulière qu'a une personne de faire le travail, d'exécuter une activité professionnelle dans une institution d'enseignement (Altet 2002, p.81). La particularité du travail d'enseignant consiste dans le fait qu'il repose avant tout sur un modèle d'interaction avec d'autres, nécessitant des réactions, devant orienter des choix et des prises de décision. Selon Beillerot (2000, p.88), « c'est la double dimension de la notion de pratique qui rend la précieuse » en précisant : « d'un côté les gestes, les conduites, les langages ; de l'autre, à travers les règles, ce sont les objectifs, les stratégies et les idéologies qui sont convoquées ». La pratique professionnelle regroupe donc non seulement des manières de faire qui sont singulières, « le faire propre à cette personne », son style personnel, relationnel, mais aussi les procédés pour faire, qui correspondent à une fonction professionnelle (par exemple le savoir enseigner). Dans toute activité d'enseignement, il y a du commun (des modes de fonctionnement qui font consensus au sein du groupe professionnel) et du spécifique (chaque enseignant se construit un style, une manière d'enseigner qui lui est propre) : ce sont les notions de « genre » et de « style » (Clot, 1999a).

### 2.2.2 Formation professionnelle ou professionnalisante ?

Il est important pour nous de faire, dès le départ, une différence claire entre ce qui relève d'une logique de formation professionnelle et ce qui relève d'une logique de formation professionnalisante (Sonntag, 2007). Dans les deux cas, il s'agit de former un public aux outils, méthodes et techniques utiles pour agir. Il s'agira dans ces deux formations de développer des savoirs d'action afin d'agir de manière efficace dans des situations professionnelles. Mais en l'absence de situations de travail réelles dans les formations professionnalisantes, celles-ci visent principalement à transmettre des pratiques, des normes et des valeurs jugées légitimes au sein du groupe professionnel. Nous suivrons pour ce faire le cheminement ouvert par



Wittorski. L'un des enjeux forts d'une formation professionnalisante réside dans sa capacité à aider les formés à se construire une identité professionnelle leur permettant d'intégrer le monde du travail auquel ils sont destinés, en établissant un rapport au métier congruant avec l'identité collective (Wittorski, 2012). On parlera davantage des savoirs professionnels (Wittorski, 2007) pour évoquer une formation professionnalisante. À l'inverse, la formation professionnelle a pour enjeu l'efficacité au travail. Les normes de références sont donc celles qui sont propres au contexte professionnel réel, et qui supposent généralement d'avoir déjà acquis les fondements du métier caractérisant le professionnel par rapport aux néophytes. Sans ces bases, la formation professionnelle est souvent plus difficile, voire impossible (Prairat, 2014).

Ainsi, les écoles d'ostéopathie peuvent être qualifiées de formation professionnalisante puisqu'il s'agit d'une formation initiale durant laquelle les formés ne sont pas en situation réelle de travail. L'enjeu identitaire apparaît dès lors comme une difficulté importante, si l'on considère le manque de stabilité et de clarté du métier d'ostéopathe évoqué lors des chapitres précédents (voir § 1.3, 1.4 et 1.5). La visée professionnalisante de la formation étant construite au niveau des écoles *in situ*, on retrouve donc des discours très différents d'une formation à l'autre. Il est même courant de rencontrer des professionnels diplômés qui ne possèdent pas le même discours et peuvent difficilement communiquer sur leur pratique. Cette problématique se rencontre également lors du changement d'école d'un étudiant qui vient à déménager dans une autre région et qui doit revoir un enseignement afin de s'adapter au nouvel établissement.

#### 2.2.2.1 *La professionnalisation des enseignants et des formateurs*

La question de la professionnalisation des enseignants s'est posée de façon accrue ces dernières années (Lang, 1999 ; Lessard & Meirieu, 2008). Comme nous venons de l'aborder, enseigner ou former n'est pas un métier dans lequel il on doit accomplir une tâche ayant comme but la production ou la transformation de la matière. Il s'agit d'une activité humaine caractérisée par l'interaction entre les individus. Dans cette situation collective, il s'agit, pour l'enseignant/formateur dans une démarche socioconstructiviste, de faciliter l'appropriation des savoirs stabilisés en connaissances (Lave, 1988 ; Brown, Collins & Duguid, 1989). Il est intéressant de prendre en compte la notion de « double sens » lors de la transmission. Au cours de la transmission d'un savoir, les règles de communication entre l'enseignant et les élèves se créent, changent, se rompent et se renouent au fur et à mesure des acquisitions et de leur évolution produite. Ces règles ne représentent pas une fin en soi mais sont évolutives et sont le fruit d'une négociation toujours renouvelée (Brousseau 1990).

Après avoir vu les règles de communication dans l'enseignement, il serait intéressant de déterminer les caractéristiques de l'enseignant professionnel. Ainsi, Altet (2010) dégage six principales caractéristiques de l'enseignant professionnel :

Une base de connaissances liées à l'agir professionnel (1) ; une aptitude à agir en situation complexe, à s'adapter, à interagir (2) ; une capacité à rendre compte de ses savoirs, savoir-faire et de ses actes (3) ; une autonomie et une responsabilité personnelle dans l'exercice de ses compétences (4) ; une adhésion à des représentations et à des normes collectives constitutives de l'identité professionnelle (5), une appartenance à un groupe qui développe des stratégies de promotion et de valorisation (6). Cette approche d'Altet recoupe les trois axes de Wittorski.

Il est également intéressant de souligner les différences culturelles qui peuvent émerger de l'orientation que l'on donnera à cette professionnalité. Ainsi, (Lessard, 2006) met en lumière la différence de vision entre l'Amérique du Nord et du Sud : les uns privilégient le modèle du *praticien réflexif*, les autres privilégient le modèle du *praticien efficace*. Il est intéressant de noter que ces deux conceptions diffèrent quant au but et au sens à donner à leur activité. Altet dégage quatre modèles différents de professionnalité enseignante qui ont été dominants à certaines périodes en France et les modèles de formation qui les ont construits (Altet, 1991) :

1. **L'enseignant Magister ou Mage** : ce modèle intellectualiste de l'Antiquité considérait l'enseignant comme un maître, un mage qui sait et qui n'a pas besoin de formation spécifique ou de recherche puisque son charisme et ses compétences rhétoriques suffisent ;
2. **L'enseignant Technicien** : ce second modèle apparaît avec les Écoles Normales ; on se forme au métier par apprentissage mimétique, en s'appuyant sur la pratique d'un enseignant chevronné qui transmet ses savoir-faire, « ses trucs » ; le formateur est un praticien expérimenté-modèle ; les compétences techniques dominent ;
3. **L'enseignant Ingénieur** : dans ce profil, l'enseignant s'appuie sur les apports scientifiques et, notamment, les sciences humaines. Il rationalise sa pratique par la théorie. On y retrouve les personnages ayant un ancrage fort dans la didactique disciplinaire ;
4. **L'enseignant Praticien** : dans ce dernier modèle, la part réflexive occupe une grande partie de l'activité de l'enseignant. Il est capable d'analyser sa pratique et de résoudre des problèmes. La formation s'appuie sur les apports des praticiens et des chercheurs.

Un modèle unique d'enseignant ne s'est pas naturellement dégagé de ces différents modèles. On peut certainement trouver des proportions variables d'un modèle à l'autre chez les enseignants. Cette typologie a l'avantage de proposer des catégories et les modèles enseignants pour repérer un profil ou une combinaison de profils.

#### 2.2.2.2 *Se professionnaliser en devenant un praticien réflexif*

Le paradigme du praticien réflexif a été modélisé par Schön (1984). Il a connu un grand écho, surtout quand on s'intéresse au développement professionnel des individus (Vacher, 2015)

. En utilisant le modèle réflexif, le professionnel est capable de prendre de la distance par rapport à son action. Le recours à cette activité réflexive par les individus est grandissant, surtout dans les métiers de l'éducation (Chouinard & Caron, 2015). Philippe Perrenoud dresse le portrait suivant de « l'enseignant réflexif » :

« Un enseignant réflexif ne cesse pas de réfléchir dès qu'il arrive à se débrouiller, à être moins angoissé, à survivre dans sa classe. Il continue à progresser dans son métier, même en l'absence de difficultés ou de crises, par plaisir parce qu'il ne peut pas s'en empêcher, parce que la réflexion est devenue une forme d'identité et de satisfactions professionnelles » (Perrenoud, 1998).

Cette approche a particulièrement influencé tout le courant de l'analyse de l'activité sur lequel nous nous attarderons plus loin dans le deuxième chapitre. Les auteurs de ce courant recommandent de définir les situations d'apprentissage en analysant l'activité afin de faire émerger le travail réel au-delà du prescrit. Clot (1999) explique qu'en décrivant son activité, le professionnel interroge sa manière de faire, de ne pas faire ou d'être empêché. Pastré (2011) propose une démarche réflexive développée par l'analyse de l'activité permettant au sujet de se construire dans l'activité (en la modifiant). C'est à partir de cette démarche que nous avons posé les bases de notre réflexion. L'observation des formateurs, lors des séquences vidéo, a montré des effets qui ont dépassé le cadre de la description de l'activité. Les formateurs se sont questionnés sur la complexité des situations, sur les conditions de leur réalisation, sur les raisons de leurs décisions. Cette démarche n'aurait pu avoir lieu sans une pratique réflexive de la part des formateurs (Dubar, 1998).

### 2.2.2.3 *Enseignant ou formateur ?*

En tant que chercheur en sciences de l'éducation, nous nous posons la question de savoir si nous avons à faire à des formateurs ou à des enseignants. En effet, nous faisons la distinction entre « former » et « enseigner ». Tout enseignant n'est pas un formateur. En reprenant les propos d'Alain Bouvier, nous pouvons dire qu'« ingénierie (conception, stratégie, planification), négociation, régulation, évaluation, compétences sont considérés comme les mots clés du discours et de la pratique des formateurs... programmes, classe, connaissances, notation, moyenne, orientation, ceux de l'enseignant ». Le terme « enseigner » désigne une éducation intentionnelle ; ses buts sont explicites et codifiés. On peut désigner cette activité comme un processus lié à des situations d'apprentissages (De ketele, 1989). Si l'on s'en tient à cette catégorisation, et en raison de la dimension professionnelle de la formation et du statut des intervenants, il ne fait aucun doute que l'on est davantage formateur qu'enseignant dans une école d'ostéopathie. Mais voyons ce que cela implique pour le formateur.

### 2.2.2.4 *La tâche et le rôle du formateur*

Selon Leplat, la formation professionnelle « vise à faire acquérir les compétences nécessaires à l'exécution d'une tâche ou d'une classe de tâches ». Cependant, la complexité de l'activité professionnelle ne peut se résumer à une liste de tâches, surtout dans le cadre de la consultation ostéopathique (Leplat, 2002). L'ergonomie a largement démontré que l'activité des opérateurs ne se réduit jamais à l'exécution d'un ensemble de tâches, même lorsque celui-ci semble dénué de complexité, c'est vrai à fortiori lorsque l'on parle d'interactions humaines liées à de l'apprentissage.

Selon Mayen, il est nécessaire de partir de situations dans lesquelles des professionnels ont ou auront à agir et de tâches qu'ils doivent ou devront accomplir. Considérant que « dans le monde du travail, les situations professionnelles peuvent être des opportunités d'apprentissage et de développement » (Mayen, 1999), Mayen évoque des situations potentielles de développement, notion qui s'est spécifiée en situation potentielle d'apprentissage (Mayen & Gagneur, 2010). En formation, lorsque des situations professionnelles sont introduites, c'est pour leur potentiel d'apprentissage.

Ainsi, une partie du travail des formateurs consiste à instruire des situations professionnelles qui ont un fort potentiel d'apprentissage et qui sont familières aux apprenants et ce, afin de construire des espaces collectifs d'apprentissage.

Nous pouvons également nous référer à la médiation de tutelle (Wood, Bruner, & Ross, 1976) pour notre question. En effet, pour qu'une relation de tutelle favorise l'apprentissage, l'aide fournie par le médiateur (en l'occurrence, le formateur) ne doit être ni insuffisante, ni plus importante que ce dont l'apprenant a besoin pour réaliser la tâche prescrite.

En suivant Bruner, nous retenons plusieurs rôles médiateurs du « système formateur », parmi lesquels : diriger, contrôler et maintenir l'attention des apprenants, entretenir une relation permanente entre moyens et fins des actions didactiques, inciter les apprenants à s'impliquer activement dans leur propre apprentissage en suscitant chez eux des activités susceptibles de produire de l'apprentissage.

## 2.3 Le développement des compétences des formateurs

La compétence a été largement étudiée et décrite par de nombreux auteurs (Krampe & Ericsson, 1996 ; Pierre Pastré, 1999 ; Tardiff, 2006 ; Durat & Mohib, 2008 ; Jonnaert, 2009 ; Coulet, 2016 ; Jonnaert, 2017 ; Olry, 2008). Cette notion est encore loin de faire l'objet d'un consensus : Jonnaert évoque même, en parlant de la compétence, une « réflexion toujours inachevée » (Jonnaert, 2017). Certains chercheurs (Bronckart & Dolz, 2002 ; Carignan, 2001) ont même abandonné l'idée de trouver une définition consensuelle car la compétence se retrouve, malgré elle, au centre des débats épistémologiques et de la diversité des pratiques.

### 2.3.1 La notion de compétence

L'évolution de la notion de « compétence » est intimement liée aux enjeux et aux mutations que connaissent le monde du travail et celui de la formation professionnelle (Barbier, 2009) comme nous pouvons le voir à travers les définitions qui tentent de cerner cette notion.

#### 2.3.1.1 *De la compétence finalisée au développement de la compétence*

Selon Roegiers (cité par Raynal & Rieunier, 2018), la compétence individuelle consisterait en la capacité consciente d'un individu à mobiliser et à combiner un ensemble de ressources de manière à réagir de façon pertinente à différentes situations localisées dans un même registre. D'après Pastré « *Être compétent [...] c'est « savoir comprendre et analyser ce que l'on fait »*. Cette affirmation implique que la compétence se développe par l'analyse réflexive et la conceptualisation de l'action. Ces processus, « *en décontextualisant les savoir-faire, rendent la compétence adaptable et transférable à d'autres situations* » (Pastré, 1999, cité par Champy-Remoussenard, 2005, p. 21). Pour Tardif, la compétence relève d'un « *savoir-agir complexe*

*prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations* » (2006, p. 22). Les ressources internes seraient incorporées à l'identité de l'acteur tandis que les ressources externes recouvriraient les ressources que l'acteur doit aller chercher afin de répondre efficacement à la situation (Le Boterf, 2011, p. 101).

La loi du 4 mai 2004 œuvre dans ce sens. Ainsi, les programmes de formation professionnelle sont désormais axés sur le « développement des compétences » afin de « contribuer au développement culturel, économique et à la promotion sociale ». Dans cette démarche, il y a l'idée d'un apprenant qui devient acteur de son savoir, de son projet professionnel et de sa formation (Mohib, 2011) : ce ne sont plus les diplômes qui définissent le contenu de la formation mais l'activité professionnelle à laquelle prépare le diplôme (Garnier & Braccini, 2017). Cela change la posture des salariés qui sont placés dans une logique de responsabilité (Lichtenberger, 1999) quant à leur employabilité, sur la base des compétences qu'ils ont à entretenir, ajuster et développer (Stroobants, 2007). Autrement dit, cela place le salarié dans une posture où il fait partie intégrante du développement de ses compétences professionnelles.

On peut envisager deux manières d'aborder la problématique du développement des compétences professionnelles, la première étant de se demander comment se forment les compétences professionnelles (approche identitaire). Dans la deuxième (approche instrumentale), il s'agit plutôt de se demander comment former aux compétences professionnelles (Mohib, 2011). Dans le champ de la formation et de l'éducation, Durat (2009) identifie quatre notions fondamentales que l'on peut attribuer à la compétence : « action, situation, efficacité, et légitimité ».

### *2.3.1.2 La situation et l'action efficace de la compétence*

Certains auteurs n'hésitent pas à dire qu'un consensus pourrait se dégager de certains éléments de la compétence. Ainsi, une mise en action située et efficace semble trouver un large écho auprès des auteurs. Selon Wittorski, « elle est du côté de l'action de l'individu ou du collectif dans une situation donnée » (Wittorski, 1998). Rey, qui cite Barbier à ce sujet, considère que la compétence présente les caractéristiques attribuées aux actions situées car elle est à la fois contextualisée, singulière et finalisée (Rey, 2006). Par ailleurs, Legendre (1993) la définit comme « une qualité que l'on attribue à une personne jugée apte à exercer efficacement une fonction ». De son côté, Tardif, *in* Toupin (1998) explique que « la compétence est un système

de connaissances (...) qui autorisent à l'intérieur d'une famille de situations, non seulement l'identification de problèmes mais également leur résolution efficace ». Grâce à ces exemples, nous pouvons construire une première approche provisoire pour laquelle la compétence relèverait « de l'ensemble des ressources mobilisées par un individu dans une situation spécifique pour agir de manière efficace » (Durat, 2009). Dans cette approche de la compétence, le caractère « situé » et « l'action » semblent être les pivots. Cette première définition met en avant le fait que la compétence ne dépend pas seulement des individus mais qu'elle est la conséquence d'une multitude d'interactions avec l'environnement.

### *2.3.1.3 La légitimité de la compétence*

Pour reprendre Le Boterf, la compétence est « un savoir-agir reconnu » : on ne se déclare pas soi-même compétent, Wittorski évoque à son sujet une « appréciation sociale ». Il s'agirait pour un individu de démontrer, aux yeux d'une communauté ou d'un groupe, qu'il est capable d'agir de manière efficace en fonction de critères qui auront été fixés par ces mêmes groupes. Il existe peu de définitions de la légitimité, les apports théoriques étant essentiellement issus de la sociologie ou des sciences politiques. Dans le champ de la formation, Durat la définit de la manière suivante : « une action ou un usage reconnu et admis par un groupe, c'est-à-dire un acte qui répond à un certain nombre de règles établies (formelles ou tacites) et qui obtient l'autorisation de s'accomplir ». Les notions de Clot « le genre professionnel » et le « style de l'action » sont intéressantes car elles définissent l'agir d'un sujet en fonction de normes collectives. Au-delà d'une simple notion d'efficacité, la compétence doit intervenir dans une action « validée » et « reconnue » en tant que telle par le groupe et par l'autorité.

### *2.3.1.4 La compétence un processus ou un état ?*

La littérature fait une distinction entre la compétence qui est un état des « savoirs » et le fait que celle-ci soit perçue comme un processus. Certains chercheurs (Le Boterf, 2005 ; Zarifian, 2004) soutiennent l'idée selon laquelle c'est le processus qu'il est nécessaire d'approfondir. De notre point de vue, nous n'écarterons pas totalement cette dimension de mise à disposition de ressources. Ainsi, pour Astier (Astier, 2007), il s'agit avant tout de la mise en place d'un « patrimoine de ressources cognitives, affectives émotionnelles ».

Le Boterf affirme, quant à lui, que la compétence relève avant tout de la capacité à prendre des initiatives, des décisions pertinentes. Le professionnel compétent ne se contenterait pas d'appliquer des procédures efficacement mais serait capable d'aller au-delà s'il le jugeait

nécessaire. Il serait donc capable de corriger ses décisions en fonction de l'évolution d'une situation. L'auteur considère que le savoir-faire constitue une ressource du savoir-agir. Et ce serait le savoir-agir qui déterminerait avant tout la compétence et qui serait source de confiance (2011, pp. 101-102). La compétence ne serait non pas un état mais un « *processus d'activation de ressources* » (Boterf, 2013, p. 73).

Pour le formateur qui intervient, il nous semble que les deux dimensions cohabitent : il lui faut en effet identifier, maîtriser cet état des ressources mais aussi du point de vue du processus, d'en concevoir des situations permettant l'apprentissage.

Ainsi, à partir de ce bref tour d'horizon, nous nous rapprochons de la définition de la compétence donnée par Durat pour qui il s'agit de : « l'ensemble des ressources cognitives et affectives mobilisées et combinées par un individu pour agir de manière efficace et légitime dans une situation singulière » (Durat, 2009). Même si cette définition soulève d'autres problématiques, elle nous permet d'aborder la double dimension de la compétence comme processus et produit, et de comprendre le développement des compétences professionnelles, notamment dans un métier tel que celui de formateur.

### 2.3.2 L'agir professionnel, le pouvoir agir

La compétence repose sur la réalisation d'une action efficace et légitime. Elle suppose donc qu'un individu soit capable de s'engager dans l'agir professionnel. Quand on parle « d'agir », il s'agit ici de la capacité d'un individu à prendre une décision. Il s'agit donc d'accepter de compter avec l'incertitude qui caractérise toute pratique professionnelle (Schon, 1994).

Le développement des compétences demande un engagement de soi dans l'action. C'est ce que l'on pourrait qualifier de « pouvoir agir ». Pour agir, l'individu s'appuie sur des modèles mentaux opérationnels. La réflexivité consiste donc, pour un individu, à expliciter et conscientiser ces modèles et à en observer l'effet sur ses propres actions. Il sera donc en mesure d'identifier des leviers pour faire évoluer ses actions futures (Paquay & Sirota, 2001).

### 2.3.3 Le développement des compétences

Richard Wittorski identifie cinq voies de développement des compétences (1998). La première voie correspond au modèle de la formation « sur le tas », l'individu se fondant avant tout sur un raisonnement par tâtonnements, par essais et erreurs. On peut parler d'une « logique dans l'action ». La deuxième voie correspond à une alternance des savoirs théoriques et pratiques en



stages. On peut ainsi évoquer une « logique de réflexion dans l'action ». La troisième voie correspond à l'identification et à la formalisation des compétences implicites pour les transformer en savoirs d'action. On peut parler d'une « logique de réflexion sur l'action ». La quatrième voie anticipe les compétences dans une logique de résolution de problème ; cela peut émerger dans des groupes de résolution de problèmes. Il s'agit d'une « logique de réflexion pour l'action ». La cinquième voie repose sur l'acquisition des savoirs en formation initiale. La formation transmet des savoirs qui devront évoluer en compétence une fois en situation professionnelle. Nous sommes dans une « logique de l'intégration-assimilation ». Au cours de ces cinq voies de développement des compétences, nous pouvons identifier les savoirs d'action et les savoirs théoriques. Il existe de nombreux outils pouvant amener au développement des compétences, comme par exemple le portfolio (Zeichner, Hutchinson, & Tochon, 2004).

#### 2.3.4 Appropriation d'un référentiel par les acteurs

Legendre (2007) montre que le référentiel de compétences peut constituer un vecteur de changement des pratiques. Cependant, il montre également que les acteurs ont besoin de s'approprier le référentiel. C'est cette appropriation qui donnera sa légitimité à l'utilisation du référentiel par les acteurs. Dans sa thèse, Balas montre également que la fonction développementale du référentiel n'est envisageable que si les activités décrites ont, pour les professionnels concernés, un bon degré d'authenticité (Balas, 2011). Cela signifie que les professionnels sont en mesure de juger leur description comme sincère, naturelle et la plus proche de la réalité possible.

#### 2.3.5 Les limites du référentiel pour les métiers de l'humain

L'utilisation d'un référentiel est très utile pour la professionnalisation. Cependant, il existe un risque de domination de la logique de contrôle et d'efficacité (Braccini, Garnier, & Durat, 2020), les formateurs voulant à tout prix se calquer sur les compétences du référentiel. L'impossibilité de négocier et de faire évoluer la norme limite la négociation identitaire (Wittorski, 2015) et le potentiel apprenant des situations de travail (Mayen, 2018) dans les métiers relationnels où le facteur humain occupe une place importante car la qualité du travail dépend de la relation et des choix de posture professionnelle. Comme l'évoque Balas (2011), dans le cas des kinésithérapeutes, « la réussite de l'acte (de soin) passe par une forme de coproduction en partie inconsciente, où le patient joue un rôle majeur ». Cette part subjective du travail (Dejours, 2003) est encore renforcée quand il s'agit de « perception palpatoire », la sensibilité kinesthésique s'acquérant avec la pratique. Comme pour les kinésithérapeutes, c'est

« avec l'expérience, [que] ces professionnels découvrent, de manière empirique, des manières de faire à l'efficacité éprouvée plutôt que prouvée » (Balas, 2012).

## 2.4 En synthèse : la rencontre d'une demande et d'une commande

Nous avons effectué un certain nombre de constats empiriques sur les difficultés rencontrées à la fois du point de vue des savoirs à enseigner, que du point de vue des étudiants et de celui des formateurs. Les observations retracées dans ce chapitre sont dues au croisement à la fois de notre position d'ostéopathe, formateur et coordinateur, formé récemment en master de pédagogie, ils sont également issus d'échanges avec des collègues de ce milieu professionnel qui partagent ces constats ; le constat est sévère : aussi bien les savoirs à enseigner relativement instables, un recrutement des formateurs fondé sur leur expérience d'ostéopathe, une formation inexistante et un contexte organisationnel où le temps et les espaces de coordination sont faibles s'ajoutent à un recrutement d'étudiants insuffisamment exigeants qui sont eux-mêmes placés dans une situation d'apprentissage relativement inconfortable ; le résultat actuel de ces conditions ne concourt pas à un système optimal. Or la volonté de la profession est d'améliorer la formation, tant en termes de qualité de la formation que de légitimation des instituts.

Les interventions des spécialistes du travail et de la formation dans les milieux professionnels trouvent la plupart du temps leur origine dans des commandes venant des institutions. Ces commandes sont souvent initiées dans une optique de résolution de problème. Dans notre situation, ayant le désir de formaliser cette réflexion dans le cadre d'un travail doctoral, et l'école souhaitant avancer sur la question d'un référentiel de compétences pour les formateurs, nous sommes convenus de prendre pour objet le développement des compétences des formateurs ostéopathes. Cette commande émane du groupe France ostéo, regroupement de 6 instituts de formation à l'ostéopathie en France. Elle s'intègre à la volonté de mener des collaborations de recherche dans plusieurs domaines de l'ostéopathie ; ainsi cela pourra également dans le futur concerner des problématiques de santé et de prévention des troubles musculo-squelettiques (Simonet, Caroly, & Clot, 2011 ; Clot & Fernandez, 2005), de diminution de l'absentéisme (Caroly & Clot 2004a), de formation (Clot, 1995 ; Durand & Filliettaz, 2009).

Ainsi nous poursuivons une recherche qui se veut compréhensive et transformative avec l'ambition d'agir sur la professionnalisation des formateurs et le développement de leurs

compétences. Nous allons voir à présent quel cadre théorique nous choisissons pour effectuer cette recherche.

# Chapitre 3 Présentation du cadre théorique

## Introduction

Dans ce chapitre, nous ferons d'abord un point sur les notions d'activité, d'action, en tentant d'articuler savoir théorique et savoir pratique, de spécifier ce que sont les savoirs d'action et la situation. Nous présenterons ensuite le cadre théorique que nous avons retenu pour notre thèse : l'analyse de l'activité, issue de la psychologie du travail et de l'ergonomie de tradition française (Leplat). Nous aborder les origines de l'analyse de l'activité *les théories de l'action et de l'analyse de la tâche* développées par Leplat (2002), qui nous aideront à analyser l'activité enseignante en référence à la tâche didactique et d'une manière plus générale, en référence au travail. Enfin, nous ferons un bref tour d'horizon sur quelques-uns de ses courants qui ont alimenté notre recherche.

### 3.1 L'activité, une entrée pour observer la réalité

Pour comprendre le travail des formateurs en ostéopathie et agir sur leur formation, par le prisme des sciences du travail, des sciences de la formation, nous nous situerons plus particulièrement dans ce qu'on appelle « l'entrée par l'activité ».

Pour de nombreux chercheurs intéressés par les questions de la formation et leur relation à l'activité professionnelle (Barbier & Durand, 2003 ; Filliettaz, de Saint-Georges, & Duc 2008 ; Bronckart, 2004 ; Durand & Plazaola Giger, 2007), le concept d'activité constitue une entrée intéressante pour évoquer les notions de formation professionnelle et en particulier celle de la formation des formateurs. Prendre l'activité comme entrée, c'est repérer certains courants qui se situent d'un point de vue théorique à un croisement de plusieurs disciplines. Parmi les disciplines contributives on peut citer, la psychologie du travail, l'ergonomie francophone (Falzon & Teiger, 1995), la psychologie du développement, ainsi que la sociologie du travail. Au carrefour de ces disciplines-socles sont nés des courants qui partagent de nombreux points communs sur leurs objets ; certains de ces courants revendiquent une filiation forte avec l'ergonomie, comme le cours d'action (Theureau, 2004) , la didactique professionnelle (Pastré, Mayen, & Vergnaud, 2006 ; Pastré, 2002 ; Mayen, 1999), ou l'ergologie (Schwartz, 1997), d'autres se situent davantage sur le versant psychologique, comme la psychodynamique du travail (Dejours, 2003), ou la clinique de l'activité (Clot, 1999b ; Clot & al., 2000).

Le point commun de ces recherches consiste dans le fait qu'elles sont orientées vers l'action, sa mise en œuvre et ses spécificités. Elles s'adossent bien évidemment à des orientations épistémologiques un peu différentes, mais poursuivent des objectifs qui, bien que singuliers, entretiennent des relations d'échanges voire d'interdépendance et présentent des points communs (Pasche & Gossin, 2010). Dans notre travail, il s'agira à la fois de mettre en avant ces points communs mais également ces différences. Cette démarche nous paraît pertinente pour comprendre et analyser l'activité du formateur-ostéopathe et les différentes interactions qui prennent place avec les apprenants.

### 3.1.1 Action : de quoi parle-t-on ?

Une première définition indique que l'action serait la « *manifestation concrète de l'activité de quelqu'un* »<sup>37</sup>. En poursuivant l'exploration du terme, une seconde définition apporte de nouveaux éclairages : une action recouvrirait l'effet produit par l'agissement intentionnel d'une personne ou d'un groupe sur une personne ou un objet (ibid.).

D'après Perrenoud (Perrenoud, 2001, p.7), l'action dépend toujours d'un contexte ; elle est intentionnelle bien que parfois « *confuse* ». Cette dernière est réalisée par un acteur, en lien avec d'autres acteurs au sein d'un système d'actions. Cette action est teintée de l'identité intrinsèque de l'acteur, de ses compétences, de sa personnalité et de sa culture. Bronckart (2010, p.8), quant à lui, met l'accent sur le fait qu'une action est toujours caractérisée par un processus dynamique, une impulsion et par un résultat. La source de ce couple impulsion/résultat peut d'après lui provenir d'un objet ou d'un organisme humain. Comme lui, nous nous intéresserons, au cours de ce travail, uniquement aux actions prenant leur source chez un ou plusieurs individus dotés de « *capacités comportementales et mentales* ».

Enfin, Barbier indique que l'action a un sens pour l'individu ou les individus qui la mettent en œuvre ou y participent (Barbier, 2013b). Selon Schön (cité par Perrenoud, 1998, p.2), l'action peut être une action ponctuelle très courte comme une stratégie à long terme. L'action s'inscrit, d'après Perrenoud (1998, p.2-3), au sein d'un système d'actions. Une action ne serait donc pas à étudier indépendamment du système dont elle constitue l'un des éléments entrant en interaction avec d'autres. Pour Vergnaud, l'action est « *l'activité adaptative d'un être dans son environnement* » ; c'est de l'analyse de l'environnement, de l'action, du contrôle de ses effets

---

<sup>37</sup> Dictionnaire de Français Larousse, 2008

et de son réajustement que vient la pensée (2011, p. 275). Selon Gasparski, l'action correspondrait au comportement de l'acteur qui la réalise dans la perspective d'un état qui est le but de l'action ; celui-ci est déterminé selon des critères, ou encore selon le système de valeurs de l'acteur. Le déroulement de l'action dépendrait de ce dont l'acteur dispose lorsqu'il agit ou encore de ses ressources (énergie, informations), des instruments, des méthodes et de l'environnement dans lequel s'inscrit l'action (2009, pp.131-132). Le but de l'action prendrait, quant à lui, sa source dans les besoins de l'acteur qui proviennent des situations qu'il aura rencontrées (ibid., p.236).

Enfin, Gasparski précise que seul un petit nombre d'actions assez simples peuvent être réalisées individuellement. La majorité des actions seraient des actions collectives impliquant d'autres personnes. Les actions collectives nécessiteraient la coopération au sein de laquelle les actions de chacun se complèteraient, s'entrecroiseraient et s'entraideraient, mais pourraient aussi consciemment ou inconsciemment entrer en compétition et, de ce fait, s'empêcher les unes les autres. C'est cette interaction quasiment indispensable qui amènerait la nécessité de toujours observer une action dans son contexte (ibid., p.248-249). C'est cette définition de l'action contextualisée et nécessitant des ajustements coopératifs (donc une adaptation, pour aller dans le sens de Vergnaud) qui décrit le plus finement ce que nous souhaitons explorer et que nous conserverons pour la suite de notre recherche. Le concept d'action ayant été défini, il s'agit à présent d'explorer la notion de « savoir » :

### 3.1.2 Savoir théorique et savoir pratique

Loin d'opposer ces deux termes, il s'agit ici surtout de comprendre leur articulation. Dewey (cité par Vergnaud, 2011, p. 289) indique qu'« *il n'y a rien de plus pratique qu'une bonne théorie* ». Pour lui, la pratique est à la source de la construction des théories.

Schön (2011, p. 212) montre qu'un praticien puisera non seulement dans des savoirs théoriques pour alimenter sa pratique mais qu'il peut aussi devenir un chercheur réflexif dans un certain nombre de situations. L'auteur regrette l'image jusqu'alors associée aux savoirs issus de la pratique et invite à penser les liens entre recherche et pratique.

Latour (2012, p. 132-133) propose, quant à lui, que la pratique recouvre la totalité des activités humaines, y compris celles qui consistent en la production d'une théorie. En effet, il précise que la théorie ne constitue pas une méthode mais le produit final issu d'une pratique. De fait, il n'y aurait pas d'opposition entre théorie et pratique. En didactique professionnelle, la théorie

rattrape la pratique, on sait faire avant de savoir dire pourquoi on sait faire, « je peux » avant de dire « je sais » (Pastré, Mayen, & Vergnaud, 2006).

Pourtant, les débats épistémologiques entre rationalisme et empirisme font rage depuis la Grèce antique. En effet, pour les partisans du rationalisme (Platon, Descartes, Kant), la connaissance ne peut qu'être issue d'un raisonnement déductif et se former à travers un processus mental *a priori*. Les perceptions sont à passer au crible de la raison tandis que pour les partisans de l'empirisme, la connaissance s'acquiert par l'expérience et est obtenue *a posteriori*, l'observation constituant une première étape dans la construction d'une connaissance (Pesqueux, 2008, p. 15).

La science a, jusqu'à présent, imposé une épistémologie positiviste de la construction des connaissances impliquant l'application dans la pratique de théories, de lois et de modèles issus de la science. Or, depuis le début des années 80, un « *tournant réflexif* » a amené les chercheurs centrés sur l'action à passer d'un paradigme de la science appliquée à un paradigme du praticien réflexif. Il ne s'agit alors plus d'imaginer des théories, lois et modèles que l'on va appliquer dans la pratique mais d'élaborer une épistémologie de l'agir professionnel en tenant compte de toutes les contraintes, limites et subjectivités de la pratique. Au lieu de s'intéresser aux savoirs nécessaires aux praticiens, il s'agit de découvrir quels sont les savoirs dont ils font preuve à travers leurs actions pratiques (Schön cité par Pineau, 2013, pp. 1-2). Cependant, cette réflexion sur l'action, pour pouvoir acquérir un « *véritable statut de recherche de plein droit* » (Schön, 1983, p. 29) ne peut faire l'économie de quatre types de question à se poser : « *Sur quoi réfléchir ? Comment réfléchir ? Qui réfléchit ? et pourquoi réfléchir ?* » (Pineau, 2013, p. 4). Ces questions sont dépendantes les unes des autres et soulèvent un questionnement éthique en plus du tournant que cette nouvelle épistémologie implique.

Comme l'indique Jean Marie Barbier, « *on s'accommode de moins en moins de l'écart qui subsiste entre travail prescrit et travail réel, entre « théorie » et « pratique », voyant probablement dans cette meilleure connaissance du réel une nouvelle ressource pour les organisations* » (Barbier, 2011, p.2). On demande au praticien d'appliquer ce qui est prescrit par la théorie et de conceptualiser sa pratique et, en tous les cas, de limiter au maximum l'écart entre ce qui est fait et ce qui est pensé. Ce changement implique une perméabilité entre théorie et pratique.

Si le paradigme positiviste et le paradigme du praticien réflexif s'appuient sur des conceptions très différentes, il y a néanmoins une certaine perméabilité entre les deux et « *les deux formes de savoir se fécondent mutuellement, assurant ainsi leur renouvellement et leur évolution* » (Gagnepain & André, 2011, p. 100).

Les auteurs s'accordent donc pour ne pas opposer savoir théorique et savoir pratique mais pour envisager que l'un complète l'autre, et inversement. Le savoir théorique prendrait au départ sa source dans la pratique mais serait ensuite généralisé, décontextualisé de sorte à servir d'appui à la réflexion.

### 3.1.3 Le savoir d'action

Pour Mialaret, le savoir praxéologique, le savoir compris dans l'action, serait un savoir particulier tandis que le savoir scientifique aurait « *la prétention d'un Savoir général* ». Or, l'action, dit-il, ne peut se contenter de l'un ou de l'autre mais a besoin des deux. Selon lui, c'est la dialectique qui relie les deux modalités qu'est la richesse. Il s'agit de confronter ces deux savoirs pour les enrichir (2004, p.175-176). Grize (2011, p.128) indique également que si le savoir théorique se suffit à lui-même, le savoir d'action est, quant à lui, toujours rattaché à une situation. D'après Grize, le savoir théorique pourrait servir d'appui au développement du savoir d'action.

« Une théorie est constituée d'un ensemble de lois et de théorèmes qui portent sur des objets abstraits [...]. Si, une fois mise en place, une théorie ne doit rien à la réalité concrète, si elle se développe de façon autonome, son existence ne relève pas moins d'une volonté d'expliquer des phénomènes réels, de comprendre leurs enchaînements et de faire des prévisions. Ainsi un savoir théorique peut servir de base, ou mieux de fondement à des savoirs d'action, même si ceux-ci peuvent relever d'autres sources » (Grize, 2011, p. 119).

Schön (2011, p. 207) définit, quant à lui, le savoir en cours d'action comme étant le savoir pratique ordinaire dont nous ne sommes pas conscients mais qui détermine nos actes, les règles et les manières qui nous amèneront à produire des gestes, des identifications et des jugements sans y réfléchir durant leur exécution.

Ainsi, on peut être conscient un moment de cet apprentissage pratique mais il est très vite incorporé pour devenir inconscient. Schön se réfère ainsi à Polanyi qui a inventé l'expression



« savoir tacite » pour nommer tous ces savoirs tels que la reconnaissance des visages et l'utilisation d'outils qui se font naturellement, sans que nous en soyons conscients et qui pourtant relèvent d'un apprentissage.

Reix (1995 cité par Pesqueux, 2008, p.28) repère deux types de savoirs tacites : les connaissances en contexte qui sont issues de la « dimension cognitive des connaissances tacites » telles que les normes, les valeurs ou les modèles mentaux, et les connaissances pratiques qui seraient, d'après lui, le produit de l'expérience. On réduit parfois ces derniers à tort à la notion de savoir-faire. « L'acte de travail devient acte de formation lorsqu'il s'accompagne d'une activité d'analyse, d'étude ou de recherche sur lui-même » (Barbier, 2011, p.3). D'après Barbier, ce savoir produit par l'acteur sur l'action qu'il a réalisée est un moyen direct de développer une compétence. Ce travail d'analyse de l'action - donc de production de savoir - produit une compétence plus directement que les systèmes de formation traditionnels. En effet, ces derniers, pour obtenir la transformation identitaire visée, doivent passer par une appropriation de savoirs extérieurs ou une mise en pratique de savoirs déjà appropriés. En agissant, l'acteur produirait donc du savoir. Ce savoir serait lui-même source de compétence.

D'après Vergnaud (2011, p.276), la pensée prend sa source dans l'action, et notamment dans l'analyse de l'environnement au sein duquel cette action est envisagée, dans l'évaluation des impacts de cette même action et dans la modification des actions futures en lien avec les effets repérés. Cette mise en pensée de l'action se ferait à travers la représentation et la conceptualisation des objets, processus, relations, etc. Pour Vergnaud, le discours théorique a surtout une fonction de « *représentation des objets et de leurs relations* » (2011, p.290). La théorie peut être vue et analysée comme une activité finalisée et organisée, tout comme le savoir en action, par des schèmes qui permettent son explicitation et sa symbolisation. À l'inverse, la théorie est, d'après lui, décontextualisée du fait de son caractère universel. C'est ce qui fait proposer à Pastré la notion de concept pragmatique :

« Tous les concepts qui fondent et orientent l'action ne sont pas d'origine pragmatique, c'est-à-dire construits dans et par l'action. Certains de ces concepts sont d'origine scientifique et technique [...]. Mais dans ce cas, pour devenir des outils de guidage de l'action, ces concepts scientifiques et techniques demandent à être pragmatisés : parmi toutes les relations existantes entre les variables qui caractérisent le système, les professionnels

sélectionnent celles, en petit nombre, qui vont leur être utiles pour faire un diagnostic de situation et guider leur action » (Pastré, 2011, p.16)

Vergnaud (2011, p.277) indique que les savoirs professionnels relèvent moins de savoirs scientifiques et techniques que de savoirs d'action, qui prennent leur source dans l'expérience et les situations auxquelles les professionnels ont été confrontés. Il serait difficile, pour ces professionnels, d'explicitement facilement ces savoirs d'action. Ceux-ci permettent d'agir même dans les situations qu'aucun savoir théorique n'a encore éclairées. Pour cet auteur, l'action se nourrit de la théorie et la théorie se nourrit de l'action (*ibid.* p.278). Le contexte de production de l'action devient alors primordial : dans quelle situation les savoirs d'action peuvent-ils émerger ? Y a-t-il alors savoir d'action et apprentissage dans toute situation ? Cela nous amène à préciser ce que nous entendons par situation.

### 3.1.4 Comprendre la situation

Qu'est-ce qu'une situation au regard du travail et des apprentissages que l'on peut y faire ?

#### 3.1.4.1 Qu'est-ce qu'une situation ?

Dewey propose la définition suivante du terme « situation » :

*« Ce que désigne le mot "situation" n'est pas un objet ou un évènement isolé ni un ensemble isolé d'objets ou d'évènements. Car nous n'expérimentons ni ne formons jamais de jugements à propos d'objets et d'évènements isolés, mais seulement en connexion avec un tout contextuel. Ce dernier est ce qu'on appelle une "situation" »* (1993, p.128-129).

Selon lui, la situation est donc un ensemble d'objets ou d'événements en interaction dont on fait l'expérience. Goffman, quant à lui, avance qu'une situation est une zone au sein de laquelle se joue une interaction entre au moins deux acteurs (1987, p.91). La situation serait subjective car elle correspond à ce dont l'acteur est conscient à un moment donné (Goffman & Joseph, 1991, p. 16). Pastré ajoute qu'une « situation, ce ne sont pas seulement des objets donc il faudrait connaître les propriétés. Une situation, ce sont des objets, certes ; mais ce sont aussi des acteurs, des enjeux entre eux, un lieu, une temporalité qui forme une histoire » (Rabardel & Pastré, 2005). Pastré définit la situation selon quatre caractéristiques. Une situation est pour lui toujours singulière, même si elle peut être partiellement généralisée ; elle se distingue par une dimension temporelle ; elle est source d'expérience, ce qui signifie que c'est l'acteur qui lui donne un sens ; enfin, elle est l'occasion d'un apprentissage (2011, p. 12). Il indique

d'ailleurs que « *la situation ne peut pas être spécifiée en dehors du but de l'action [...] renvoie à la notion de maîtrise ou de pouvoir d'agir* » (Pastré, 2005, pp. 235-236).

La situation trouverait tout son sens dans le couplage situation-activité. En effet, pour repérer les caractéristiques d'une activité, il serait nécessaire de s'intéresser à la situation de travail au sein de laquelle elle s'inscrit. Cette situation serait de nature complexe étant donné qu'elle formerait un tout dynamique. Se confronter à une situation reviendrait aussi à se confronter à l'incertitude car une situation n'est pas programmable. Enfin, qui dit situation dit aussi interactivité. En effet, l'acteur, transformerait la situation autant que la situation le transforme. De plus, la situation serait source d'apprentissage (Champy-Remoussenard, 2005, p. 21).

Gasparski ajoute que la situation peut être contraignante, ou encore imposer une action, sans laquelle un effet négatif de la situation sur l'acteur pourrait émerger. La non-réalisation de l'action attendue pourrait également aggraver la situation à laquelle est confronté l'acteur. Comme nous l'avons indiqué dans un chapitre précédent, la situation ferait donc émerger des besoins chez l'acteur, besoins qu'il serait possible de classer selon une hiérarchie allant du plus simple au plus élevé (2009, p. 236-237).

#### 3.1.4.2 *Référentialiser les situations ?*

Dans une visée de professionnalisation, il est important de pouvoir spécifier un profil de compétences attendues pour exercer le métier. En ce sens, le référentiel de compétence a toute sa place afin de répondre à une question opérationnelle. Dans le champ de l'éducation, nous avons vu qu'une personne est considérée comme compétente si elle peut mettre en œuvre des « ressources » pour agir de manière cohérente et efficace dans une classe de situations déterminés (Jonnaert, 2002 ; Perrenoud, 1997 ; Tardif, 2003).

On cherchera donc à caractériser les « ressources » individuelles qu'un professionnel devrait posséder afin de réaliser une tâche attendue. Le plus souvent, cela aboutit à une liste de tâches qui deviennent des « savoirs », « savoir-faire » et « savoir être » qui ont la particularité d'être évaluables et transférables. La particularité de cette liste est la décontextualisation dont elle fait preuve dans son utilisation. Zarifian (2001, p.18) souligne les limites des « descriptifs et classifications d'emplois, associés à des requis de capacités, auxquels on ajoute une couche de savoir être » et que l'on nomme « un référentiel de compétence ». Dans ce cas, nous n'avons aucune information ou très peu, sur la réalité du travail, les imprévus ou, en d'autres termes sur les situations réelles que rencontre un professionnel.

La didactique professionnelle comme le cours d'action proposent des approches qui accordent une place prédominante à la situation. On retrouve également cette valorisation au niveau international en Amérique du Nord (Jonnaert, Barrette, & Masciotra, s. d.). La question des compétences passe donc au second plan dans cette approche. Il nous paraît donc important que la description des « ressources » destinées à l'action soit issue de l'analyse des situations et de l'activité en situation (Mayen, 1999). Nous faisons donc ici le lien entre l'analyse de l'activité en situation et la restitution des « ressources » en situation.

La plupart des courants en analyse de l'activité, partent du travail dans et sur des situations professionnelles. Être compétent ne consiste plus simplement à pouvoir mettre en application une liste de procédures mais à pouvoir agir face à des aléas, des conséquences, tout en étant actif. Un professionnel compétent est alors une personne capable de « maîtriser » un ensemble de situations professionnelles et, par extension, des classes de situations plus ou moins complexes, constitutives de son emploi ou de son métier (Leplat, 1991 ; Vergnaud, 1990, 1996 ; Pastré, 2004 ; Ferron & al., 2006)

Partant de ces définitions, la didactique professionnelle est amenée à considérer la compétence de manière située. Cela signifie que la compétence est toujours dépendante d'une situation ou d'une classe de situations. Comme le souligne Mayen les situations se définissent elles-mêmes par de la variabilité et de la diversité, étant « toujours identiques et toujours différentes » (Mayen, 2010). Un professionnel doit toujours agir avec une multitude de facteurs (fatigue, stress, retard, imprévus). Le professionnel compétent doit pouvoir composer avec cette variabilité des événements. En d'autres termes et pour reprendre un ouvrage de Mayen, il doit pouvoir faire face et apprendre à travailler avec le « vivant ». Cependant, il ne faudrait pas radicaliser l'action située : même si il y a une dimension importante de la dimension située, il ne faut pas nier qu'il y a du générique dans les situations (Rogalski, 2004). Elles peuvent en effet toujours comporter un certain nombre de similitudes avec certaines classes de situations ainsi qu'avec l'orientation et l'organisation de l'action dans la situation. C'est le postulat des schèmes sur lequel nous reviendrons plus loin.

Nous retiendrons au final qu'être compétent, c'est être également capable « de faire face à plus de variations plus importantes, en particulier en étant capable d'identifier l'état des variables les plus essentielles d'une situation (état de l'objet du travail, état des conditions de réalisation de l'action) et en disposant d'un ensemble de connaissances sur ces états qui permettent de les

combiner et de construire une configuration significative à partir de laquelle il sera possible de décider d'une action à entreprendre » (Ferron & al., 2006, p. 20).

Nous pensons que cette définition prend d'autant plus de sens dans les métiers de l'humain où le relationnel peut ajouter de la complexité à la situation, les métiers de l'enseignement étant particulièrement concernés. À partir du moment où un acteur (formateur) est confronté à d'autres acteurs (apprenants), il doit faire preuve d'une compétence qui relève de l'intelligence professionnelle humaine, dont on ne peut rendre compte de manière exhaustive par un référentiel de compétences.

La finalité d'un référentiel de situations sera donc de mettre à jour les éléments invariants des classes de situations et les variables les plus significatives ou encore, essentielles. Il s'agit donc de mettre à jour la structure conceptuelle de la situation (Pastré, 1999), c'est-à-dire les concepts qui organisent l'action et qui serviront à guider le professionnel afin de rendre l'action efficace. On pourra donc définir une situation par les caractéristiques suivantes : but(s), objet(s) à transformer, conditions de réalisation (Mayen, 2010). Si nous cherchons à caractériser une situation d'apprentissage professionnel, c'est que nous défendons l'idée que l'apprentissage professionnel puisse constituer le cœur de tout dispositif de formation professionnelle. L'apprentissage professionnel est d'abord un travail intime sur soi qui se révèle dans et par l'activité du travail. Autrement dit, penser la formation professionnelle comme une formation professionnalisante, c'est inscrire et définir la professionnalisation comme un objectif, un enjeu, des « je » et des jeux d'apprentissage professionnel. Enfin, comment ne pas penser une formation professionnalisante sans penser, et dès lors chercher à identifier et à caractériser, les situations formatives comme pouvant contenir en elles des potentialités d'apprentissage professionnel ?

## 3.2 Origine de l'analyse de l'activité

### 3.2.1 Le travail, la tâche

L'analyse du travail apparaît à la suite des travaux de Ombredane et Favergé (1955) ; elle prend largement appui sur les travaux des psychologues et des ergonomes durant le vingtième siècle. Cette analyse opère une distinction fondamentale entre la tâche et l'activité ou, pour reprendre l'expression de Leplat (1997), entre « ce qu'il y a à faire » et « ce que l'on fait ». Cet écart est toujours présent et ce, même dans les situations de travail où celui-ci bénéficie de nombreuses prescriptions (procédure, fiche technique, recommandation, etc.) censées détailler la totalité de

l'action. Mayen rappelle (2001) que la situation de travail est socialement définie, finalisée et structurée par un cadre prescriptif, règlementaire et normatif, ce cadre devant orienter l'activité. Mais les prescriptions sont lacunaires, elles ne peuvent rendre compte des situations de travail. Métral (2018) à la suite de Mayen, montre qu'une part de l'organisation des actions et des opérations visant à la résolution des tâches reste invisible et plus ou moins explicitées et/ou explicites par des professionnels. La situation de travail ne se donne donc jamais dès le premier abord selon Métral, elle reste à apprendre : « Du « réel du travail » émerge alors ce qui est attendu de chacun, ce qu'il peut faire ou non, les règles, les normes, plus ou moins formelles et explicites, plus ou moins congruentes ou contradictoires » (Métral, 2018, p.2). C'est pourquoi la situation de travail ne correspond jamais exactement à ce que la prescription en dit. Dans cet écart, on pourra retrouver la contribution que chaque opérateur mettra en œuvre pour donner au prescrit une efficacité avérée. Analyser le travail, c'est donc, avant tout, définir la tâche, l'activité et leur articulation (Leplat, 1992, p.24).

La tâche n'est donc pas simplement « exécutée » : elle est repensée, transformée, réajustée, en fonction des situations concrètes et variables que rencontre l'opérateur. On retrouve également dans cette « exécution » de la tâche toute la part individuelle, la formation et l'expérience de chaque opérateur. C'est à cette mobilisation subjective dans les situations, cet « usage de soi » (Schwartz, 2000) que l'on applique le terme d'« activité », qui prend son origine à la fois dans la singularité du déroulement des actions mais également dans les sujets qui les réalisent.

Cette notion d'« activité » fait cependant débat (Leplat & Hoc, 1983 ; Clot, 1999), notamment concernant la question de savoir s'il s'agit seulement de prendre en compte ce que le sujet fait mais également ce qu'il ne fait pas, choisit de ne pas faire ou modifie. Il semble toutefois se dégager un consensus pour distinguer prise de conscience et activité.

Certains travaux soulignent, en effet, qu'une part de l'activité n'est pas accessible directement par questionnement auprès du sujet lui-même, le sujet n'ayant pas nécessairement conscience de toute son activité. Leplat évoque la part incorporée des compétences (Leplat, 1997) : le travailleur a tellement incorporé son action sans que sa conscience soit mobilisée, qu'il sera donc plus difficile pour lui d'en rendre compte dans son discours. Nous trouvons également cette difficulté dans le travail implicite, dans le travail qui va de soi ou encore, dans tout « ce qui va sans dire ». En effet, le sujet omet de détailler l'activité tellement celle-ci fait « naturellement » sens.

Clot et Faïta (2000) montrent comment la variation des sujets lors des auto-confrontations croisées permet d'évoquer différents aspects de l'activité et donc de donner lieu à une vision élargie de celle-ci.

### 3.2.2 L'activité

Nous pouvons d'emblée nous accorder sur le fait que le concept d'activité est issu de la psychologie russe du début du XXe siècle (Meri, 2007). On attribue classiquement la théorisation de l'activité à Vygotski et Leontiev, en oubliant souvent Rubinstein qui fut également, par son travail, au fondement de la théorie de l'activité mais qui, faute de traduction, est resté pratiquement inconnu en Europe.

En France, les premiers travaux qui font référence à « l'activité » sont issus de travaux d'ergonomes. Ainsi, on retrouve les premiers travaux menés par Faverge au sein du Centre de recherche psychotechnique (CERP) qui deviendra l'association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA) en 1946. Ainsi, le premier ouvrage de référence sur l'activité paraît en 1955 ; il comporte un chapitre sur la formation par ses deux auteurs Ombredane et Faverge. Cette analyse du travail a un très fort ancrage dans les recherches qui ont été menées en ergonomie et en psychologie. La distinction fondatrice y apparaît entre tâche et activité ou, en reprenant l'expression de Leplat (1997) entre « ce qu'il y a à faire » et « ce que l'on fait ». Le « travail réel » ne correspond jamais en totalité à ce que la prescription (référentiel, fiche de cours, fiche de poste, etc.) demande de faire. Alain Wisner, dans son ouvrage, n'hésite pas à parler de « bataille du travail réel » (Wisner, 2004).

Progressivement, l'ergonomie démontre que toute activité s'écarte de la manière dont on l'imagine, dont on la pense, dont on la planifie, dont on prévoit qu'elle sera exécutée. Même dans des domaines d'activité où il y existe de fortes injonctions comme ceux des opérateurs en centrales nucléaires, on retrouve un écart avec le réel (Jobert, 2014).

Dans cet écart entre prescrit et réel, il y a toute la dimension d'efficacité qu'un opérateur apporte pour réaliser son activité. La tâche n'est donc jamais simplement réalisée : elle est adaptée, repensée, réorganisée tout en gardant sa dimension humaine. On peut y inclure les éventuelles formations, l'expérience, le vécu de chacun. En ergologie, on parle à ce propos « d'usage de soi » (Schwartz, 2000) pour évoquer la notion d'activité, qui marque bien la singularité que peut prendre l'action effectuée par un opérateur.

L'activité, pour Leplat et Hoc, correspond « à ce qui se fait » et ainsi « renvoie à ce qui est mis en jeu par le sujet pour exécuter ces prescriptions » (1983, pp. 50-51). Elle renvoie alors à la notion du « travailler » employée par Dejours. En effet, pour ce professeur de psychologie (Dejours, 2003), ce terme est un mot générique qui englobe toutes les spécificités relatives à une action visant la poursuite d'un but.

Selon Barbier, l'activité humaine peut être définie comme « l'ensemble formé à la fois par les transformations du monde physique, social ou mental, dans lesquels et par lesquels se trouve engagé un sujet, individuel ou collectif, dans ses rapports avec son environnement, et par les transformations de lui-même s'opérant à cette occasion » (Barbier, 2013a).

Pour l'ergonomie, les enjeux sont d'observer les conséquences de l'activité, de l'écart entre prescrit et réel sur les personnes, dans un objectif d'amélioration des conditions d'exercice du travail, de préservation de la santé, voire d'optimisation organisationnelle. Parfois, en effet, il faut changer les prescriptions, transformer des procédures, aménager l'environnement matériel, agir sur les horaires, etc. Il s'agit d'adapter le travail à l'homme. Il devient alors crucial d'accéder à ce qui est nécessaire pour que l'opérateur puisse réaliser son activité. Au-delà des conditions concrètes de réalisation de l'activité, apparaît aussi la nécessité d'adaptation des personnes, de formation des novices, de partage entre les salariés de savoir-faire. C'est le début de l'ergonomie dite « cognitive » qui s'intéresse aux processus mentaux sur lesquels repose l'activité humaine.

L'activité est donc ce qu'un professionnel met en œuvre dans un environnement personnel et dans un contexte de tâches pour produire et se développer (Veyrac & Bouillier-Oudot, 2011). Cette définition amène à distinguer l'activité productive de l'activité constructive, comme Rabardel le montre. La part de l'activité productive correspond au travail ; l'activité constructive est l'activité de développement d'un sujet.

### 3.2.3 Activité productive et constructive

L'activité recouvre l'ensemble des « *processus dans lesquels et par lesquels est impliqué [...] un sujet humain, individuel ou collectif, dans ses rapports avec son/ses environnement(s), physique(s), social(-aux) et/ou mental(-aux), et transformations de lui-même s'opérant à cette occasion* » (Barbier, 2013a, p. 14). Cette activité se déroule au sein d'espaces conçus pour



l'activité, c'est-à-dire construits autour de règles et de conventions et visant la production, et d'espaces d'activité, c'est-à-dire d'espaces investis par l'activité des sujets dans une visée constructive. Les activités sont les éléments constituant l'activité humaine. Elles peuvent être repérées par des caractéristiques durables, au niveau de leur réalisation ou de leur résultat. Barbier définit dans ce cadre l'action comme un ensemble d'activités « *organisées autour d'une intention de transformation du monde* ». Dans et par cette activité, l'individu développe ainsi un vécu.

Samurcay et Rabardel (cités par Pastré, 2011, p. 12) distinguent « activité productive » et « activité constructive ». La plupart des activités conduiraient à, non seulement une transformation du monde mais aussi à une transformation de soi. Dans et par cette activité, l'individu développe ainsi un vécu. Ce vécu n'est pas dissociable de l'activité elle-même (Barbier, 2013a, p. 15). Ce vécu correspond aux transformations qui s'opèrent chez l'individu à travers cette activité. Cette trace, liée aux interactions de l'individu avec son environnement, peut être provisoire ou pérenne. Barbier indique que ce vécu ne peut être identifié par l'individu. Le vécu s'inscrit dans une situation précise, il est « *évolutif et cumulatif* » ; il participe à la construction de soi et constitue un « *mode de connaissance propre au sujet* ». Il est, de ce fait, difficilement transmissible. Le vécu est toujours rattaché à un individu propre (*ibid.*, p.16) qui se l'approprie à travers des habitudes et des façons de pensées propres qui évoluent en même temps que le vécu. L'accès par autrui au vécu de l'individu est difficile. Il est malgré tout possible d'y accéder, pour l'individu lui-même, par le biais de l'introspection et de la verbalisation du vécu et, pour autrui par l'observation des actions du sujet et la déduction du vécu qui s'y rattache (*ibid.*, p.18).

Dans cette recherche, il ne s'agira pas de mettre en balance l'intérêt d'un champ théorique par rapport à une autre ou de lancer un débat d'ordre épistémologique. Il sera plutôt question de rendre compte de la manière dont ces différents courants peuvent contribuer à analyser l'activité et ainsi de la manière dont chacun pourra nous éclairer sur la conception et la transformation des situations d'apprentissage en vue de les améliorer. Ainsi, tous partagent « une approche « orientée activité », prenant l'activité comme objet privilégié pour l'étude des phénomènes éducatifs et la conception d'interventions à des fins éducatives » (Durand de Saint-Georges, & Meuwly-Bonte, 2006).

### 3.2.4 L'ergonomie francophone

Étymologiquement, « ergonomie » signifie : « étude des lois du travail ». Dans le langage courant, on désignera plus facilement l'ergonomie comme étant le savoir appliqué à l'aménagement des postes de travail ainsi qu'à la conception des objets. Il s'agit avant tout pour l'ergonome de « comprendre le travail ». Bonnardel évoque comme première définition « l'adaptation de l'homme à son métier » (1947) ; Faverge et Leplat parlent « d'adaptation de l'homme à la machine » (1958). Par la suite, Leplat dira que « l'ergonomie est une technologie dont l'objet est l'aménagement des systèmes hommes-machines ou, plus largement, des conditions de travail, en fonction de critères dont les plus importants regardent le bien-être au travail » (1989).

On comprendra donc, avec ces premières définitions, qu'il s'agit par-là de préserver la santé physique des travailleurs en ayant connaissance des règles de fonctionnement du corps humain ainsi que des règles de fonctionnement du travail. Ainsi, comme l'indique Guérin, il s'agit de « comprendre le travail pour le transformer » (2007).

L'ergonomie possède une double finalité : il s'agit de préserver la santé des travailleurs tout en améliorant leur efficacité à produire. Un travailleur qui ne souffre pas, aura moins d'absentéisme, coutera moins cher à la communauté et sera plus efficace dans ses gestes au quotidien. Ainsi, cela pourrait sans doute être la toile de fond de l'ergonomie : pour respecter le travail, il faut avant tout respecter le travailleur. On pourrait voir, dans cette définition, une connotation militante, mais cela serait oublier le combat qu'elle représente contre le Taylorisme et son organisation scientifique du travail dans un but unique de productivité. Taylor propose en effet une analyse du travail destinée à chasser les temps morts et les gestes inutiles. Ainsi, l'homme doit se calquer sur le rythme de la machine. Ce faisant, Taylor n'a pas donné d'importance au fait que l'homme n'est pas une machine comme les autres : elle a ses règles qui lui sont propres (Lahy & Laugier, 1933). C'est ici que l'ergonomie se différencie en prenant en compte les caractéristiques humaines.

L'ergonomie s'oppose à cette approche qui ne demande pas à l'homme de s'adapter au travail, mais plutôt à l'environnement de travail de s'adapter à l'homme.

Il existe deux principaux courants dans le domaine de l'ergonomie : une ergonomie des *Human factors* qui aura comme préoccupations majeures les caractéristiques (anthropométriques, physiologiques, cognitives, etc.) des hommes à prendre en compte pour la transformation ou la

conception des systèmes. Elle s'attardera par exemple aux caractères des lettres pour une meilleure visibilité ou la hauteur d'une chaise à un poste de travail. C'est une approche qui est davantage développée par les Anglo-saxons.

L'autre courant de l'ergonomie sera plutôt centrée sur l'activité des hommes au travail, en s'appuyant sur l'analyse du travail réel pour contribuer à la conception et à la transformation des situations de travail. Cette approche se développe davantage dans les pays francophones.

L'ergonomie dite de « langue française » a été inventée à l'initiative d'Alain Wisner. Elle s'est développée en 1967 avec la Fondation de la Société Ergonomique de Langue Française. Pour répondre à la spécificité de cette approche, Alain Wisner (1995) pose la question suivante : « À quel homme le travail doit-il être adapté ? ». À la différence de l'ergonomie anglophone qui s'intéresse davantage à la tâche, l'ergonomie de langue française s'intéresse à l'activité. C'est alors aussi bien une ergonomie de conception que de correction.

La particularité de l'ergonomie est de s'intéresser de plus près aux opérations de travail. Ainsi, dans le but de transformer le travail, on parlera d'un « opérateur » pour désigner un travailleur.

Cette discipline, qui est centrée sur l'analyse du travail, possède une démarche en plusieurs étapes :

1. Analyse de la demande ;
2. Analyse de l'environnement et de la situation ;
3. Analyse de la tâche, ce qui est à faire (la prescription) ;
4. Analyse de l'activité, comment les opérateurs s'y prennent ;
5. Élaboration et mise en circulation d'un diagnostic ;
6. Formulation de recommandations.

Ces étapes sont établies à titre indicatifs, puisque le propre de la démarche ergonomique est de pouvoir s'adapter aux réalités du terrain. Ces étapes ont également un caractère itératif, c'est-à-dire qu'un ajustement et un retour en arrière sont possible au fur et à mesure de l'avancement des observations.

Il faut noter la distinction que l'ergonomie fait entre la tâche (dans le sens de la prescription) et l'activité ou encore la manière dont les opérateurs effectuent réellement cette tâche. Cela nous ramène à la distinction du « quoi faire » et du « comment faire » qui remontent à l'ouvrage d'Ombredane et Favergé (1955). Cette notion est fondamentale en ergonomie d'activité car elle constitue son socle théorique. Ainsi, il existe toujours un écart entre ce qui devrait être fait de manière théorique et la manière dont est réalisée l'activité.

De plus, en raison de son origine, l'ergonomie dite d'activité place l'humain au centre de ses préoccupations. L'un des points capitaux dans cette démarche est qu'elle trouve son origine d'intervention dans une demande sociale.

Il devient essentiel de prendre en compte les particularités de la personne dans chaque conception d'un poste de travail. Cela revient à dire que l'on n'a jamais fini d'analyser l'environnement de travail et son adéquation avec les caractéristiques du travailleur. L'activité dépend de qui fait le travail. Il n'existe pas de modèle de travail une fois pour toutes. La variabilité est une partie inhérente au travail, les personnes ont toutes des caractéristiques individuelles. De plus, le travail lui-même regorge de différences : il n'y a pas deux pièces complètement identiques. C'est à ce niveau que l'on va retrouver l'une des caractéristiques de l'ergonomie de LF. Il s'agit de comprendre et de cerner la complexité des situations de travail de l'homme afin que celles-ci s'harmonisent. Ainsi, on ne peut prétendre à un travail uniquement physique sans prendre en considération le travail intellectuel. Tout travail nécessite de mobiliser psychologiquement la part de l'individu. L'action et la cognition sont donc liées ; on peut donc parler d'intelligence au travail. Ainsi Leplat (1955, cité dans Leplat, 2002) a montré que l'établissement d'un programme de formation doit être précédé d'une analyse du travail afin d'obtenir une connaissance précise de ce travail.

### 3.3 Les courants actuels de l'analyse de l'activité

Sans vouloir prétendre à l'exhaustivité, nous évoquerons ici particulièrement les courants auxquels nous ferons référence dans le travail de la thèse. Notamment la didactique professionnelle, la clinique de l'activité, le cours d'action et l'ergologie.

#### 3.3.1 La didactique professionnelle

La dénomination de didactique professionnelle a été proposée par Pastré dans sa thèse de psychologie en 1992 sous la direction de Vergnaud. Elle se définit comme l'analyse du travail

pour la formation (Samurçay & Pastré, 2004). Selon ces mêmes auteurs, elle est née de la rencontre de deux champs théoriques, le premier étant l'ergonomie cognitive qui a permis de fournir les méthodes d'analyse du travail, le deuxième champ étant la didactique disciplinaire, auxquels il faut rajouter un troisième champ théorique : la psychologie du développement (Pastré, Mayen, & Vergnaud, 2006) en particulier de Piaget.

La didactique professionnelle fonde ses travaux sur les recherches de Vergnaud en didactique pour étudier l'activité humaine comme source de savoirs. Il s'agit d'une discipline qui « *s'intéresse [...] à ce qui fait du travail un contexte d'apprentissage propice au développement de l'individu* » (Vergnaud cité par Champy-Remoussenard, 2005, p. 21).

La didactique professionnelle part de trois postulats. Tout d'abord, « *il y a continuité entre agir et apprendre de et dans son activité* ». De fait, pour comprendre comment se font les apprentissages, il faut comprendre comment les acteurs agissent. Puis, pour pouvoir « *analyser la formation des compétences professionnelles, il faut les observer [...] sur les lieux de travail* ». Enfin, la théorie de la conceptualisation dans l'action issue des travaux de Piaget puis de Vergnaud permet de comprendre comment s'articulent activité et apprentissage en situation de travail et comment se développe une certaine forme d'« *intelligence de l'action* » (Pastré & al., 2006, pp. 145-146).

Pastré *et al.* indiquent que la didactique professionnelle constitue une didactique à part entière en ce sens qu'elle étudie les « *processus de transmission et d'appropriation des connaissances* » spécifiquement en lien avec le contenu à apprendre. Cependant, elle se focalise sur l'activité plutôt que sur les savoirs (*ibid.*). La didactique professionnelle considère que l'analyse du travail peut contribuer à concevoir des situations de formation tenant compte des réalités en œuvre dans le monde du travail, mais également du fait que les situations de travail participent à la formation des compétences (Champy-Remoussenard, 2005, p. 20). « *C'est l'analyse réflexive et la conceptualisation de l'activité qui, en décontextualisant les savoir-faire, rendent la compétence adaptable et transférable à d'autres situations* » (Pastré, 1999 cité par Champy-Remoussenard, 2005, p. 21).

Pastré indique que la conceptualisation de l'action, c'est-à-dire « *le retour sur, la mise en mots, l'échange, le récit de ce qui a été vécu* » se fait, dans le cadre de l'analyse des situations de travail, lors du *débriefing* (Pastré, 2002 cité par Champy-Remoussenard, 2005, p. 22). L'auteur avance que par l'analyse de l'activité, il y aurait un phénomène de « *double étayage* » durant

lequel l'acteur interpréterait son activité, ce qui lui permettrait de la conceptualiser. Et la conceptualisation contribuerait également à l'interprétation. L'acteur, par un phénomène d'abstraction, créerait du lien entre les événements et les points déterminants de son action de façon à donner du sens à celle-ci et afin d'en obtenir un savoir (Pastré, 1999, cité par Champy-Remoussenard, 2005, p. 22).

La didactique professionnelle nécessite une analyse de l'activité. L'analyse de l'activité peut, d'après Wittorski (cité par Champy-Remoussenard, 2005, p. 33), être rapprochée de l'analyse de pratiques en ce sens que les deux démarches s'appuient sur la verbalisation. Par contre, l'analyse de pratiques relève d'une « *réflexion menée par des professionnels au sujet de leurs propres pratiques* » qui peut servir à la formation et notamment au développement des compétences de résolution des problèmes et de l'identité professionnelle. L'analyse de l'activité constituerait quant à elle « *une méthode d'analyse pilotée par des experts qui auraient construit des concepts et des méthodes d'investigation scientifique pour explorer les activités humaines au travail, avec ou sans participation des professionnels* » (*ibid.*, p.32).

La didactique professionnelle, tout comme les autres démarches de recherches centrées sur l'activité s'appuient sur la verbalisation et l'observation des activités des acteurs. Si des observateurs peuvent contribuer à cette analyse, les acteurs occupent une place centrale et participent à l'observation, au recueil de données et à l'interprétation de leur propre activité. Champy Remoussenard indique que, selon les démarches, les objectifs, temporalités et modalités de la verbalisation peuvent varier mais qu'elles ont pour point commun d'aboutir à une verbalisation qui ne pourrait être réalisée sans la médiation d'une méthode stricte et d'un expert. Les données collectées et les verbalisations recueillies sont considérées comme une forme de preuve (*ibid.*, pp.34-35).

La didactique professionnelle a pour objet l'analyse de l'activité et ce, à deux niveaux : l'activité de travail, ce qui en fait un outil puissant pour analyser les besoins préalablement à la conception d'une action de formation et l'activité d'apprentissage. Dans cette perspective, l'analyse de l'activité devient une ressource privilégiée pour le formateur devant organiser des apprentissages.

La didactique professionnelle et, grâce à son apport conceptuel, la formation professionnelle, se voient dotés d'un cadre théorique et méthodologique particulièrement intéressant pour renforcer le lien entre travail et formation.

### 3.3.1.1 *Le concept de schème*

C'est à Piaget que nous devons le concept de « schème ». Reproposé par Vergnaud, le schème désigne une « forme d'organisation de l'activité ». Il s'agit d'une « organisation invariante de l'activité » qui « permet d'engendrer une activité et une conduite variables selon les caractéristiques propres à chaque situation » (Vergnaud & Samurçay, 2000). Nous pouvons faire ressortir deux idées de cela : la première consiste à considérer l'activité comme une organisation qui, à ce titre, est analysable. D'autre part nous pouvons noter l'existence d'un noyau central à cette activité qui est composé d'invariants. Le concept de « schème » va de pair avec celui de « classe de situations ». En s'intéressant aux schèmes, l'analyse de l'activité prend en compte ses caractéristiques « les plus déterminantes, celles qui permettent de faire la différence entre une classe de situations et une autre, entre un schème et un autre pour la même classe de situations » (Vergnaud & Samurçay, 2000, p.59). Le schème est donc central dans une perspective d'analyse de la construction de la compétence. Il permet de rendre compte de l'invariance et de l'adaptabilité relative du travail. Il participe aussi à une lecture de la situation de travail comme situation potentielle de développement (Mayen, 1999). « Le couple schème – situation est aussi considéré comme fondateur d'un processus d'apprentissage par adaptation active » (Pastré, 2002).

Les exemples qui mettent en avant les schèmes sont nombreux. Nous pouvons évoquer celui du skieur, qui est particulièrement parlant : le skieur est en permanence obligé de s'adapter à la variabilité des pistes, à la qualité de la neige et de l'environnement. Ainsi, la situation principale du skieur est la descente d'une piste de ski et toute cette variabilité de pratiques en constitue les schèmes opératoires. Un autre exemple, qui nous paraît pertinent est celui du chauffagiste : même s'il dispose d'une démarche, de recommandations, de règles professionnelles pour poser une chaudière, il devra pourtant à chaque fois s'adapter aux différentes chaudières ainsi qu'aux particularités des parois de pose.

Le schème se définit donc par une certaine flexibilité. C'est un ensemble cohérent, souple et évolutif. Il comporte ainsi un ensemble de règles générales qui est défini pour une famille de situations mais qui permet l'enchaînement d'actions. Les schèmes ont donc un rôle important à jouer dans la sélection des ressources à mobiliser pour chaque type de situations. Pour évoquer la notion de schème, Rabardel utilise la définition synthétique suivante : « Le schème d'une action est l'ensemble structuré des caractères généralisables de l'action » (Rabardel & Pastré, 2005).

Ces deux définitions impliquent le fait qu'une action n'est jamais reproduite à l'identique. Cependant, il y a une organisation qui, elle, est généralisable. Dans notre exemple, le skieur n'est pas obligé de réapprendre à skier en descendant une nouvelle piste. Il y a donc une organisation invariante de l'action et un caractère adaptable de l'activité.

Plus un professionnel est confronté à des situations variées, plus il augmentera les ouvrages qui composent sa bibliothèque de schèmes.

Nous pouvons comparer le schème à un modèle d'action, la manière de s'y prendre pour agir face à une situation. Chacun de nous, en raison de son expérience, de son vécu, de sa formation, construit une certaine façon de faire, de procéder pour faire face à ce qu'il y a à faire, c'est-à-dire pour réaliser une activité prescrite ou pour résoudre un problème. C'est ce que Vergnaud, à la suite de Piaget, nomme « une organisation invariante de l'activité ». Chaque schème sera donc propre à une situation donnée et devra s'ajuster aux particularités des situations rencontrées.

### 3.3.2 La clinique de l'activité

La clinique de l'activité s'inscrit dans la psychologie du travail, et de l'analyse ergonomique du travail : Yves Clot en est le chef de file. Elle a comme objectif de transformer les situations de travail et d'intervenir dans celles-ci ; elle constitue, en quelque sorte, une déclinaison de l'ergonomie au service des collectifs de travail. Le pouvoir d'agir servira de guide aux chercheurs lors des interventions en milieu professionnel. On retrouve également dans ce courant une méthodologie spécifique qui correspond au dispositif d'auto-confrontation croisée. Celui-ci donnera lieu à une définition plus spécifique dans la partie méthodologie.

Les premières recherches d'Yves Clot puisent leur origine dans les écrits d'Oddone (Oddone, Rey, & Briante, 1981) et les travaux de Schwartz (2000, 1992, 1988). Ces travaux partent tous d'un point commun qui défend la spécificité et le caractère irréductible de l'expérience humaine au travail contre toutes les formes de rationalisation. Souvent, le point de départ de ces travaux est la critique des travaux du Taylorisme et sa réduction du travail humain. Dans les situations de travail, les hommes et les femmes ne sont pas de simples exécutants : ils sont amenés à pallier les insuffisances de l'organisation ; ils se réapproprient le milieu de travail : « l'expérience ouvrière ne se limite plus aux seules activités de travail, elle englobe aussi, et de plus en plus, l'ensemble des solutions qu'apportent les ouvriers à l'organisation taylorienne du travail » (Oddone & al., 1981, p.193). La proposition d'Oddone constitue le socle premier d'une



clinique de l'activité (Clot, 1995, p. 177) : « nous entendons récupérer avant tout les catégories concrètes tirées de l'expérience ouvrière afin, entre autres, de les confronter aux catégories de la psychologie du travail écrit » (Oddone & al., 1981, p. 201).

La clinique de l'activité est donc, avant tout et au sens premier, une démarche d'intervention et, au sens second, une démarche de connaissance (Caroly & Clot, 2004b). Elle trouve son origine dans les recherches qui ont uniquement pour but la transformation et qui aboutissent en général à des recommandations ou à des préconisations, dont les commanditaires ne tiennent pas toujours compte.

Dans ce cadre, l'un des éléments fondamentaux est la place qui est donnée à l'expert. Or, ceux qui ont la véritable connaissance de leur travail sont les travailleurs eux-mêmes. Ils seront donc considérés comme les véritables experts de leur activité : « le centre de gravité de l'investigation psychologique dans le travail se déplace. Elle passe du diagnostic à l'invention d'un cadre et d'un dispositif où ceux qui sont concernés peuvent commencer à penser collectivement le travail pour le réorganiser » (Clot, 2001, p.9). Les travailleurs disposent donc d'une expertise importante dans laquelle il faut puiser, qu'il faut reconnaître et aider à développer. Il ressort de cela un postulat de base : les transformations du travail ne peuvent être portées que par les travailleurs : « seuls les collectifs eux-mêmes peuvent opérer des transformations durables de leurs milieux de travail » (Yves Clot & al., 2000).

C'est dans cette approche de compréhension et d'intervention du travail qu'il faut comprendre le terme « clinique ». Il prend en compte la proximité avec le travailleur et l'activité d'analyse. Le chercheur a un rôle de « médecin » qui doit élaborer des diagnostics tout en posant des questions au malade, avec cette particularité que le « patient » prendra conscience de son travail et l'envisagera autrement.

Le pouvoir d'agir des travailleurs, ses empêchements, seront primordiaux. On peut ainsi définir la clinique de l'activité de cette manière : « elle a comme horizon le développement du pouvoir d'agir des sujet (et du collectif) sur l'organisation du travail, au-delà de l'organisation du travail, pour une organisation du travail » (Clot & Litim, 2008, p.112).

Pour Clot, il est primordial de confronter les savoirs formels et surtout l'expérience au travail à la nécessité d'établir entre eux un dialogue (schwartz, 1996 ; Scwartz & faïta, 1985). C'est

d'ailleurs dans ce nouveau courant qui prendra le nom d'« ergologie » (Schwartz, 2000), que Clot représentera au départ le pôle psychologique.

### 3.3.2.1 *Travail et subjectivité*

La psychologie ergonomique ouvre la voie en distinguant le travail prescrit du travail réel. Il y a là, la prise en considération de la personne humaine au travail. Cependant celle-ci n'est pas suffisamment explorée. Si l'on considère la tâche comme une activité forcée (Meyerson & Martin, 1987 ; Wallon, 1930), les travailleurs ne la laissent pas intacte. C'est cette dimension psychologique et subjective dans un travail extérieur à ses besoins que Clot prend en compte (Clot, 1999, 1997).

La distinction avec l'ergonomie s'opère ici car on pose la question du « sujet » alors que les ergonomes parleront d'« opérateurs ». Il s'agit de « dépasser une conceptualisation de l'activité qui la réduit aux séquences opérationnelles de l'action » (Clot, 2004, p. 321).

### 3.3.2.2 *Genres professionnels*

L'activité n'est pas du ressort d'une individualité : elle revêt une dimension collective. La clinique de l'activité se propose d'analyser l'activité individuelle tout en s'appuyant sur une matrice collective. Elle fait référence ici au travail du linguiste Bakhtine (1977, 1978, 1984), qui évoque un « genre de discours ». La clinique propose d'étendre ce concept à toutes les activités. Il y a des usages communs dans le collectif qu'il devient nécessaire de s'approprier. On ne parle pas de la même manière au travail ou entre ses amis. La langue du travail est façonnée par la pensée du collectif du travail. Cela est également vrai pour des objets et on peut retrouver un usage spécifique en fonction d'un milieu de travail. On pourrait parler ici de genres techniques : « ceux-ci font le pont entre l'opérationnalité formelle et prescrite des équipements matériels et les manières d'agir et de penser d'un milieu » (Clot, 1999, p.174). La clinique de l'activité propose d'appeler l'ensemble des genres de discours techniques des « genres d'activités ». Ainsi, les genres professionnels correspondent à « ces manières de prendre les choses et les gens dans un milieu de travail donné qui forment un répertoire des actes convenus ou déplacés que l'histoire de ce milieu a retenus » (Clot & Faïta, 2000, p. 10).

### 3.3.3 *Le cours d'action*

La théorie du cours d'action a été développée par Jacques Theureau (2004, 2006) sur la base de l'analyse du travail et de la conception ergonomique ; elle se définit comme une approche

critique de la psychologie cognitive. Elle s'appuie sur les travaux de Suchman (1987) et de l'action située pour analyser la cognition en situation (Theureau, 2004).

Dans cette approche, le raisonnement n'est pas abordé dans ses dimensions logiques et universelles. C'est la situation, qui fait l'objet d'une investigation. Pour le chercheur, le contexte joue un rôle primordial. Ainsi, la situation pourrait influencer, voire même déterminer le processus cognitif. Pour outiller son approche, Theureau se réfère aux travaux de Pierce. La pensée est analysée comme un signe. Cependant, au diptyque signifiant-signifié est substitué un triptyque avec l'ajout de « l'interprétant » comme médiation.

« L'acteur n'est sensible à chaque instant qu'aux événements pertinents du point de vue d'une ou plusieurs de ses *préoccupation(s)* en cours, qui actualise(nt) une ou plusieurs de ses *attentes* parmi d'autres, et qui sont interprétables et interprétés par lui » (Durand, Saury, & Sève, 2006, p. 65).

Nous présenterons, dans cette partie, les présupposés ainsi que les implications méthodologiques de cette théorie.

Les présupposés suivants se rassemblent autour de la théorie du cours d'action : autonomie du vivant, la conscience pré-réflexive, la médiation sémiotique, et l'auto-construction.

L'autonomie du vivant et plus précisément l'autopoïèse (Maturana & Varela 1987, 1994 ; Varela, 1989) désigne la capacité fondamentale d'un organisme vivant à maintenir et à organiser ses interactions avec son environnement. L'existence du vivant implique donc l'invariabilité de l'organisation dans une relation à son environnement. Il existe un couplage environnement-individu. Ce couplage est asymétrique car c'est l'acteur qui va définir ce qui le perturbe et ce qui est pertinent pour lui. Cela aura pour conséquence pour l'acteur de définir simultanément un « corps propre » et « un monde propre » (Simondon, 1989 ; Varela, 1996). L'activité ne se fonde pas uniquement sur des dispositions, des prescriptions, des planifications ou des anticipations. L'action de l'acteur sera évolutive et dépendante des interactions avec l'environnement.

La conscience pré-réflexive ou conscience pré-réfléchie désigne l'activité humaine allant de pair avec un vécu dans sa dimension temporelle (Theureau, 2006). Cette conscience n'est pas ajoutée à l'activité : elle en est une partie constituante. Ainsi, aux yeux de l'acteur, cette conscience pré-réflexive est la part de l'activité qu'il peut expliquer, c'est-à-dire commenter,

raconter, montrer à tout moment. Cela sous-entend qu'il existe plusieurs registres de l'activité et de la conscience. Pour l'acteur, cette description de l'activité sera restituée en fonction de la manière dont il aura vécu la situation, dont seulement une partie est saisissable subjectivement et s'inscrira dans son expérience.

La médiation sémiotique se compose de deux idées principales. La première consiste dans le fait que l'acteur définit son monde propre à partir des éléments environnementaux qui lui sont propres. La deuxième idée est que ces médiations sémiotiques assurent non seulement la transmission culturelle, mais aussi les conditions de l'articulation des activités individuelles. Ainsi, dans ce présupposé de sémiose, il est question de donner un sens lors de la construction de l'activité. Cette sémiose s'actualise et est essentiellement présente dans les actions pratiques, les émotions, les communications. Pour pouvoir prendre en considération cette construction de signification, il faut comprendre le rapport des acteurs dans la situation.

L'auto-construction se caractérise par un processus continu de formation et de transformation de l'activité. Pour l'acteur, l'action participe pleinement à l'élaboration et à la consolidation de ses compétences. Cette vision indique également que l'apprentissage se construit toujours à partir de l'action (Theureau & al., 2003).

Ainsi, la théorie sémiotique du cours d'action permettra d'accéder au caractère dynamique et situé de l'activité humaine. Cependant, cela suppose une condition : que celle-ci soit explicitée *a posteriori* par celui qui l'a vécue. Le présupposé théorique fondamental du cours d'action sous-tend que l'activité est située, c'est-à-dire indissociable de l'environnement dans lequel l'acteur puise ses ressources pour agir (Lave, 1988). Elle doit également être étudiée *in situ* (Suchman, 1987).

La définition de cet objet théorique est fondée sur le postulat que le niveau d'activité qui est significatif du point de vue de l'acteur peut donner lieu à des observations, descriptions et explications valides et utiles (Theureau, 1992). Ce niveau le plus significatif pour l'acteur permet une « description symbolique acceptable » (Varela, 1989), c'est-à-dire une description de l'acteur, de sa situation de travail construite et reconstruite à chaque instant par lui selon les circonstances. On peut résumer ainsi : il s'agit de « l'activité d'un acteur déterminé, engagé dans un environnement physique et social déterminé et appartenant à une culture déterminée, activité qui est significative pour ce dernier, c'est-à-dire montrable, racontable et commentable

par lui à tout instant de son déroulement à un observateur-interlocuteur » (Theureau & Jeffroy, 1994, p. 19).

#### 3.3.3.1 *L'auto-confrontation :*

Le cours d'action est une démarche qui suppose d'avoir accès à la cognition de l'acteur en situation. Il est primordial de lui faire analyser, commenter, raconter ce qu'il ressent ou ce qu'il pense dans la situation. La verbalisation semble être le moyen le plus approprié pour faire partager ses pensées au moment où on les vit. Cela suppose une certaine intrusion de la part du chercheur au moment même de l'activité du sujet. Or, tous les métiers ne peuvent se le permettre. Il existe cependant une autre manière qui suppose d'exposer le sujet aux traces les plus précises possibles de son activité (en l'enregistrant ou la filmant). Ces traces serviront de support à l'évocation de son cours d'action dans une auto-confrontation.

#### 3.3.4 L'ergologie : une philosophie de l'activité

La démarche ergologique a été proposée par un philosophe, Yves Schwartz. Elle s'inscrit dans la lignée de Canguilhem, laquelle est issue de Bachelard. Pour ces démarches, il est essentiel de mêler à la fois les éléments de la vie humaine et la connaissance scientifique.

La démarche scientifique vise la neutralité. Elle se distingue des histoires de vie, des moments d'histoire ou des points de vue. L'ergologie, quant à elle, cherche à se rapprocher de tous ces moments de la vie qui permettent à un individu d'acquérir ce qu'elle nomme « des valeurs ».

Ainsi, cette démarche vise à se mettre au service d'une vraie connaissance scientifique en prenant en compte la vie humaine. Cette approche nécessite une véritable connaissance scientifique du travail mais également une valorisation de la vie humaine.

L'ergologie fait également écho aux travaux de la clinique de l'activité : toutes deux cherchent à comprendre ce qui advient entre le travailleur, son environnement et l'objet avec, sur et pour lequel il travaille. Durrive indique comment l'ergologue, à travers cette démarche, cherche à se rapprocher le plus possible des milieux et récits de vie, des moments d'histoire, individuelle et collective, des choix d'activités faits au nom des valeurs humaines (Durrive, 2010).

La démarche ergologique place le travailleur au centre de l'interprétation de l'activité de travail. Elle considère les interactions entre le travailleur et son environnement et inverse la proposition

habituelle voulant que l'environnement influence le travailleur : « Ce n'est pas le monde réel qui est premier, c'est l'être humain tant qu'il est centre d'interprétation » (Durrive, 2010).

Le professionnel est la source de toutes les interprétations, des objets de son travail et des contextes de son environnement. Ainsi, pour Durrive, l'objet à analyser en premier lieu, c'est celui qui exerce l'activité c'est-à-dire le travailleur.

La démarche ergologique insiste sur le fait qu'il est plus difficile de comprendre le travail à partir de l'activité si l'on ne saisit pas les différents sens que lui attribue le travailleur. L'ergologie propose de saisir ce sens. Dans cette démarche, l'analyste du travail devra comprendre les phénomènes interprétatifs qui conduisent le travailleur à cette production de sens.

Les dispositifs méthodologiques issus du champ de l'analyse de l'activité sont devenus largement communs et nourrissent la plupart des recherches sur l'activité ; les plus connus sont l'instruction au sosie (Oddone & al., 1981), les entretiens d'auto-confrontation (Theureau, 2004), d'auto-confrontation croisée, la technique des incidents critiques (Flanagan, 1954), mais aussi l'entretien d'explicitation issu de la psycho-phénoménologie (Vermersch, 1994) que nous abordons ci-dessous.

### 3.3.5 La psycho-phénoménologie

Dans une perspective proche, Pierre Vermersch (1994) a proposé la psycho-phénoménologie adossée à la psychologie du développement de Piaget et à la phénoménologie d'Husserl ; dans cette approche, l'introspection est centrale et pour la rendre possible, il a élaboré comme outil principal la technique des entretiens d'explicitation afin d'accéder au point de vue du sujet sur son action. Les entretiens d'explicitations proposés par Vermersch se situent dans une épistémologie dite « anthropologique ». Dans le champ de l'analyse des pratiques et pour notre recherche axée sur les pratiques enseignantes, il s'agit de mettre en lumière les liens étroits entre apprentissage et contexte, ainsi que l'incorporation des savoirs et des compétences.

Les entretiens d'explicitations se placent dans une approche métacognitive : ils doivent permettre une prise de conscience de sa propre cognition (Balas, 2002). Piaget avait déjà montré la prépondérance de l'action sur la conscience, c'est-à-dire le fait que le sujet puisse réaliser une activité sans savoir ce qu'il fait pour y parvenir (Piaget, 1974).

Cette méthodologie est avant tout fondée sur le principe selon lequel les savoirs et les savoir-faire sont incorporés et implicites. Il est donc nécessaire, pour le chercheur, de posséder des outils qui permettent au travailleur lui-même de prendre conscience et de pouvoir accéder au sens sous-jacent dans le contexte de sa pratique à un moment précis (Mouchet & al. 2011). Grâce à cette approche, le chercheur donnera un sens à l'action qui pourra éventuellement aboutir aux valeurs que celui-ci sous-tend. Comme l'indique Barthes (1985), le travail sémiologique (sur le sens) aboutit toujours à un niveau axiologique (celui des valeurs). Ces prises de conscience favorisent une clarté de positionnement dans la relation à autrui (Maître de Pembroke, 2003).

L'intérêt de cet entretien est véritablement de placer la personne en position de « parole incarnée » (Varela & al., 1993), en lui proposant un retour sur un moment spécifié afin d'en analyser les composantes réellement vécues, mises en actes. Cela permet de faire revenir en mémoire les composantes d'une situation expérimentée par la personne, l'entretien visant « le recouvrement de contenu de la mémoire épisodique ou autobiographique » (Vermersch, 2012, p. 170). C'est ce que Vermersch (2012) nomme la fragmentation celle-ci permettant d'avoir accès à une granularité fine. Piaget évoque le réfléchissement dans la démarche psycho-phénoménologique, « ce matériau pré-donné à la conscience réflexive » (Vermersch, 2012, p. 144).

### En synthèse l'activité de formateur

Le métier de formateur/enseignant représente une activité professionnelle particulièrement difficile à analyser. En effet, si les savoirs à transmettre occupent une place importante dans cette activité, il s'agit avant tout d'un métier où la part empirique et les dimensions humaines et relationnelles interagissent en permanence. En s'intéressant à l'activité des enseignants, Goigoux (2007, p.23) considère que :

« La didactique doit avoir pour objet de saisir ensemble toutes les dimensions de cette activité ; donc de dépasser le morcellement scientifique actuel : les savoirs aux didacticiens, les élèves aux psychologues, les situations de travail aux ergonomes, les contextes aux sociologues, les finalités et les valeurs aux

philosophes, les pratiques et les émotions aux pédagogues des Sciences de l'éducation... ».

En reprenant la formulation de Goigoux et en l'appliquant à la formation des formateurs ostéopathes, nous pensons également que nous n'accéderons aux multiples dimensions de l'activité des formateurs qu'en exploitant largement le champ théorique choisi de l'analyse de l'activité. De ce fait, nous nous inscrivons dans la proposition d'Albero et Guérin (2014) qui consiste à prendre l'analyse de l'activité comme un « cadre organisateur commun ». Nous utiliserons les apports des différents courants contributeurs à l'analyse de l'activité, notamment la didactique professionnelle et tenterons d'ouvrir les « possibilités de dialogue » entre ces différents courants, comme nous y incite Champy-Remousenard (2005). Cette approche semble particulièrement pertinente dans un métier qui est toujours en phase de construction comme c'est le cas pour l'ostéopathie.

### 3.4 Le cadre théorique de l'analyse de l'activité pour les formateurs ostéopathes

L'analyse de l'activité est une approche compréhensive conduisant à caractériser et à identifier ce que font les acteurs, comment ils le font, et surtout dans quel but ils le font. Dans cette approche compréhensive de l'activité nous considérons les acteurs en capacité à pouvoir mieux caractériser cette activité. Ils prennent ainsi la qualification « d'experts ». Cependant, aux yeux même de ces experts, il y a une partie de leur activité qui demeure obscure et qui n'est pas consciente à leurs yeux (Daniellou, 2005).

Cela signifie que l'activité est éclairée par les acteurs, considérés comme experts dans leur domaine, en les confrontant aux traces de celle-ci *via* différents supports (vidéo, enregistrement audio, dessins etc.)

Dans le domaine de l'éducation et de la formation, dans le champ de l'analyse de l'activité nous avons vu que plusieurs courants se sont développés. Il s'agit principalement de la didactique professionnelle, de la clinique de l'activité et du cours d'action. La didactique professionnelle et le cours d'action poursuivent une finalité d'éducation ou de formation. La clinique de l'activité cherche plutôt à transformer le travail par les collectifs de travail.

Comme nous l'avons montré, plusieurs courants utilisent cette entrée par l'activité, la clinique de l'activité lui donnant une importance centrale. Le cours d'action et la didactique



professionnelle partagent un élément qui semble ressortir de cette utilisation commune : c'est la conception de la double régulation (Leplat, 1978). Celle-ci conduit à une analyse systémique de l'activité en situation, cherchant à identifier les relations entre :

- Les déterminants de l'activité : caractéristiques du sujet et caractéristiques des situations.
- L'activité dans sa dimension sociale, cognitive, émotionnelle et physiologique.
- Les effets de l'activité sur le sujet et notamment les effets de satisfaction et de développement de compétences.

Dans son travail d'analyse de l'activité des enseignants, Goigoux (2007) mobilise plusieurs références théoriques, le modèle de la double régulation, la théorie des champs conceptuels de Vergnaud (Vergnaud, s. d.) et les notions de genre et de style issues du travail de Clot et Faïta (Cnam, s. d.). Il mobilise ainsi l'ergonomie, la didactique professionnelle et la clinique de l'activité dans la mesure où les limites entre ces différents champs sont bien plus poreuses qu'on ne pourrait le supposer (Amigues & Kherroubi, 2003 ; Durand & Filliettaz, 2009).

L'analyse de l'activité préalable à la formation permet d'avoir une connaissance précise du travail et pourra ainsi mieux cerner les problématiques ainsi que la finalité. Tout ceci afin d'orienter au mieux la conception d'une formation ( Leplat, 1995 ; Montmollin, 1974).

L'analyse de l'activité constitue également à la fois un objet et un outil de la formation (Teiger & Lacomblez, 2013). Les acteurs/opérateurs qui participent eux-mêmes (selon les différentes méthodologies) à l'analyse de leur activité deviennent un outil de développement de ces mêmes opérateurs. Grâce à cette démarche (avec comme support par exemple des séquences vidéos) ils entrent dans une véritable démarche réflexive (Mollo et Falzon 2004).

L'analyse de l'activité permet de comprendre les situations de formation et même, plus largement, l'ensemble des acteurs de la formation (Rogalski, Plat, & Antolin-Glenn, 2002). En partant de cette vision de l'analyse de l'activité, on peut ainsi considérer que c'est une source d'innovation et de transformation des dispositifs de formation (Durand & Filliettaz, 2009). On prendra cependant garde à ne pas penser que cette investigation doit simplement être menée en amont pour guider sa conception. Pour ces auteurs, il est utile que cette analyse se poursuive pour intégrer ces transformations et continuer d'innover.

Plus largement, au vu des travaux nombreux et stimulants qui se sont développés sur l'activité depuis une vingtaine d'années, Albéro & Guérin (2014) à la suite de Linard (1989, 2001) proposent de considérer l'analyse de l'activité humaine comme un cadre organisateur et appelle à concevoir à partir des convergences entre ses courants une épistémologie fédératrice. En effet son héritage pluridisciplinaire et l'intérêt commun pour l'action pousse à reconnaître un « paysage intellectuel commun » (2004, p.17) au plan théorique et épistémologique. En effet, Albéro et Guérin (2004, p.30) rappellent que ces travaux ont en commun de vouloir articuler :

- Une exigence épistémique d'intelligibilité des phénomènes, des savoirs validés,
- Une exigence axiologique de recevabilité individuelle et collective de ces savoirs par les milieux professionnels,
- Une exigence pragmatique de leur utilité socio-professionnelle notamment en éducation et formation ;

Nous souscrivons à cette proposition de considérer l'activité comme cadre organisateur et de tenter de faire dialoguer à notre niveau et dans cette recherche doctorale les différentes propositions conceptuelles de ce champ théorique.

Nous détaillerons dans le chapitre suivant portant sur le dispositif méthodologique comment nous différencierons les trois niveaux qui représentent un angle de vision particulier de l'activité dans notre recherche.

### 3.5 Problématique et hypothèses

Avant d'initier cette recherche doctorale, nous avons pu nous baser sur une étude effectuée lors d'un master en pédagogie médicale à l'Université de Strasbourg, publié dans un article : « enquête préparatoire à la création d'un référentiel de compétences propre au métier de formateur en ostéopathie » (Garnier, Braccini, 2017). Au travers de six entretiens de formateurs nous avons pu interroger la pertinence de mener un travail de recherche sur la conception d'un référentiel de compétences formateur propre à l'ostéopathie afin d'y intégrer les nouvelles obligations de formations. Ainsi les entretiens révèlent un accueil favorable à un référentiel de compétences. Cependant notre enquête révèle qu'il y a avant tout un changement à adopter, en passant d'un paradigme de l'apprentissage à celui de la professionnalisation.

Dans notre recherche doctorale, nous avons souhaité comprendre plus largement le développement des compétences des formateurs, en comprenant mieux les ressorts de son

activité. Nous ne voulons ni plaquer un référentiel de compétences propres aux formateurs en général, qui resterait à un niveau de généralités certes consensuel mais peu opérationnel et méconnaîtrait les spécificités de la profession d'ostéopathe, ni nous substituer au travail de clarification de la discipline à effectuer par ses instances internes, fédérations, syndicats, écoles. Or la situation actuelle, comme nous l'avons souligné dans le chapitre 2, présente des difficultés de divers ordres, qui rendent la tâche des formateurs complexe, mouvante et pour tout dire inconfortable. Comment alors apporter des éléments structurants dans ce contexte ?

### 3.5.1 Problématique générale :

Notre problématique est donc celle-ci : dans le contexte insuffisamment stabilisé de la formation en ostéopathie actuelle, est-il possible d'agir sur le développement des compétences des formateurs en ostéopathie ?

Nous faisons l'hypothèse générale que prendre pour objet les savoirs d'action des formateurs est une voie d'accès privilégiée au développement de leurs compétences ; en les identifiant et en les formalisant, voire en les transformant pour les réinvestir dans les pratiques pédagogiques, on pourra agir sur les compétences des formateurs en ostéopathie. Leur activité est dépendante de certaines variables, notamment représentationnelles (les représentations qui guident leur action), et praxéologiques (les conditions de mise en œuvre de leur action) qu'il s'agit de repérer, et la mise en lumière des savoirs d'action nécessite un processus réflexif (la réflexion sur leur action),

### 3.5.2 Trois groupes d'hypothèses :

Le premier groupe d'hypothèses peut être testé par des questionnaires classiques, les deux autres faisant l'objet de méthodes inductives, propres au champ de l'analyse de l'activité, ce qui signifie que nous ne pourrions les spécifier que chemin faisant.

Nous faisons les hypothèses que la représentation que se font les formateurs de leur rôle, du rôle de l'école, du rôle des étudiants et leurs conceptions de l'apprentissage conditionnent la mise en œuvre des savoirs d'action des formateurs.

Les hypothèses au plan des représentations :

1. Les représentations majoritaires sur l'enseignement de l'ostéopathie :
  - a. Faire développer la perception manuelle

- b. Faire intégrer l'action efficace pour soulager le patient
  - c. Faire comprendre le « concept ostéopathique » aux apprenants
2. Sur le rôle du formateur :
- a. Le savoir est central (didactiques disciplinaires) il suffit de le transmettre
  - b. La relation à l'apprenant est centrale : elle est prioritaire
3. Sur le rôle de l'apprenant
- a. Suivre en cours et réviser suffisent à sa réussite
  - b. Il est responsable de son engagement/de son autonomie
4. Sur le rôle de l'école d'ostéopathie
- a. L'école met à disposition le dispositif pour apprendre
  - b. L'école a un rôle d'intégration professionnelle
  - c. L'école a un rôle dans la construction de la posture du futur professionnel

Nous testerons ce groupe d'hypothèses dans une enquête auprès des formateurs et des étudiants. Cependant, l'élaboration de représentations adaptées, bien que nécessaire, n'est pas suffisante, encore faut-il considérer les conditions de mise en œuvre de leur action. Les compétences spécifiques des formateurs, en partie implicites, mobilisés pour la transmission aux étudiants, méritent d'être mis en lumière, explicités pour rendre transmissibles ces savoirs d'action.

Les hypothèses au plan praxéologique et institutionnelles :

- 5. Les conditions pratiques et institutionnelles de l'effectuation de l'activité de formation ont un impact sur l'enseignement et l'apprentissage
- 6. la connaissance et l'appropriation des différents savoirs spécifiques aux activités d'intervention sur autrui, mobilisés pour la transmission des techniques de soins manuels aux étudiants est partielle et incomplète, or elles déterminent la transmissibilité de ces gestes.
- 7. La construction du professionnalisme nécessite de comprendre la combinaison des savoirs académiques, des savoirs professionnels et enfin des savoirs empiriques qui sont issus de l'expérience.

Enfin, nous faisons l'hypothèse qu'un accompagnement à la réflexivité des formateurs sur leur activité et les freins et obstacles qu'ils rencontrent permettront de faire émerger un répertoire commun et faciliter la coordination entre eux. C'est donc un groupe d'hypothèses sur l'accompagnement possible du développement des formateurs.

Les hypothèses au plan de la réflexivité :

8. La réflexivité individuelle est importante (mais non suffisante)
  - a. Elle permet l'identification des savoirs d'action incorporés des ostéopathes
  - b. Elle permet l'identification des difficultés d'apprentissage des étudiants
9. La réflexivité collective sur l'enseignement ostéopathique peut permettre :
  - a. La conceptualisation des étapes et des indicateurs signifiants du processus
  - b. L'identification des situations ou processus qui freinent l'apprentissage
  - c. La définition de situations de formation permettant l'apprentissage
10. La réflexivité collective sur la pratique ostéopathique peut permettre :
  - a. L'identification sur ce qui fait débat, ce qui est controversé, mais aussi sur ce qui fait consensus dans le collectif des formateurs,
  - b. Le développement d'une posture et d'une démarche professionnelle en tant que formateurs (et non d'ostéopathes),
  - c. Les points qui demandent un travail ou une réflexion collective, notamment la clarification du **concept ostéopathique**, un élément structurant pour la formation des étudiants ;

### 3.6 En synthèse du troisième chapitre

Nous avons présenté dans ce chapitre l'intérêt de l'entrée par l'activité, des origines du champ de l'analyse ergonomique de l'activité (Leplat, 2000) à ses développements dans les courants actuels, puis nous nous sommes attachés à présenter le cadre théorique retenu, la problématique de l'action sur le développement des compétences des formateurs en ostéopathie dans le contexte insuffisamment stabilisé de la formation en ostéopathie actuelle, ainsi que les hypothèses que nous émettons pour nos investigations.

Pour étudier l'activité, nous ne pouvons méconnaître ni la dimension individuelle, ni la dimension collective et souhaitons comprendre les tensions observées entre ces dimensions. Si cette approche peut paraître excéder un travail de recherche doctoral, elle s'est cependant imposée à notre regard, tant les éléments apparaissent imbriqués et interdépendants. Or, notre intérêt se focalise sur plusieurs dimensions de formation en ostéopathie : de la posture du formateur à l'enseignement qu'il dispense, du contenu enseigné à la réception par les étudiants, de la coordination des formateurs à l'environnement matériel de leur pratique. Nous essayerons

donc de prendre en compte l'activité dans sa globalité, puis nous nous attacherons à analyser ses composantes séparément afin d'ouvrir des pistes de réflexion pédagogique.

L'enjeu se trouve dans les phases de décomposition et de recomposition d'une analyse de l'activité la plus complète possible qui poursuivrait l'ambition de prendre en compte plusieurs niveaux d'observation. Ainsi, comme le propose Durat (2019, 2020a, 2020b), nous observerons les niveaux micro, méso et macro de l'activité et tenterons de comprendre leurs liens, comme nous le verrons dans le chapitre suivant qui décrira notre dispositif méthodologique.

## Chapitre 4 Dispositif méthodologique

Dans cette partie nous détaillerons les méthodes utilisées lors de cette recherche, empruntées très largement au champ de l'analyse de l'activité. Ce dispositif méthodologique se base sur un choix épistémologique assumé, celui de la représentation d'une activité à plusieurs niveaux, située, qui puise dans le cadre organisateur de l'analyse de l'activité comprenant avec elle les méthodologies qui y sont associées. Nous verrons dans un premier temps quelle place nous donnons aux formateurs ostéopathes dans la recherche, puis nous proposerons notre design de recherche pour étudier l'activité à différentes échelles et nous présenterons ensuite le dispositif dans ses trois phases.

### 4.1 Les formateurs ostéopathes acteurs de la recherche et de la transformation de la formation

Nous avons choisi une méthodologie qui se fonde sur la participation « des professionnels concernés qui sont engagés eux-mêmes dans des activités d'observation et d'interprétation de leur propre situation » (Clot, 2008, p. 31). Tout comme la clinique de l'activité le propose, nous favorisons le développement et l'engagement des professionnels dans l'analyse de leur propre activité : « La méthodologie est d'abord dans l'intervention concrète en clinique de l'activité, la construction avec ceux qui en ont fait la demande ». De par notre épistémologie, et la place qu'occupe les acteurs dans notre recherche, elle pourrait s'apparenter à une forme de recherche-intervention (Aggeri, 2016). Ainsi les acteurs sont partis prenantes de la production, en passant par l'interprétation, pour aboutir à la validation des données (Saint-Jean & al., 2014). Néanmoins les chercheurs restent maîtres du cadrage théorique, des méthodes et de l'accompagnement de ce processus (David, 1999).

#### 4.1.1 Contourner la difficulté de l'expression des compétences

Nous nous permettons de réinsister, à la lumière des travaux de Teiger (1993), sur la difficulté que peut revêtir l'idée d'expression des compétences. Les compétences sont conscientes, mais jamais encore verbalisées : il y a une difficulté de mise en mots. Les compétences sont inconscientes, mais conscientisables : celles-ci demandent un travail d'auto-analyse pour être verbalisées. Les compétences sont enkystées : ce sont des connaissances inexactes, stéréotypées, qu'il faut déconstruire. Les compétences sont « résistantes » : il s'agit de

connaissances inexactes que l'opérateur a du mal à verbaliser parce qu'elles entrent en contradiction avec certaines contraintes institutionnelles (officiellement prohibées par l'organisation, par exemple).

Les compétences sont indicibles : il s'agit d'activités sensori-motrices ou cognitives conscientes, mais devenues inexprimables, notamment pour des raisons d'automatisation poussée. Les compétences sont autocensurées : ce sont des compétences omises parce que la personne pense ne pas pouvoir agir sur elles (Teiger, 1993).

Cela pousse à considérer, comme le suggère Durat (Durat & Kern, 2019), que l'interaction entre le narrateur et le chercheur qui guide le dialogue-questionnement est centrale. Selon Six-Touchard (Six-Touchard, 1998), la prise de conscience des compétences provoquée par l'auto-analyse s'appuie sur l'auto-observation (prise de conscience sans verbalisations) et sur l'explicitation (prise de conscience des possibilités descriptives de l'action, de l'organisation de l'activité). C'est dans cette logique que le chercheur prendra une posture de facilitateur d'accès à la conscience de compétence mise en action par les formateurs. Nous pouvons également reprendre les travaux de Vinatier qui considèrent le support de l'activité (synthèse écrite, narration, vidéo) comme un accès à l'activité au travers d'un dispositif de co-explicitation (Vinatier, 2015). C'est cette même posture qui nous guidera tout au long de notre recherche.

Notre réflexion sur les compétences est mise en lien avec les approches théoriques qui mettent au centre le concept de « situation » (Jonnaert, 2009 ; Journé & Raulet-Croset, 2008). Ces dernières rejoignent, en parfaite cohérence, les approches contextualisées et situées de la compétence (Dewey, 1993 ; Leplat, 1978 ; Montmollin, 1974) qui indiquent que les compétences et les ressources mobilisées dans l'activité ne se construisent pas dans l'abstrait mais naissent de la confrontation à un contexte et à du sens donné par les acteurs dans une situation à laquelle ils sont confrontés. Cette dimension nous paraît centrale dans la perspective d'analyser les compétences tacites et les pratiques des acteurs.

Zarifian définit la compétence comme « la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté... La compétence est une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances, (...) la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer



des domaines de responsabilités » ( Zarifian, 1999, p70). Ainsi, le sens de responsabilité faisant preuve de créativité et d'inventivité serait un atout en réponse à une situation donnée.

#### 4.1.2 Faire participer le formateur à l'analyse de son activité

Comme nous l'avons suggéré dans les parties précédentes, les acteurs – ici, dans notre cadre, les formateurs – auront un rôle essentiel pour faire « parler » l'activité. Pour reprendre la définition du cours d'action, l'analyse de l'activité humaine est faite avec un observateur extérieur et non par auto-observation. En cela, notre cadre s'inscrit dans l'analyse ergonomique du travail, qui a depuis longtemps mis en évidence les difficultés qu'ont eu les acteurs à mettre en mots leur activité de travail. Ce cadre donne toute son importance au regard d'un analyste extérieur ainsi qu'aux formateurs eux-mêmes. Cependant, toutes ces démarches d'analyse doivent supposer la validation des acteurs dans une vision de développement des pistes de transformation. De plus, nous connaissons l'importance donnée par les acteurs au fait qu'ils soient parties prenantes aux phénomènes de transformation de leur activité afin de susciter une dynamique sur le moyen terme. Si les changements ont pour objectif d'améliorer l'activité, ils peuvent être vécus comme une obligation et une contrainte ; ils pourront d'autant plus engendrer un blocage dans la mise en œuvre effectuée par le collectif si celui-ci n'a pas décidé des changements utiles pour son activité, c'est aussi un moyen de prendre en compte la dimension socio-affective et collective de l'activité (Durat & Kern, 2019).

L'analyse de l'activité telle que nous la concevons est mobilisée pour contribuer à la conception de la formation. Nous avons également un objectif de développement professionnel, aussi bien du côté des formateurs que du côté des apprenants.

Plus spécifiquement, il s'agit de concevoir, pour la formation, des « situations potentielles de développement » (Mayen, 1999). L'une des préoccupations majeures pour les formateurs étant de permettre aux apprenants d'apprendre (Goigoux, 2007).

Pour certains courants, seul le sujet peut avoir accès à son expérience d'activité ; le dispositif méthodologique doit alors lui permettre de retrouver le vécu de l'action. Dans notre recherche, nous nous positionnerons de manière à permettre aux sujets d'accéder avec plus d'efficacité à leur activité grâce à plusieurs éléments : la mise à disposition de traces de l'activité, les auto-confrontations (simples et croisées), le dialogue avec des pairs ou un tiers chercheur.

### 4.1.3 Principe épistémologique et conséquence sur la méthodologie

Notre recherche traite de la conception et de la transformation des situations du dispositif de formation en ostéopathie à partir de l'analyse de l'activité telle qu'elle a été développée dans les travaux initiaux d'Ombredane et Faverge (1955). Dans leur ouvrage, (Karnas & Salengros, 2017), énoncent trois idées principales qui fondent encore les recherches ergonomiques actuelles et inspireront la nôtre : tout d'abord, l'analyse du travail doit différencier l'analyse de l'activité et l'analyse de la tâche ; la tâche et l'activité doivent faire appel à une méthodologie spécifique ; une analyse du travail doit prendre en considération les interactions, l'influence économique, ainsi que le développement des techniques.

Dans cette approche d'Ombredane et Faverge, nous pouvons déjà voir émerger le fait que l'activité ne se joue pas à un seul niveau. Nous ne pouvons, par exemple, simplement nous tourner vers l'opérateur qui effectue son activité sans nous soucier de l'impact économique que celle-ci peut produire et des éventuelles évolutions techniques dont son activité pourra bénéficier. L'activité doit être perçue dans sa globalité, en imbriquant les différents niveaux que celle-ci comporte.

L'activité est analysée par l'intermédiaire d'indicateurs variés. Lors de cette analyse, on pourra se focaliser sur le sujet lui-même mais également sur les interactions avec l'environnement et d'autres sujets. L'activité cognitive d'un sujet est souvent analysée par des entretiens. Ceux-ci sont multiples : entretiens *in situ*, entretiens individuels ou en groupes, instruction au sosie, auto-confrontations simples ou croisées. Pour favoriser l'explicitation de cette activité cognitive, les ergonomes utilisent la méthode du « penser tout haut » (Ericsson & Simon, 1980). Cette méthode permet au sujet de commenter son activité tout en respectant le déroulement temporel. Dans certaines situations, cette méthode ne pourra avoir lieu : c'est le cas des enseignants qui ne pourront, pendant leur cours, commenter leur activité. Les entretiens peuvent se faire en post-activité.

Nous soutenons l'idée selon laquelle on puisse trouver un cadre organisateur commun (Albero & Guérin, 2014)aux différents courants de l'analyse de l'activité. Ainsi nous évoquons des références à l'ergonomie de langue française (Ombredane & Faverge, 1955), au cours d'action (Theureau, 2004, 2006, 2009), à la didactique professionnelle (Pastré, 1999) et à la clinique de l'activité (Clot, 1999). Pour tous ces courants, nous évoquons les éléments méthodologiques qui leur sont propres et qui progressivement ont été utilisés dans l'ensemble du champ. Cependant, et c'est la particularité de notre dispositif méthodologique, nous utiliserons

plusieurs outils méthodologiques qui ne sont pas fréquemment combinés ensemble. Chaque outil devant nous apporter des observations et des données à des niveaux différents, comme nous le souhaitons.

#### 4.1.4 Une recherche évolutive, à visée compréhensive mais aussi transformative

En partant du cadre épistémologique développé précédemment, une telle recherche excède les bases d'une recherche hypothético-déductive. Étant donné la part de subjectivité dans le travail, notre dispositif méthodologique doit pouvoir rester ouvert et surtout évolutif, afin de permettre un aller-retour entre les observations faites et les éléments compréhensifs qui peuvent en être produit. La première partie de ce travail nous a amenés à formuler des axes de recherche et à formuler une hypothèse générale que nous n'avons pas cherché à opérationnaliser avant la première phase d'investigation. La démarche qui en découle est une démarche de type inductive en se reposant sur une approche qualitative. Jean Poupart (1981) évoque cette structuration chemin faisant :

*« Dans ce type de recherche [qualitative], le terrain d'étude n'est pas pré-structuré, ni opérationnalisé d'avance. Le chercheur se doit de se plier aux conditions particulières du terrain et d'être à l'écoute des dimensions qui pourraient s'avérer pertinentes. Même s'il doit élaborer une problématique de recherche qui cerne bien son objet d'étude et critiquer les présupposés théoriques sous-jacents à toute recherche, le cadre d'analyse de son étude ne lui est pas fourni d'emblée : il s'élabore en cours de route par le questionnement incessant des données. Le schéma d'analyse s'effectue donc en cours et en fin de recherche. » (p.426).*

Ainsi nous n'avons pu formuler des hypothèses de travail plus fines qu'à l'issue d'un premier temps d'investigation. Elles seront donc ancrées dans les observations réalisées, et pas uniquement déduites du cadre d'analyse théorique développé dans la première partie de ce travail. Du fait de cette démarche, notre regard sur l'objet de recherche a beaucoup évolué au fil de cette investigation. Par exemple, si nos premières pistes de recherche concernaient principalement la transmission d'une gestuelle technique, nous avons petit à petit dû élargir cette focale pour comprendre le contexte dans lequel s'inscrit cette transmission et la signification que porte ce geste. Ainsi nous avons dû par exemple nous intéresser aux enjeux relationnels, et à l'ancrage interactionnel et organisationnel qui impacte ce geste. La première phase de recueil a été particulièrement décisive dans l'apport de ces éléments de compréhension. Martin Drapeau illustre bien cette idée :

« *L'avantage de la recherche qualitative est de reconnaître l'aspect subjectif comme faisant partie intégrante de la recherche. À mesure que la recherche progresse, l'idée d'origine est réadaptée à la réalité de l'objet d'étude et se précise, se définit et se solidifie, en s'appuyant sur la réalité évolutive de la problématique* » (Drapeau, 2004, p.115).

Ainsi, la construction du modèle d'analyse a été progressive, et la méthode d'investigation employée, pour permettre cet aller-retour, garde tout au long de la recherche un caractère exploratoire. L'intersubjectivité, en tant qu'intelligibilité commune, visée dans cette démarche de recherche commence par le déploiement d'un espace qui rend possible l'intersubjectivité entre observateur et observé, dans le sens d'une visée de compréhension du point de vue subjectif de l'observé par l'observateur. Cette rencontre intersubjective ne peut avoir lieu que si les participant-e-s sont en mesure d'exprimer leur point de vue, subjectif et complexe, notre rôle en tant que chercheur étant compris comme la tentative de les rejoindre "sur leur terrain" (au sens propre comme au figuré !). C'est dans un second temps seulement, celui de l'analyse des données, que nous "réduirons" et "ordonnerons" volontairement l'ensemble des données recueillies. Cette recherche n'est pas uniquement à visée compréhensive, elle se veut également interventionnelle. Cette stratégie semble particulièrement adaptée à l'ostéopathie pour laquelle cette recherche sera relativement pionnière en la matière. En effet, il n'existe pratiquement pas de publications en sciences de l'éducation qui traite de l'ostéopathie. En nous basant uniquement sur la technicité sans en comprendre les enjeux et les fondements que soulèvent cette gestuelle, nous n'aurions appréhendé qu'une partie de la problématique de formation. Or ici, nous souhaitons rétroagir avec le collectif des formateurs afin d'agir sur les compétences des formateurs et de transformer le dispositif de formation à destination des étudiants.

## 4.2 Observer l'activité à différents niveaux

La notion des différents niveaux de l'activité n'est pas nouvelle. En effet, dans son ouvrage *Politique et pédagogie en formation d'adulte*, Malgaive évoquait déjà une distinction entre plusieurs niveaux : *les pratiques politiques, les pratiques politiques pédagogiques, les pratiques pédagogiques enseignantes* (Malgaive, 1981). La différenciation des niveaux d'analyse : le macro, le méso et le micro se retrouve dans plusieurs recherches sur les dispositifs de formation ou de professionnalisation (Leclercq, 2003 ; Roquet, 2012 ; Durat, 2020). Il est important de rappeler que ces différents niveaux sont une représentation et non une réalité : l'activité est un tout. En effet, l'activité est considérée comme une totalité vue comme un tout

organique, une unité insécable qui ne peut être comprise si on appréhende les moments de manière séparée et isolée (Albero & Guérin, 2014).

La difficulté principale en science est qu'en se concentrant sur un niveau d'analyse, on risque d'occulter des phénomènes visibles à des niveaux différents et qui impactent la situation :

*« Il y a toujours une pertinence de principe à décrire l'activité à un niveau d'organisation donné, mais le fait de focaliser sur une échelle s'accompagne d'une cécité aux niveaux d'organisation sous-jacents (trop rapides et brefs ils échappent à la sensibilité de l'observateur) et d'une tendance à la réification des niveaux d'organisation sus-ordonné » (Durand, Saury, & Sève, 2006, p.77).*

Suivant en cela les travaux du sociologue Bernard Lahire (2012) qui cherche pour sa discipline une articulation équilibrée entre l'étude de l'individu (pluriel) et les contextes (pluriels) dans lesquels il agit, nous poursuivons l'ambition de comprendre les contextes d'action pluriels et enchevêtrés et les interactions entre les acteurs qui produisent les pratiques observables. Concernant les options possibles pour délimiter leurs objets de recherche en sociologie, Lahire donne raison à Durckheim contre Simmel :

*« Ces différentes domaines de la pratique ou ces différentes dimensions de la pratique entretiennent des relations d'interdépendance dans la réalité et l'on gagne donc scientifiquement à établir les liens existants entre ces phénomènes jusque-là étudiés séparément, comme des réalités parfaitement indépendantes les unes des autres » (Lahire, 2007, p.74).*

Néanmoins nous ne méconnaissons pas la difficulté que ce choix implique, notamment les contradictions possibles entre les construits ou la pertinence d'un résultat à un seul des niveaux, ce que Desjeux soulignait (2004, p.2):

*« Si on accepte la méthode des échelles d'observation il est possible de tirer une première conséquence méthodologique importante : ce que l'on observe à une échelle donnée disparaît le plus souvent quand on change d'échelle d'observation »*

Il recommande également un va-et-vient entre les échelles pour contourner cette difficulté. Nous prenons donc le parti dans notre recherche d'une analyse d'activité à plusieurs niveaux. Pour notre cas, cela signifie nous intéresser aussi bien aux conditions institutionnelles et

pratiques de l'enseignement, aux cadres scolaires de l'appropriation des savoirs, qu'à la nature des savoirs enseignés. Nous allons essayer de détailler ces trois niveaux.

#### 4.2.1 Le niveau Macro : les conditions institutionnelles et pratiques de l'activité

Il constitue la vision contextuelle de l'activité. Au plan global, ce niveau renverrait à la construction historique, contextuelle des activités formatives pour les professionnels, comme nous l'avons déjà abordé au premier chapitre. Ainsi, pour les « nouvelles » professions ou celles en voie de reconnaissance, la compréhension des processus historiques est-elle indispensable pour en comprendre les processus de professionnalisation (Roquet, 2012). C'est dans cet exposé préliminaire que nous avons tiré un certain nombre de constats justifiant notre recherche.

Ici, nous entendons par niveau macro la prise en compte des effets institutionnels et pratiques préexistants sur l'activité des formateurs en ostéopathie et qui s'imposent à eux. Cela passe notamment par la mise au jour de ce qu'ils font, de ce qu'ils voudraient faire et ne peuvent pas faire ; il s'agit d'identifier les difficultés, freins et obstacles qui traversent leur activité au quotidien, ainsi que les questions épistémiques qui se posent dans leur discipline et ne sont pas résolues. Il s'agit de répondre et d'approfondir l'hypothèse cinq au plan praxéologique et institutionnel (2<sup>ème</sup> groupe d'hypothèses) et les hypothèses neuf et dix sur l'importance de la réflexivité collective dans l'enseignement ostéopathique, (3<sup>ème</sup> groupe d'hypothèses). Nous comptons y accéder à travers le dispositif des confrontations collectives entre les formateurs à partir du recueil de traces filmées réinvesties en support.

#### 4.2.2 Le niveau Méso : les cadres d'appropriation des savoirs

Nous cherchons cette fois à faire émerger les éléments constitutifs d'une pratique habituelle d'enseignement pratique à l'ostéopathie, d'un déroulement typique, en identifiant les régularités de cette classe de situations et les singularités. Un modèle pédagogique se dégage-t-il et si c'est le cas, lequel ? Nous essayerons aussi de voir ce qui ne se donne pas à voir, les éventuels implicites et chaînons manquants dans l'apprentissage. Il s'agit de renseigner l'hypothèse six sur les savoirs professionnels spécifiques incomplets (2<sup>ème</sup> groupe d'hypothèses).

Nous comptons y accéder par l'analyse des séquences d'enseignement technique en situation, filmées dans des TD par les chercheurs).

### 4.2.3 Le niveau Micro : la nature des savoirs d'action (possédés / enseignés)

A ce niveau très fin du déroulement de l'activité, nous cherchons à comprendre comment le professionnel s'y prend, quelles compétences il met en œuvre, quel schème le guide, en fonction de quels critères il organise son activité, quels sont ses raisonnements en situation, les règles d'action qu'il utilise. L'hypothèse sept sur la combinaison des savoirs d'action est étudiée (2<sup>ème</sup> groupe d'hypothèses) ainsi que la huit sur la réflexivité individuelle (3<sup>ème</sup> groupe d'hypothèses).

Nous espérons accéder à ces informations par l'analyse des séquences d'enseignement technique en situation avec les formateurs filmés (auto-confrontations) ; il s'est avéré que nous avons dû ajouter des séances de consultations d'ostéopathes filmées, leur auto-confrontation partiellement explicites afin de préciser ce niveau micro de notre analyse.

### 4.2.4 La multiplicité des échelles et leur exploitation

Pour récapituler nos intentions et leur traduction dans le dispositif méthodologique, voici ci-dessous une synthèse des traces de l'activité, du type d'explicitation et de la finalité poursuivie.

Traces activité	Type d'Explicitation	Finalité
Niveau macro d'analyse		
Vidéos formateurs en cours	Activité de formation dans son déroulement, ses contraintes ;	Effets pratiques et institutionnels sur l'activité des formateurs ; activité prise dans son environnement humain, matériel et symbolique
Auto-confrontation croisée à partir vidéos formateurs	Identifier freins, obstacles, empêchements à agir, difficultés de l'activité ;	formateur/apprenants dans la classe de situation « enseignement technique »
Hétéro-confrontation collective à partir des vidéos des formateurs	Ce qui fait débat, l'état des accords et désaccords sur leurs pratiques ;	Compléter/réagir à l'analyse du 1 <sup>er</sup> niveau (questionnaires et séquences TD)

Niveau méso d'analyse		
Vidéos formateurs en cours	Identifier les invariants, la structure conceptuelle de la situation  Quel modèle pédagogique à l'œuvre ?	formateurs/apprenants dans la classe de situation « enseignement technique »
Analyse des chercheurs à partir des traces recueillies	Identifier les régularités dans la classe de situation et ce qui manque	Points communs et spécificités de l'enseignement à l'ostéopathie
Niveau micro d'analyse		
Vidéos formateurs avec 1 seul étudiant en clinique	Approfondir raisonnements en situation	
Vidéos ostéopathe avec un patient	Approfondir raisonnements en situation	Comparaison entre pratique en cabinet et enseignement de l'ostéopathie
Auto-confrontation et explicitation croisée à partir vidéos consultations	Quels indices pris, quelles règles d'action, quelle organisation de l'activité de consultation ?	Identification et combinaison des savoirs d'action, schème.

Tableau 5. : Synthèse des traces de l'activité en fonction des niveaux d'analyse.

L'analyse du travail suppose un lien entre réflexivité et développement professionnel. Classiquement, c'est sur la dimension cognitive que se focalise la grande majorité des travaux dont la finalité est formative. A celle-ci se rajoute pourtant des dimensions conatives et affectives. Pour une meilleure analyse des élèves, Dieumegard par exemple souligne une dimension cognitive mais également une dimension sociale qui interagissent l'une sur l'autre (Dieumegard, 2011). La prise en compte de ces deux dimensions permet de comprendre l'activité complète d'un élève. Ignorer la multiplicité des dimensions, notamment la dimension



socio-affective et collective de l'activité (Durat, 2019) nous fait perdre de vue tout un pan des activités de relation à autrui, telle que la pratique et l'enseignement de l'ostéopathie l'exerce. Analyser l'activité sans prendre en compte ces dimensions ne permettrait pas d'en avoir tous les éléments de sa compréhension. Dans notre approche nous avons-tenté de prendre en compte au mieux plusieurs dimensions, cognitives bien sûr, mais aussi relationnelles et sociales.

En synthèse, cette recherche se fonde sur une approche systémique et globale, confortant l'idée d'un cadre organisateur de l'activité. Nous avons choisi d'approcher l'activité à plusieurs niveaux, aux échelles macro, méso et micro et dans diverses dimensions cognitives, relationnelles et sociales. Les éléments théoriques et méthodologiques que nous proposons permettent de lever le voile sur ces niveaux spécifiques de l'activité pour mieux en appréhender sa globalité. Ces différents niveaux ayant une implication et une incidence sur les autres niveaux, se pencher sur leurs interactions devrait nous permettre de dégager des pistes d'analyse et de transformation au plan épistémique, axiologique et pragmatique comme nous y invitent Albéro & Guérin (2014).

### 4.3 Description de notre dispositif méthodologique

Nous évoquerons d'abord la constitution de l'équipe de recherche puis ferons une présentation synthétique du design de la recherche doctorale, avant, dans un deuxième temps, de reprendre chacune des trois phases plus précisément. Cela nous permettra d'aborder les outils méthodologiques apportés par Theureau (auto-confrontations simples et croisées) pour faciliter l'analyse à partir des traces de l'activité ainsi que le dispositif prévu par Clot (auto-confrontation croisée) en particulier pour accéder au réel de l'activité, c'est-à-dire l'activité visible mais aussi l'activité empêchée. Enfin nous évoquerons les entretiens d'explicitations et l'usage que nous en avons fait.

#### 4.3.1 Une équipe plurielle de recherche pour un dispositif méthodologique en trois phases

Notre recherche a pu bénéficier d'un chercheur novice (doctorant) et d'un encadrement par deux chercheurs expérimentés (directrice et co-encadrant de thèse). Lors des phases de recueil de données au moins l'un des deux chercheurs expérimentés était présent avec le chercheur novice. Lors des phases plus spécifiques d'auto-confrontation croisées, d'analyse de données avec les participants, cette recherche a pu profiter de la présence des deux chercheurs

expérimentés et du novice garantissant la pertinence des données et du respect de la méthodologie. Un quatrième chercheur spécialiste de l'entretien d'explicitation a également été sollicité à la fin du recueil des données.

De plus, cela a pu générer des regards croisés sur une grande base de données pour cette recherche, qu'il aurait été difficile d'obtenir par la seule personne du chercheur novice. Bien entendu les formateurs ont été partie prenante, comme nous l'avons décrit plus haut, des analyses produites. D'une part, ils ont permis les investigations et recueil de données, en acceptant d'être filmés, en échangeant dans les focus groupes, d'autre part, ils ont participé aux confrontations collectives afin d'analyser ces données.

Afin de favoriser une bonne lecture et une bonne compréhension de la méthodologie, nous récapitulons notre démarche dans le tableau ci-joint, cette fois avec un découpage temporel pour faciliter la lecture, avec les finalités associées et les résultats attendus.

Phases et temporalité	Méthodologie	Objets	Résultats attendus
Phase 1  Exploratoire  (Septembre à Janvier 2018)	Focus group étudiants	Déterminer les moments clés des phases d'apprentissages	Les difficultés rencontrées dans l'apprentissage
	Focus group formateurs	Déterminer les moments clés des phases d'enseignement du métier, les empêchements	Les difficultés rencontrées dans l'enseignement
	Entretiens étudiants	Approfondissement des représentations des focus group	Recherche d'éléments nouveaux et pré-validation
	Entretiens formateurs	Approfondissement des représentations des focus group	Recherche d'éléments nouveaux et pré-validation
Phase 2	Questionnaire auprès des formateurs	Test des hypothèses sur les représentations issues de la phase exploratoire	Écarts éventuels avec représentations

Enquête (Février à Mai 2019)	Questionnaire auprès des étudiants	Test des hypothèses sur les représentations issues de la phase exploratoire	Écarts éventuels avec représentations
Phase 3  Analyse de l'activité (Mars à Mai 2019)  (Juin et Septembre 2019)  (Février et Juin 2020)	Enregistrement vidéo lors de cours d'enseignement pratique	Recueil de traces filmées de l'activité auprès de divers formateurs	Identifier les points communs, les divergences de pratiques
	Auto-confrontations simples	Analyse de séquence de formation	Identifier les points communs, les divergences de pratiques
	Analyses collectives	Échanges à partir des séquences vidéo et des résultats des phases précédentes	Identifier les questions qui font débat dans le collectif, celles qui font consensus.
	Enregistrement vidéo lors de consultations en cabinet	Recueil de traces filmées de l'activité auprès de 4 ostéopathes	Identifier les raisonnements en situation, les divergences de pratiques
	Entretien d'explicitation	Analyse d'une consultation de professionnel	Accéder à l'organisation de l'activité, aux règles d'action, au schème construit.

Tableau 6. : Récapitulatif des phases méthodologiques de la recherche.

#### 4.3.2 Phase 1 : La phase exploratoire

Il s'agit d'approcher le terrain d'un autre point de vue, avec une perspective nouvelle (décentrement d'une posture de formateur à celle de chercheur) avec des points d'enrichissement de la problématisation initiale, et d'émergence de points nouveaux qui auraient échappé :

Le but des entretiens exploratoires était de susciter une expression générale sur le travail de formateur ostéopathe. Nous avons interrogé les formateurs sur les principales difficultés rencontrées, leur conception du métier, le déroulement habituel du travail, l'utilisation d'outils, les pistes d'améliorations. Ces différents entretiens ont donné lieu à un compte-rendu détaillé reprenant les catégories de notre questionnaire. Nous n'avons retranscrit intégralement que certains passages significatifs des entretiens (annexes p.6). L'exploitation des compte-rendus a

été thématique, sur la base des questions posées. Nous avons surtout cherché à mettre en lumière les points communs, les divergences et contradictoires entre les propos des formateurs.

#### 4.3.2.1 *La technique d'entretien collectif : les focus groupes*

La technique du focus group (Kruger, 2000) permet de réunir et de confronter dans un même endroit, un groupe hétérogène d'individus concernés par les problématiques d'une recherche. Il s'agira de leur proposer un ensemble de questions semi-structurées sur une thématique qui aura été définie en amont et en fonction d'une séquence prédéterminée (Kitzinger, 1995). L'ordre des thèmes qui doivent figurer lors de cette étape sont construits de manière à évoquer un déroulement possible de la rencontre, une logique probable d'enchaînements. Cependant les questions doivent suivre leurs propres dynamiques, il en va de même pour les questions et leur éventuelle reformulation par des mots clés (Combessie, 2007). Pour Blanchet, cette méthodologie est un dispositif d'enquête qui est susceptible d'enlever certaines résistances de l'interlocuteur (Blanchet, 1991). Il estime que c'est un mode d'accès efficace aux représentations et aux opinions. La visée exploratoire du focus groupe avait pour finalité un approfondissement d'informations et l'élaboration d'hypothèses de recherches. Dans notre situation, un des chercheurs était également un professionnel, mais pour l'autre chercheur qui est totalement étranger au milieu qu'il étudie, il a pu générer des connaissances.

Pour les chercheurs, le rôle premier des focus groupes était de favoriser une interaction entre les participants. Dans cette vision, le chercheur prend la posture d'un animateur qui guide la séance et la dynamique de groupe ayant une neutralité de discours. Blanchet (2007) décrit davantage le rôle du « chercheur animateur » en lui attribuant trois fonctions : la première étant celle de « production » y sont associés les relances, demande de précisions, tour de parole. L'idée étant d'obtenir un matériel suffisamment riche à exploiter. La deuxième fonction est celle de « confirmation », il est ainsi question pour le chercheur de confronter, reformulation, et de corroboration. La troisième et la dernière fonction, celle « d'orientation », on y associe les relances thématiques, le recentrage sur le fil conducteur, les éventuelles mises en parallèles.

Ce rôle « d'animateur chercheur » révèle deux niveaux de fonction qui sont imbriqués : la gestion de la communication et du climat socioaffectif, ainsi que le cadrage des tâches cognitives, et la structuration de la pensée du groupe. Dans le cadre de notre recherche, un chercheur davantage observateur était également présent permettant un retour de l'exercice, et une prise de notes des éléments clés. Il veillait également à la gestion du temps permettant ainsi

au chercheur de ne pas se laisser déborder par les débats. Sur certaines phases des entretiens, le deuxième chercheur a pu également, en temps réel, réaliser une mind map des éléments obtenus afin d'organiser les propos.

#### 4.3.2.2 *Les focus groupes dans la phase exploratoire*

Nous avons réuni en tout entre le 12/03/2018 et le 7/04/2018, cinq focus groupes réunissant 109 personnes. Les cinq groupes d'entretiens exploratoires représentant les cinq années d'études, les données sont représentées dans le tableau 12. Compte tenu des problématiques qui ne sont pas les mêmes d'une année à l'autre, nous avons fait le choix de pratiquer ces entretiens en ne mélangeant pas les promotions. Tout comme avec les formateurs, les entretiens ont donné lieu à un enregistrement, sans retranscription intégrale. Les entretiens ont fait l'objet d'une réécoute avec appropriation par écoute répétitive et sélection des passages les plus pertinents, la réécoute permet d'avoir une distanciation par rapport aux notes du chercheur et la littérature. L'exploitation des données s'est également faite par une analyse thématique. La principale difficulté pour le chercheur était de poser un cadre de confiance et de bienveillance afin de libérer les paroles des étudiants qui pouvaient être sur la retenue face à un chercheur également enseignant dans l'école. Avant le début de chaque entretien, le chercheur a passé un moment pour donner des explications sur l'objectif de la recherche et surtout sur les règles d'éthique et de confidentialité auxquelles il était soumis.

Les discussions ont donné lieu à un enregistrement audio, puis à une retranscription sous forme de verbatim. Il s'agit alors de reprendre mot à mot la totalité des discours de la séance.

Les données qualitatives obtenues ont fait par la suite l'objet d'une analyse de contenu selon le modèle émis par Denzin & Lincoln (1994) et Huberman & Miles (1991). Dans un premier temps d'analyse sont mis en évidence les caractéristiques communes et les consensus émergents par une analyse à plat.

#### 4.3.3 Phase 2 : l'enquête auprès des formateurs et étudiants

Les objectifs d'un questionnaire doivent permettre d'éclairer une problématique initiale, ou un besoin d'information sur une hypothèse que l'on se pose. Blanchet & al (1987) distingue 3 étapes dans l'analyse d'un questionnaire. Tout d'abord l'estimation, il s'agit de la collecte de l'énumération des données. On ne cherche pas à comprendre les données, on cherche à les mettre à plat. Puis vient la description qui consiste à retirer des informations qui décrivent des

phénomènes subjectifs qui sous-tendent les phénomènes objectifs et d'expliquer ainsi les phénomènes objectifs (Vilatte, 2007). Enfin vient la vérification d'une hypothèse, le questionnaire devient un outil pour infirmer ou confirmer une hypothèse. La construction de nos deux enquêtes, formateurs et étudiants s'est faite sur la base des éléments thématiques issues des entretiens. Comme nous l'avons évoqué l'analyse a donné lieu à la création d'un répertoire thématique. L'objectif de nos enquêtes était donc de vérifier à une plus grande échelle nos hypothèses.

La conception du questionnaire s'est faite suite aux résultats des entretiens préalables par focus groupes. Ainsi le questionnaire se compose de 26 questions réparties en 4 parties. La première partie traite de la connaissance des formateurs on y retrouve des questions de type, âge, diplôme, l'année de début d'enseignement. La deuxième partie concerne l'ingénierie de formation, on y pose des questions sur l'importance de certaines unités d'enseignement, les compétences des étudiants à acquérir. La troisième partie questionne sur les compétences du formateur, les compétences à acquérir, les difficultés. Enfin, la quatrième partie traite de la réflexivité et de leur pratique. On y interroge sur le fait qu'ils discutent de leur pratique entre collègue, la place de la formation continue. Le questionnaire a fait l'étude d'une phase de test auprès de plusieurs ostéopathes afin de garantir la compréhension des questions et de garantir un temps de réponse court, la moyenne étant de 13 min.

### *4.3.3.1 Le test du questionnaire*

Il s'agit d'une étape souvent fondamentale, qui consiste à « tester » le questionnaire face à un groupe d'individus concernés par le questionnaire mais qui ne seront pas inclus dans l'échantillonnage final. Cette phase est centrée sur l'évaluation du questionnaire Il s'agit pour le chercheur de modifier les tournures des questions, la clarté et la précision des termes employés qui pourraient en altérer les éléments de réponses. Lors de cette pré-phase nous avons également chronométré le temps de renseignement afin d'ajuster le temps à un usage optimal, et d'éviter les questionnaires incomplets. Comme nous avons pu le constater dans la partie du cadre contextuel de cette thèse, la diversité des pratiques, et la diversité des discours des professionnels ostéopathes est un élément courant. Cette phase de pré questionnaire revêt donc un enjeu majeur de vérification auprès de la population étudiée. Nous avons montré dans notre première partie la diversité des pratiques et des discours que connaît la profession. Il était primordial de garantir la compréhension des éléments du questionnaire. Nous avons donc soumis celui-ci à quatre ostéopathes d'origine et de pratiques différentes afin de clarifier et

modifier ensemble certaines formulations qui pourraient présenter des difficultés de compréhension. Cette étape a également été faite en amont lors de la construction du questionnaire à destination des étudiants. Nous avons ainsi sollicité plusieurs étudiants de la première à la cinquième année d'étude représentant l'échantillonnage final pour valider avec eux la compréhension, l'interprétation des questions.

#### 4.3.3.2 *Établissement de l'échantillon et diffusion*

L'échantillon est défini comme un sous-ensemble d'éléments tirés d'un ensemble plus vaste appelé « population » (Velmuradova, 2014). Royer et Zarlowski (2014) définissent l'échantillon comme l'ensemble des personnes sur lesquelles des données seront recueillies. Les choix constitués ont un impact important en termes de validité scientifique. Cette validité est influencée par plusieurs facteurs donnant du poids à l'échantillon tels que : la nature homogène ou hétérogène des individus, la méthode de sélection, le nombre.

Ainsi pour notre recherche il a fallu déterminer la taille minimale satisfaisante. Nous avons utilisé un principe de saturation, la taille adéquate de l'échantillon sera celle qui permet d'atteindre la saturation théorique (Glaser & Strauss, 2017). L'échantillon de la population est constitué de l'ensemble des formateurs ostéopathes et des étudiants en ostéopathie auxquels nous pouvions contacter. L'échantillonnage s'est donc fait sur une base de type d'acteur et par opportunisme.

Le questionnaire était destiné aux six écoles d'ostéopathie faisant partie du groupe Novétudes réparties sur le territoire. Pour une meilleure diffusion nous avons sollicité un des coordinateurs pédagogiques de chaque école afin qu'il s'occupe de la diffusion en interne. Chaque coordinateur devait envoyer le questionnaire par mail à chaque promotion de son école. Deux relances ont été faites après l'envoi initial par mail. Concernant le questionnaire des formateurs, il a fait l'objet d'un premier mail groupé, envoyé à tous les formateurs des six écoles. Le mail initial avait également pour but d'informer et de présenter la recherche. S'en est suivi l'envoi de deux mails de relance à deux semaines d'intervalle. La population parente est de 190 formateurs au total et de 3221 étudiants au total. Concernant la création, la diffusion et l'analyse, la méthodologie du questionnaire pour les étudiants a été identique à celle du questionnaire des formateurs.

#### 4.3.3.3 *Méthodologie d'analyse*

Selon Paillé et Mucchielli (2016), l'ensemble des méthodes qualitatives s'adosent à des processus intellectuels communs. S'inspirant de l'approche phénoménologique, la théorie ancrée, l'induction analytique, l'analyse structurale et de la systémique des relations, possèdent des processus « à base de comparaison, de généralisation, de mise en relation et de construction corrélatrice d'une forme et d'un sens à travers l'utilisation des autres processus » (Mucchielli, 2006, p.15). Il existe plusieurs méthodes d'analyse des données qualitatives (Coffey & Atkinson, 1996 ; Langley, Ronen, & Eylon, 1997) mais il n'en existe pas une qui soit meilleure que les autres (Trudel & Gilbert, 1999). Il y a cependant des méthodes qui sont plus appropriées que d'autres en fonction de l'ancrage épistémologique et de la tradition dans laquelle travaille le chercheur (Trudel & Gilbert, 1999). La plupart des recherches utilisant une analyse des données qualitatives distinguent trois étapes. La première correspond à une phase de « pré-analyse », cette étape correspond à une segmentation et une décontextualisation (Savoie-Zajc, 2000). La seconde, qui souvent prend le plus de temps, consiste en des opérations de codage, décompte ou énumération. Cette étape est la véritable exploitation des matériaux, il s'agit de « découper le contenu d'un discours ou d'un texte en unités d'analyses (mots, phrases, thèmes...) et de les intégrer au sein de catégories sélectionnées en fonction de l'objet de recherche » (Thiétart, 2007, p.455). Enfin la dernière étape consiste à interpréter les résultats, à les synthétiser et à en tirer des inférences (Wanlin, 2007). L'interprétation des résultats doit « prendre appui sur les éléments mis au jour par la catégorisation pour fonder une lecture à la fois originale et objective du corpus étudié » (Robert & Bouillaguet, 1997, p.31). Avant la phase d'analyse, un nettoyage des données a été effectué. Il s'agissait d'enlever les questionnaires incomplets ou incompréhensibles. Par exemple, dans les questions ouvertes certaines réponses n'avaient aucun lien avec la question, il pouvait également manquer des éléments de réponses. Dans un premier temps une analyse à plat a été effectuée, puis en fonction des éléments de réponses et des éléments des entretiens, un croisement des données a pu être effectué.

#### 4.3.4 Phase 3 : l'analyse de l'activité des formateurs

L'orientation de la démarche d'analyse de l'activité a pu se faire à partir des résultats des enquêtes. De nombreux éléments ont permis d'affiner nos perspectives grâce à la phase 1, exploratoire, et d'alimenter la problématique de la phase 2 des questionnaires. Ces éléments ont permis de définir les situations à analyser et de pointer notre regard sur l'enseignement d'une technique comme potentiellement la plus discriminante en termes d'apprentissage, en laissant



de côté l'enseignement magistral. L'analyse de l'activité de par sa filiation ergonomique, se fonde sur les écarts entre le prescrit et le réel. Or la phase exploratoire nous indique que ce prescrit est flou, en partie dépendant de normes faiblement définies et donc nous avons besoin d'un travail plus approfondi. C'est ce en quoi nous nous inscrivons dans la théorie ancrée issue de l'anthropologie (Glaser & Strauss, 2010), qui nous a amené à construire nos objets à partir du terrain. Nous verrons d'abord comment nous avons recueilli les traces de l'activité des formateurs et réalisé les analyses collectives, puis nous aborderons les auto-confrontations croisées et enfin les auto-confrontations simples et l'explicitation.

#### *4.3.4.1 Recueil de traces : enregistrement vidéo et choix des séances*

Le recueil de traces de l'activité des formateurs a un double objet : dans un premier temps de nous informer sur ce qu'ils font dans leur activité ordinaire, mais également de pouvoir déclencher en eux, une première réflexion les obligeant à regarder leur travail même le plus incorporé, avec les yeux d'un autre. Vygotski pour évoquer cette réflexion parle de « la conscience comme contact social avec soi-même » (Vygotski, 2017, p.91).

La première utilité de l'outil de la vidéo réside dans la capacité d'enregistrer des images très proches de celles observées sur le terrain par les chercheurs, afin de pouvoir les reproduire de façon fidèle et dynamique à un moment ultérieur (Flandin, 2017). Le film vidéo est un artefact, c'est-à-dire le produit (humain non naturel) de ces techniques. Dans le cadre de l'analyse de l'activité, la vidéo peut avoir plusieurs fonctions. Elle peut permettre à des acteurs d'analyser leur activité dans le but de les comprendre, de les modéliser, mais également de les transformer. Dans ce cadre, la vidéo est un outil permettant l'analyse en extériorité, c'est-à-dire la part visible de celle-ci. Dans un second temps, la vidéo peut servir de support comme trace d'une verbalisation d'une activité en intériorité, c'est-à-dire la part de l'activité non observable.

Nous avons fait le choix de centrer nos observations sur la phase d'enseignement d'une technique manuelle. En effet, comme l'ont montré les entretiens exploratoires, il s'agit d'une phase critique de l'activité de formateur car de nombreux choix sont effectués dans chaque situation de formation, choix qui conditionnent la suite du processus et donc en partie sa réussite. La phase d'apprentissage d'une technique de soins manuel est emblématique du travail des formateurs ostéopathes, ce type d'enseignement est celui qui est le plus largement traité durant la formation. Nous avons donc choisi d'analyser les activités d'enseignement d'une

technique afin d'accéder à une part importante du métier de formateur et d'étudier la logique de leurs choix en situation.

#### 4.3.4.2 *Les séances d'enseignement « technique » observées et filmées*

Après accord préalable des formateurs participants, nous les avons filmés lors d'une séquence d'enseignement d'un geste technique. Nous avons pu ainsi obtenir environ 30 heures de formation animées par 15 formateurs différents<sup>38</sup>.

Nous avons appliqué la méthode d'observation suivante : entretien préalable du formateur quelques minutes avant le début de la séquence indiquant les objectifs pédagogiques, puis enregistrement vidéo et audio des séquences. La méthodologie de recueil et le choix des séances a été mise en place grâce à la phase exploratoire. Il a été décidé de se concentrer sur l'enseignement technique. Nous avons fait l'hypothèse que les éléments les plus discriminants de l'apprentissage d'un étudiant se retrouvent lors des séquences de travaux pratiques. Nous avons par conséquent focalisé nos enregistrements sur ces séquences. Mais nous avons également enregistré certaines séquences de cours théoriques CM pour un usage ultérieur. La prise d'image et de son a été faite par nos soins. Nous avons procédé à plusieurs types d'enregistrements et de placements de la caméra. Dans certaines des séquences, nous avons placé la caméra dans un coin de la salle, de manière à avoir un angle pouvant contenir un maximum de personnes et de capter le plus possible les interactions de la pièce. Sur certaines séquences, nous avons également décidé d'avoir une caméra mobile afin de pouvoir approcher au mieux les interactions entre les étudiants, et surtout de pouvoir observer la position des mains de manière plus fine, en cadrant par exemple sur les mains.

Pour analyser l'activité des enseignants en mathématiques, Aline Robert (2010) prend le parti en tant que chercheur de simplement observer l'activité sans interagir. Nous avons également adopté cette position d'analyse en laissant l'activité la plus libre possible. Malgré la présence du caméraman, la durée des enregistrements était suffisante pour que sa présence soit en grande partie oubliée des participants.

En plus des enregistrements vidéo, nous disposons également de traces écrites par l'intermédiaire des différents supports donnés aux étudiants ainsi que la prescription existante

---

<sup>38</sup> Le tableau récapitulatif des formateurs, type de technique enseignée, niveau des étudiants, moment dans l'année seront détaillés dans la partie résultat.

par l'intermédiaire du référentiel de formation. Lors de l'enregistrement de certaines séquences, nous avons également pu écouter les formateurs lorsque, hors temps de formation notamment pendant les pauses, ceux-ci ont pu se livrer et expliciter des modalités et des choix didactiques. Lors de ces moments nous avons pu également avoir accès à leur système de représentations du métier de formateur en ostéopathie, de son enseignement et de son apprentissage.

#### *4.3.4.3 Préparation des confrontations pour l'analyse collective*

La méthode des auto-confrontations croisées, que nous avons utilisée dans notre dispositif méthodologique, débute par une phase d'observation de l'activité ordinaire des professionnels volontaires. En fonction de la situation, cette observation peut être individuelle ou collective. Lors de cette phase d'observation qui se réalise sur une longue durée, la présence du chercheur permet davantage « le développement chez le travailleur de l'observation de leur propre activité » (Clot, 2008, p.222) qu'une « compréhension » par l'observateur d'une réalité qui serait trop complexe pour en cerner d'emblée les subtilités. Nous ne croyons pas qu'une « neutralité » d'observation puisse être attendue. Nous détaillerons davantage l'impact que peut prendre la présence du chercheur lorsque nous aborderons les limites de notre méthodologie. Il est certain qu'un effet existe, il est même envisageable que la présence du chercheur puisse transformer fondamentalement la situation. Cette phase qui permet au chercheur de découvrir le travail n'est pas à détacher de la méthodologie. Par cette présence, les professionnels observés se regardent faire en même temps... ce qui n'est pas neutre. Wallon qui avait déjà pu l'observer, l'évoque de cette manière : « l'attention que le sujet sent fixée sur lui semble, par une sorte de contagion très élémentaire, l'obliger lui-même à s'observer. S'il est en train d'agir, l'objet de son action et l'action elle-même sont brusquement supplantés par l'intuition purement subjective qu'il prend de son propre personnage. C'est comme une inquiétude, une obsession de l'attitude à adopter. C'est un besoin de s'adapter à la présence d'autrui, qui se superpose à l'acte en cours d'exécution » (Wallon, 1983, p.287).

#### *La technique d'entretien d'auto-confrontation croisée*

L'autoconfrontation croisée est une méthode d'analyse du travail issue de l'ergonomie de langue française, elle est directement liée à une conception bakhtinienne selon Clot (2005). Cette méthodologie serait le fruit du hasard (Faïta, 1997), elle est issue d'une recherche sur la dimension humaine des conducteurs de TGV (Faïta & Clot, 1996). Au départ elle était surtout utilisée dans les métiers du service, on retrouve quelques tentatives dans d'autres secteurs d'activités tels que les enseignants (Yvon & Garon, 2006). Le principe de cette méthode est

de : « « *jouer* » sur les destinataires de l'action pour enrichir la description et remettre du possible dans le réel. » » (Clot, 2000, p.153).

Cette démarche a ensuite été formalisée en trois phases (Yvon & Clot, 2003 ; Faïta & al., 2000). La première phase doit permettre une rencontre entre les professionnels impliqués dans la problématique de recherche. Le rôle de ce groupe est de pouvoir guider le chercheur dans le choix des séquences de travail qui feront l'objet d'un enregistrement vidéo. Les chercheurs pouvant au préalable avoir déjà effectué une observation de l'activité afin d'alimenter les discussions du collectif. Cette première phase a également une visée pédagogique permettant au chercheur de pouvoir expliquer la démarche de recherche aux participants, car les études ont montré qu'une meilleure compréhension d'une recherche pouvait permettre une plus grande implication de la part des acteurs. Surtout dans le cadre de séquences filmées, la présence de l'image des volontaires qui peut être perturbante. Après cette première phase, une programmation de l'enregistrement des séquences est envisagée.

La seconde phase est consacrée à l'enregistrement des traces vidéo de l'activité et à la confrontation des sujets à ces images. Lors de la confrontation le chercheur questionne les participants sur le « comment » ils procèdent et les invite à décrire le plus précisément possible les gestes et l'activité. Un questionnement se basant sur le « pourquoi » orienterait le sujet sur l'activité prescrite et non pas sur l'activité réelle. De plus il serait davantage dans une logique de justification. La décomposition de cette activité par le professionnel acquiert un tout autre statut. Le but est pour le sujet d'établir des liens entre ce qu'il se voit faire, ce qu'il y a à faire, et ce qu'il voudrait faire. Dans cette étape la gestion du défilement de l'enregistrement est confiée soit au chercheur (Faye & Falzon, 2009), soit à l'acteur (Campo & al., 2016), soit aux deux (Mollo & Falzon, 2004). Les participants auront été informés dès le départ de l'organisation de la confrontation lors de l'explication des consignes.

#### *Les hétéro-confrontations croisées menées*

Dérivées directement de la technique des auto-confrontations, nous nommerons hétéro-confrontation nos entretiens dans la mesure où le groupe de formateurs présent a été confronté à plusieurs séances filmées, qu'il s'agisse de leur propre film ou de l'activité d'autres collègues.

Deux journées d'hétéro-confrontation collective ont eu lieu les 17 et 18 juin 2019, un tableau récapitulatif des données concernant les participants et présent dans la partie résultats.

L'enjeu du retour au collectif est de pouvoir lui présenter les situations particulièrement remarquables pour les protagonistes et de les soumettre au groupe pour débat. En milieu professionnel, cette méthode permet lors des échanges entre pairs, de pouvoir révéler les éventuels écarts par rapport aux prescriptions, des pratiques implicites (Theureau ; Clot ; Leplat, 2000).

Dans cette recherche, nous avons choisi de confier le défilement aux formateurs tout en autorisant le chercheur à intervenir, par exemple pour remettre dans une situation dynamique l'acteur (Theureau, 2010), mais également dans une volonté d'attention vigilante à ce qui fait sens pour les formateurs. Il était également important pour nous de laisser aux acteurs cette liberté d'intervenir pour laisser émerger ce qui fait débat entre les professionnels.

La dernière étape de la méthode des auto-confrontations croisées consiste à revenir présenter au collectif par les chercheurs, une première analyse des résultats obtenus lors des journées d'autoconfrontations. Une 3<sup>ème</sup> journée d'auto-confrontations en décembre 2019 a sollicité durant une matinée neuf formateurs. Il est intéressant de noter la présence lors de cette matinée de deux formateurs qui n'avaient pas pu participer aux journées d'auto-confrontation et qui étaient totalement neutres vis-à-vis de la méthode et des éléments de discussions lors des journées d'auto-confrontation. Nous avons pu ainsi bénéficier de leur part d'un enrichissement des données initialement recueillies. Les résultats obtenus lors des journées d'auto-confrontation ont donné lieu à plusieurs présentations de la part des chercheurs sous forme de mindmap, de diaporama et sous forme de schéma. Un poster comportant les compétences mises en avant était accroché dans la salle toute la matinée afin de vérifier si les interprétations proposées par les chercheurs étaient fidèles à ce que les formateurs avaient exprimés et si elle recueillait une forme d'adhésion (exigence axiologique, selon Albéro & Guérin, 2014).

Dans notre méthodologie nous avons choisi d'utiliser la méthode des auto-confrontations pour ses dimensions épistémiques et axiologiques évoquées ci-joint, mais également pour la dimension pragmatique et organisationnelle, en termes de capacité de mobiliser tout un collectif d'ostéopathe sur une ou plusieurs journées à l'avance et sur une période courte, et afin de les associer périodiquement à l'avancement de la recherche doctorale dans la perspective de transformation de la formation que nous avons déjà mentionnée.

### *Le délai entre activité et confrontation*

La littérature ne s'accorde pas sur la durée de temps entre l'enregistrement des séquences et la confrontation avec les acteurs. Pour une meilleure réflexivité, les acteurs doivent faire preuve d'une bonne mémorisation, ainsi une durée de temps courte entre l'enregistrement et la confrontation limite le biais mémoriel (Boubée, 2010 ; Mollo & Falzon, 2004). A l'inverse une durée plus importante entre les deux étapes favorise l'acteur comme spectateur de son activité (Leblanc, Ria, & Veyrunes, 2013). Un délai plus long aurait donc tendance à favoriser dans le discours de l'acteur des généralisations de son activité et non des commentaires propres.

Ainsi en fonction des études, on peut observer des délais compris entre une semaine (Boyer & al., 2015) et un an (Saint-Dizier De Almeida, 2015). Cette différence de temps ne prend pas en compte le temps éventuel d'analyse du chercheur nécessaire avant la confrontation. De plus comme toutes les recherches travaillant avec des personnes, celle-ci est dépendante des contraintes organisationnelles. Dans notre recherche, le besoin d'analyse des séquences par les chercheurs, et la difficulté de réunir tous les acteurs déjà très sollicités par leur double activité professionnelle, le temps entre les auto-confrontations et l'analyse collective a été de 5 mois.

#### *4.3.4.4 Auto-confrontation simple et expérimentation méthodologique*

L'auto-confrontation simple est une technique assez classique en ergonomie qui s'est développée dans les années 1950. On peut la définir comme un type d'entretien de recherche (Boubée, 2010). Elle consiste à présenter aux personnes observées le plus grand nombre de traces possibles de leur comportement pour qu'elles les commentent (Theureau, 1997). Le principal avantage de cette méthode est de pouvoir confronter le professionnel à sa propre activité pour favoriser un discours réflexif de l'acteur (Boubée, 2010 ; Clot & Leplat, 2005). Cette méthode se déroule en trois étapes, une première de recueil du travail professé, une deuxième d'enregistrement de l'activité d'un individu, et une troisième de confrontation de cet individu à son activité suivi d'un entretien. Son origine théorique provient du cadre de la psychologie du travail (Boubée, 2010). On peut espérer plusieurs bénéfices de cette méthode : un soutien mémoriel, la restitution de la situation (on peut également parler la dynamique de l'activité), une réflexivité accrue des personnes interviewées, la co-analyse entre des participants et des chercheurs (Boubée, 2010).

*Recueil de traces : les situations de consultation en ostéopathie*

Afin de comprendre au mieux l'activité des professionnels, nous avons filmé quatre praticiens en situation de soins. Dans le cadre de cette étude une demande a été faite à leurs patients d'accepter le fait d'être filmé. Les consultations ont été filmées par caméra (tablette ou smartphone), pour favoriser la qualité sonore un enregistreur de son de type H4n Pro était également posé dans la pièce. Dans le descriptif du raisonnement dans l'activité, nous avons tenté de combiner les entretiens d'auto-confrontation - qui présentent parfois le défaut de buter contre les justifications à posteriori de l'action – à des entretiens d'explicitation.

*Les entretiens d'explicitation*

Comme nous avons pu le voir dans la partie théorique, cet entretien a la particularité de chercher à expliciter chez un sujet la partie non consciente du déroulement de son activité. Selon Vermersch, qui a mis au point, cette technique réside dans le fait qu'un sujet n'a pas besoin de savoir qu'il sait pour agir. En d'autres mots, il n'a pas besoin d'avoir conscience des moyens de sa réussite pour réussir (Vermersch, 2011, p.71). L'entretien d'explicitation a pour spécificité de « viser la verbalisation de l'action » (Vermersch, 2010, p.17). Ce type de questionnement permet d'avoir accès aux raisonnements de l'acteur, aux buts poursuivis par ce dernier, aux savoirs théoriques utilisés, au déroulement de l'action et aux facteurs qui l'ont influencé (ibid., p.18). Vermersch a développé cette technique afin de pouvoir favoriser l'analyse des erreurs et plus globalement de l'activité de travail (ibid., p.19).

L'entretien s'inspire de l'entretien non directif de Carl Rogers. Ainsi, l'entretien d'explicitation est basé sur l'écoute active, la gestion des silences et les reformulations. Toutefois, l'entretien d'explicitation s'éloigne de l'entretien non directif de par son objectif. L'explicitation vise non pas la mise en mot du vécu de l'émotion mais celle de l'action (ibid., p.23-24). Cette technique s'inspire également de techniques issues du champ de la psychothérapie, plus particulièrement ses apports sur la conduite d'évocation vivace favorisant les souvenirs d'une situation passée (ibid., p.26).

L'entretien d'explicitation a trois buts distincts. Le premier est d'informer le chercheur de sorte qu'il comprenne le processus d'action réalisé par l'acteur et les sources qui pourraient expliquer une erreur dans le but d'apporter une remédiation. Le second est de favoriser, chez l'acteur, le retour réflexif sur l'action, la troisième relève d'après Vermersch de l'apprendre à apprendre. Si dans le second but, le chercheur aide l'acteur à réfléchir sur son action, le troisième but

viserait à susciter chez l'acteur une pratique réflexive qui lui permettrait de comprendre comment il fonctionne de sorte d'améliorer son action (ibid., p.27-29).

Nous avons réalisé 4 observations filmées afin d'avoir des traces de l'action d'ostéopathes en situation de consultation classique à analyser. Quatre entretiens d'auto-confrontation ont pu ensuite être réalisés avec chaque professionnel ostéopathe filmé. Les deux premiers entretiens ont été réalisés par des chercheurs « novices » à cette technique. Afin de voir s'il était possible d'accéder à un plus grand niveau de finesse de l'action et de consolider les résultats obtenus, deux entretiens d'explicitation ont été réalisés par un formateur du GREX (Groupe de Recherche sur l'Explicitation) et chercheur Fabien Capelli.

Avant la réalisation de ces deux entretiens, Fabien Capelli a pu accéder aux consultations filmées des deux participants en amont et d'une rencontre avec les chercheurs afin qu'il puisse en comprendre les enjeux et de favoriser la verbalisation sur les objets de recherche. Nous lui avons également fait prendre connaissance d'éléments généraux sur notre travail de recherche ainsi que les spécificités du métier d'ostéopathe. En effet, pour que l'entretien d'explicitation soit bien mené, Vermersch précise que le chercheur doit connaître le référentiel officiel de l'action car c'est celui-ci qui va guider l'entretien (ibid., p.68). Pour encourager davantage le retour réflexif des deux participants, les consultations ont été effectuées une semaine avant l'entretien.

Nous allons ici en évoquer les grands principes. L'entretien repose tout d'abord sur un contrat de communication passé entre le chercheur et l'acteur. L'acteur doit adhérer volontairement à la démarche et le chercheur doit pouvoir lui garantir le respect de ses limites. La réussite de la technique dépend d'après Vermersch de la qualité de la relation. A chaque fois que le chercheur souhaite avoir accès à de nouvelles informations, il s'agit de demander à l'acteur de reconfirmer son accord (Vermersch, 1991, p. 64). Dans le cadre de ce travail les professionnels se sont engagés volontairement dans la démarche. Lors de cet entretien, les relances sont très importantes, ainsi on ne posera jamais la question de manière frontale : « pourquoi ? » ; Si par exemple l'interviewé indique : « là, j'ai pris la tête fibulaire de mon patient » il sera plutôt question de demander : « et quand tu prends la tête de la fibula<sup>39</sup>, que cherches-tu à faire quoi ? ». L'interviewer interrogera exclusivement sur un domaine observable. « Qu'avez-vous

---

<sup>39</sup> La fibula (ou anciennement péroné) est un os qui constitue la partie externe de la jambe



fait en premier ? », « Comment avez-vous identifié le problème qui était à résoudre ? », « Comment saviez-vous que c'était terminé ? ».

Pour le chercheur qui mène un entretien d'explicitation, la première exigence consiste à identifier et à distinguer deux modes de verbalisation (Faingold, 2011) forme : la parole habituelle qui implique une intention de communication (celle qu'on retrouve dans un dialogue, un commentaire, une conversation) et la position de parole incarnée, où le sujet est tourné vers lui-même pour faire ressortir des éléments pré-réfléchis (c'est-à-dire les éléments dont il n'avait pas conscience) de son activité. Il est ainsi primordial que le chercheur puisse reconnaître cette position d'évocation pour orienter son discours et son attitude. Le chercheur se retrouve dans une posture d'accompagnant pour mettre en œuvre cette activité d'introspection, d'explicitation du vécu. Cette position d'évocation se reconnaît par un décrochement du regard, un rythme de parole plus ralenti, il peut s'y rajouter une gestuelle ponctuant le discours.

Les entretiens ont été filmés et retranscrits de manière intégrale. L'analyse des résultats s'est faite en présence de plusieurs chercheurs pour permettre une triangulation, ainsi qu'en la présence de Fabien Capelli garantissant de par son expérience la meilleure interprétation et analyse des résultats.

Vermersch indique plusieurs conditions qui sont à respecter pour favoriser l'explicitation de l'action. Il faut tout d'abord que la verbalisation se fasse sur une action précise déjà réalisée et ayant fait l'objet d'une réflexion de la part de l'acteur. Cette action doit pouvoir être confrontée aux traces que celle-ci a laissées. L'explicitation doit se focaliser sur une action spécifique et non relever d'une activité répétitive reproduite régulièrement. Enfin, il s'agit de susciter et soutenir chez l'acteur une attitude d'évocation lors de laquelle l'acteur revit l'action et l'explique en la voyant défiler dans sa mémoire (ibid., 65-66).

L'entretien d'explicitation relève de la verbalisation des faits et non de l'interprétation. Il s'agit pour l'acteur de décrire l'action au plus près de son déroulement. Pour ce faire, le chercheur pose des questions relevant de la prise d'information, de la localisation, de l'organisation temporelle. Dans notre situation une attention particulière est apportée à la mise en avant des sens. Ainsi le chercheur, pour faire évoquer la sensation de perception, utilisera davantage des notions telle que la texture, les odeurs, le visuel. Lors des entretiens, les différents chercheurs « intervieweurs » ont majoritairement focalisé les questions sur la chronologie des événements

en lien avec l'action et suscité la description des faits et des observations réalisées par l'acteur au cours de l'action.

L'entretien d'explicitation se focalise sur cinq éléments de description de l'action qu'il est primordial de repérer dans le discours de l'acteur (cf. tableau 7) : le contexte de celle-ci, les actions du sujet, ses buts, ses raisons et théories et ses jugements, opinions et présupposés (ibid., p.68).

<b><i>Le système des informations satellites de l'action vécue</i></b>		
<b>Contextes</b> Circonstances Environnement		
<b>Déclaratif</b> Savoirs théoriques Savoirs procéduraux Savoirs formalisés : consignes, savoirs réglementaires	<b>Procédural</b> Savoirs pratiques Déroulement des actions élémentaires Actions mentales, matérielles, matérialisées	<b>Intentionnel</b> Buts et sous-but Finalités Intentions Motifs
<b>Jugements</b> Évaluations subjectives Opinions et commentaires Croyances		

Tableau 7. : *Le système des informations satellites de l'action vécue (Vermersch, 2004, p 45)*

#### 4.3.5 Critères de scientificité et triangulation

André Morin compare la question de la triangulation entre les approches : expérimentale, ethnographique, phénoménologique et recherche action (1985). Son point de vue nous paraît pertinent pour notre recherche. Le recours à la triangulation est particulièrement conseillé pour accroître les critères de scientificités d'une recherche (Ketele & Maroy, 2006). Il s'agit d'une « validation des sources avec d'autres jusqu'à ce que l'interprétation ait été suffisamment corroborée » (Morin, 1985, p.33). De par la constitution de notre équipe et les niveaux d'analyse utilisés, il nous est possible de confronter les différents résultats obtenus par cette triangulation. L'utilisation de plusieurs sources de données permet des mesures diversifiées du même phénomène (De Jong & Van Driel, 2001; Yin, 1994 ; 2003). Cette modalité méthodologique se révèle en accord avec les auteurs qui préconisent la combinaison de plusieurs sources permettant de favoriser l'émergence, et d'arborer les résultats (Yin, 1994).

Nous pouvons donc mettre en débat des résultats d'enquête, des traces observées et des données issues de plusieurs types d'entretiens (exploratoire, d'auto-confrontation, d'hétéro-confrontation, d'explicitation). De plus notre travail a donné lieu à une triangulation d'analyse de par les chercheurs eux-mêmes. Ainsi plusieurs données ont été analysées de manière individuelle par trois chercheurs avant une mise en commun des résultats. Cette confrontation des analyses individuelles a permis de limiter les biais d'interprétations des données qualitatives.

### 4.4 Synthèse

La méthodologie dont on peut noter qu'elle est toujours « perfectible, discutable et discutée » est au service de l'action (Diallo & Clot, 2003). Elle doit, comme tout outil, devenir l'instrument de notre action (Rabardel, 2003, op ; cit) et, pour être « à notre main », subir parfois des adaptations. Au plan méthodologique, la recherche qualitative s'inscrit dans une démarche compréhensive en privilégiant la description des processus plutôt que l'explication des causes ; inductive, au sens où l'on acquiert la compréhension du phénomène de manière progressive ; récursive, invitant à réitérer les étapes de la recherche si nécessaire ; et souple en raison de l'absence de rigidité de la démarche le plus souvent inductive. Par exemple dans le cadre des entretiens, cette récursivité doit conduire à la formulation de nouvelles questions ou à la reformulation d'anciennes questions (Imbert, 2010, p.23-34). Nous verrons à présent les résultats obtenus grâce à notre dispositif de recherche.

## Chapitre 5 Résultats et analyse

Nous présenterons dans cette partie nos résultats avant de les mettre en discussion dans la dernière partie. Dans ce chapitre, et dans la même logique de présentation que le dispositif méthodologique, nous commencerons par la description des résultats de la phase exploratoire : cela comprendra les entretiens collectifs des formateurs et des étudiants, les résultats des enquêtes confirmatoires à destination des formateurs et des étudiants. Dans un second temps, nous présenterons les résultats du cœur de la recherche, à savoir, l'analyse de l'activité des formateurs ostéopathes et celle des professionnels ostéopathes. Pour cela, nous aborderons les résultats en suivant notre cadre théorique, à savoir celui des différents niveaux de l'activité. Nous commencerons par le niveau macro, pour continuer par le niveau méso et enfin aboutir au niveau micro de l'activité. Nous retrouverons dans les différents niveaux, des éléments de notre méthodologie issue des vidéos des formateurs, des journées de confrontation collective, des auto-confrontations des professionnels à chaque échelle. Nous terminerons enfin par une synthèse des éléments retenus pour notre recherche.

### 1.1 Analyse exploratoire de la formation en ostéopathie

Dans cette partie, il s'agira de décrire les principales données exploratoires recueillies au travers de plusieurs groupes qui ont mobilisé les principaux acteurs de la formation, en tout début de cette recherche doctorale, à savoir : les formateurs, les étudiants, l'équipe encadrante. Tout en laissant une très grande liberté de parole aux participants, nous avons éprouvé, en tant que chercheur, un besoin d'identification des compétences clefs professionnelles des ostéopathes auxquelles il faut former les étudiants. Notre but a été d'analyser les situations d'apprentissage afin de faire émerger les compétences des formateurs et des étudiants nécessaires à l'acquisition des compétences métiers et d'étudier les conditions de leur développement.

Ces différents entretiens ont également visé l'identification des situations posant des problèmes (Clément, 2003) aux formateurs et aux étudiants. Cette démarche a également relevé certains incidents critiques qui sont autant de ressources pour le développement des compétences (Durat, 2014). Dans cette analyse, il nous a paru important d'avoir un retour de l'équipe encadrante qui a été interpellée par les difficultés de la formation. Ces rencontres à visées exploratoires avaient pour ambition de nous fournir une meilleure connaissance du travail de formateur et de son environnement. Nous rappelons dans cette introduction qu'il n'existe aucun

travail de recherche sur les formateurs ostéopathes et d'une manière plus générale sur la pédagogie en ostéopathie. Nous ne pouvons donc nous fonder sur aucun travail de recherche antérieur. Dans cette optique de découverte d'un milieu, il est essentiel pour les chercheurs que nous sommes de nous décentrer de nos observations personnelles et de pouvoir envisager une analyse à large spectre de l'activité de formateur.

### 1.1.1 Rappel méthodologique sur les entretiens collectifs

Nous avons organisé trois entretiens collectifs avec les formateurs de l'école sur le principe des entretiens de groupe, ces réunions ayant plusieurs objectifs. Il s'agissait tout d'abord d'obtenir une bonne implication des formateurs car ils occupent une place centrale dans notre recherche dans la mesure où ils possèdent la connaissance de leur métier et des difficultés attenantes. Aussi était-il essentiel qu'ils puissent connaître les tenants et les aboutissants du projet de recherche et de son dispositif. Ensuite, il s'est agi d'appréhender le travail du formateur ostéopathe de façon plus objective grâce à l'intersubjectivité des formateurs, c'est-à-dire au travers du partage de l'expérience vécue entre plusieurs personnes (Stern, 2005). Nous avons souhaité exploiter directement les conflits sociocognitifs (Piaget, 1956) caractérisant leur métier pour gagner en généralité des propos retenus, par rapport à ceux que nous avons nous-même identifiés en qualité de formateur et de coordinateur. Enfin, nous avons souhaité obtenir une vision globale et suffisamment précise du métier et de son contexte pour élaborer un questionnaire de validation de notre compréhension du métier auprès d'un large panel de professionnels.

Ces trois rencontres se sont déroulées dans les locaux du collège ostéopathique de Strasbourg. Voici un tableau récapitulatif résumant les principales caractéristiques de ces entretiens collectifs.

	Nombre de formateurs présents	Date	Durée
1 <sup>ère</sup> rencontre de travail	11	17/10/2017	1 heure 10 min
2 <sup>ème</sup> rencontre de travail	7	21/11/2017	1 heure 35 min
3 <sup>ème</sup> rencontre de travail	9	12/12/2017	58 min

Tableau 8. : Calendrier des entretiens exploratoires des formateurs.

En tout, 27 formateurs ont été associés aux entretiens exploratoires, un peu moins dans la mesure où les groupes étaient composés d'un noyau de 3 à 4 formateurs communs aux trois rencontres, et d'un ensemble d'autres formateurs « satellites » dont la présence dépendait de leur disponibilité. C'est pourquoi au début de la deuxième et troisième rencontre, une synthèse des éléments des rencontres précédentes était proposée pour homogénéiser les connaissances et les réflexions du groupe et donner l'opportunité aux nouveaux arrivants de participer pleinement aux débats. Chacune de ces rencontres a été enregistrée et a donné lieu à une synthèse intégrant des retranscriptions partielles mettant en évidence les principales thématiques abordées. Deux chercheurs étaient présents à chaque rencontre : l'un pour animer la discussion, c'est-à-dire relancer la parole, recentrer les débats sur des objets visés par le guide d'entretien, pousser à expliciter les implicites, les accords et les désaccords, tandis que l'autre observait, et prenait des notes plus approfondies. Chaque entretien a été suivi d'un temps de mise en commun des expériences des deux chercheurs de leurs notes, et de discussion des contenus des enregistrements préalablement résumés et réécoutés. Les résultats de ces échanges nous ont permis de préciser les questions et de construire un guide pour les futurs entretiens repris dans le tableau 9.

Thèmes	Questions
Connaissance du métier d'ostéopathe	« Qu'est ce qui fait un bon professionnel ostéopathe selon vous ? »
Connaissance du métier de formateur	« Quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer dans votre activité d'enseignement ? »
Didactique du métier	« Comment enseignez-vous une technique ostéopathique ? »
Connaissance formation	« Qu'est ce qui est déterminant dans la formation pour un étudiant ? »

Tableau 9. : Exemples de questions ouvertes lors de nos entretiens collectifs

### 1.1.2 Résultats des auto-confrontations collectives des formateurs

Nous avons traité ces entretiens dans le cadre d'une analyse thématique des retranscriptions des entretiens. Malgré la phase exploratoire précédant ces entretiens, le domaine restant largement inexploré, nous avons été obligés de conserver une posture très ouverte quant aux objets des

sujets évoqués par le groupe. Ceci explique une première lecture flottante de ces retranscriptions qui restent néanmoins importantes pour nous permettre de décrire le métier de formateur ostéopathe et celui de thérapeute.

#### 1.1.2.1 Un professionnel ostéopathe

Un consensus relativement large a caractérisé les résultats. Un « bon » professionnel, c'est avant tout un ostéopathe qui soulage et soigne ses patients de manière efficace. « *On est avant tout jugé sur nos résultats, si nos patients ne sont pas soulagés ils ne reviennent pas !* » (FO1, annexes p.16 lignes 24). Or, pour atteindre ce niveau de professionnalisme, le groupe souligne l'importance de développer deux types distincts de compétences : d'une part, les compétences techniques reposant sur des savoirs théoriques et des savoirs d'action (Barbier, 1996). D'autre part, les compétences relationnelles, regroupant l'écoute, l'empathie, l'adaptabilité et l'humilité. « *Les patients viennent aussi beaucoup chercher l'écoute qu'ils n'ont peut-être pas ailleurs dans la médecine classique qui ne prend plus le temps d'écouter et de comprendre le patient* » (entretiens exploratoires annexes p.15, FO7, ligne 6).

Cependant, ces compétences révèlent une compétence encore plus fondamentale, une compétence « clé » qui est la compréhension du patient : « *Si on ne trouve pas la bonne zone à traiter, tu pourras faire ce que tu veux comme technique derrière tu ne soulageras pas ton patient !* » (entretiens exploratoires annexes p.15 FO3, ligne 17). Le groupe précise en plus : « *comprendre le patient dans la démarche de concept ostéopathique* » (entretiens exploratoires annexes p.15 FO3, ligne 23). Cette compétence apparaît comme structurante pour l'apprentissage des étudiants car elle requiert, selon eux, et de façon unanime, la maîtrise d'un socle de connaissances fondamentales constitué d'anatomie, de physiologie ainsi que la démarche et le raisonnement ostéopathiques. Reste à savoir pour nous ce que les formateurs entendent par la notion de « concept ostéopathique » et ce que cela implique sur la manière d'interpréter les connaissances. A ce stade, c'est encore mal défini. Si la compétence du thérapeute permet d'approcher ce qui doit être acquis par les étudiants, cela ne nous renseigne pas pour autant sur les compétences de formateur nécessaires à cette acquisition.

#### 1.1.2.2 Le formateur ostéopathe

Aussi, notre groupe a constitué une liste des principales compétences à posséder pour être selon eux un « bon » formateur :

- Être capable de transmettre le goût de la profession et les concepts attenants car il leur a paru difficile de s'investir dans les études et le métier si les étudiants n'en perçoivent pas les enjeux et l'esprit. Ils considèrent comme regrettable que certains étudiants n'aient pas vécu de consultation ostéopathique avant de commencer leurs études (annexes p.254 à p.255).
- Être à l'écoute, c'est-à-dire être capable de percevoir les difficultés, les attentes et les besoins des étudiants pour faciliter et pour soutenir leur implication dans la formation.
- Être capable de rythmer un cours pour conserver l'attention des étudiants. Cette proposition constitue une réaction au fonctionnement de l'école qui consiste à planifier des séances de six heures de cours théoriques et pratiques à la suite alors que cela leur apparaît difficile et non indispensable. Cela fait écho à la capacité de gérer aussi bien la fatigue des étudiants que celle des formateurs.
- Transmettre son expérience afin de favoriser la mise en lien entre théorie et pratique. Ils recommandent à cet effet de partager leur expérience de praticien. Cela a pour bénéfice de renforcer le caractère tangible des enseignements et par là-même l'implication des étudiants.
- Être patient, pour donner toutes les chances de réussite aux étudiants les plus en difficulté, la vitesse de compréhension des gestes et des connaissances restant très variable d'une situation à une autre et d'un individu à un autre.
- Responsabiliser les étudiants et les autonomiser, afin de garantir la sécurité des futurs patients, et de leur permettre d'endosser leur futur rôle de professionnel de santé, et d'améliorer leur proactivité dans la formation.
- Développer une fonction de « gestion » car les formateurs assurent régulièrement des enseignements à plusieurs, ce qui implique une coordination des collègues et de leurs discours souvent très diversifiés résultant d'un manque de formalisation de la discipline. Il s'agit alors de limiter le sentiment de dispersion et de contradiction que peuvent ressentir les étudiants. Cette fonction prend également en compte la capacité de gérer son emploi du temps, de gérer ses étudiants, le déroulé des cours et l'organisation des partiels.



À travers cette vision du formateur, nous noterons l'importance de l'ancrage de la discipline et de l'appropriation des concepts qui sont primordiaux dans le métier d'ostéopathe. Comparativement aux autres disciplines de santé, l'adhésion aux concepts s'avère déterminante dans le cadre de la formation et de la pratique professionnelle. Être ostéopathe ne signifie pas seulement être un bon technicien capable de répéter de manière mimétique une gestuelle. Être un bon ostéopathe signifie aussi s'approprier un mode de vie et être en accord avec les principes<sup>40</sup> de la discipline.

Par ailleurs, ces dimensions éthiques et, par certains aspects, globaux sont fortement présentes dans l'intervention d'une grande partie des formateurs qui les considèrent même comme les bases d'un mode de vie à part entière. C'est pourquoi ils considèrent la capacité de faire émerger cette perception chez les étudiants comme importante dans le processus de leur professionnalisation.

Les entretiens mettent en avant le besoin de responsabilisation et d'autonomisation des étudiants. Cette notion de responsabilité découle du fait que ceux-ci devront faire face un jour à des corps dont la souffrance, à défaut d'être soignée, devra au moins être soulagée, et surtout ne pas être aggravée. Certaines techniques enseignées pendant le cursus peuvent en effet avoir un effet délétère si elles ne sont pas appliquées correctement. Les professionnels se sentent responsables des éventuels accidents engendrés par les manipulations de leurs anciens étudiants. Ils ont partagé une croyance répandue dans la profession consistant à penser que les accidents lors des consultations proviendraient d'un mauvais enseignement. Cependant, Pierre Luc L'Hermite (2018) montre que les causes d'accident en ostéopathie sont multiples et qu'il serait simpliste de considérer l'enseignement des techniques comme facteur unique. Les causes telles que l'âge du patient, l'anamnèse, les antécédents, etc. sont autant d'éléments qui entrent en jeu comme facteurs de risques.

L'importance de la « gestion » souligne qu'au-delà du fait de donner un cours, un formateur agit en amont et en aval de celui-ci par diverses tâches qui l'obligent à intervenir sur une multitude d'aspects organisationnels et relationnels comme c'est le cas dans tous les métiers de la formation et de l'enseignement. Précisons que selon les participants, un formateur doit savoir maîtriser l'informatique, créer des diaporamas et éventuellement des supports de cours papier,

---

<sup>40</sup> Loi de l'artère, principe d'auto-guérison, de globalité qui sont développés en chapitre 1 page 20

voire numériques (plate-forme d'enseignement). Ils reconnaissent que ces tâches sont peu maîtrisées par les formateurs car elles ne font pas partie des savoir-faire du thérapeute.

En revanche, les formateurs ne ressentent pas d'obligations vis-à-vis du devenir des étudiants. En effet, comme nous l'avons déjà évoqué dans la première partie, la France connaît une saturation de son nombre de praticiens engendrant une difficulté croissante pour les jeunes diplômés. Les formateurs s'interrogeant à propos de leur responsabilité face à ce problème, n'estiment cependant pas qu'il soit de leur ressort.

Leur rôle, selon eux, est avant tout la « fabrication » de bons professionnels. La réussite et l'insertion professionnelle sont en revanche du ressort individuel : « une fois qu'un jeune est installé on ne sera pas derrière lui, il faudra bien qu'il se débrouille tout seul » (entretiens exploratoires, annexes p.16, FO5, ligne 8)

Il semble exister une culture propre à l'ostéopathie, comme le montre l'omniprésence des concepts. Celle-ci nécessite une incorporation et une adhésion lors de la formation initiale. Par ailleurs, ces entretiens ont également mis en avant des éléments de compétence que l'on retrouve pour l'ensemble des formateurs, tous métiers confondus. Ces besoins de compétences pourraient être comblés par l'offre de formation de formateurs existant sur le marché. Bien qu'indispensables, elles ne relèvent pas spécifiquement de la formation à l'ostéopathie.

### 1.1.2.3 Le cadre :

Les formateurs laissent entrevoir des difficultés provenant du manque de cadre de la formation et de la direction. Certains d'entre eux témoignent de situations dans lesquelles ils ont ressenti un manque de soutien de la part de la hiérarchie de l'établissement qui a tendance, selon eux, à trancher en faveur des étudiants lors de désaccords. Les formateurs expliquent cette attitude par un phénomène de clientélisme à l'égard des étudiants, dû au coût des études : « *C'est simple, comme ils paient leur formation, on leur doit tout, et l'administration va toujours dans le sens des étudiants* » (entretiens exploratoires annexes, p.16 FO1, ligne 17). Ce flottement du cadre crée un déséquilibre dans la relation apprenant-formateur. La forme du questionnaire annuel d'évaluation de la qualité, rempli par les étudiants, corrobore ce ressenti. En effet, ce questionnaire se rapproche d'un questionnaire de satisfaction adressé à une clientèle qui ne se fonde que sur le ressenti et le contentement des étudiants vis-à-vis des services de l'école. Les formateurs se trouvent dans une posture de « séduction » face aux étudiants afin d'obtenir une bonne évaluation, qui sera prise en compte lors de l'entretien annuel d'évaluation par la

hiérarchie. Il est à noter que cet entretien influence les évolutions salariales. Certains des participants ont avoué avoir diminué le degré de difficulté des examens, ou avoir abaissé leur niveau d'exigence dans les partiels afin d'être mieux évalués par les étudiants. Ces déclarations nous interrogent sur le rôle des coordinateurs pédagogiques et sur le degré d'autonomie des formateurs concernant leur activité.

#### *1.1.2.4 Pistes d'amélioration proposées par le groupe*

Suite à la mise en débat des différents problèmes résumés dans les points précédents, les formateurs ont formulé une série de propositions d'amélioration de la formation.

Le groupe propose la réinstauration des stages en milieu hospitalier, disparue avec la nouvelle réglementation de la formation. Ce stage avait pourtant pour avantage de confronter les étudiants à la souffrance et à la maladie, de cultiver leur sensibilité et leur empathie à l'égard des patients, de poser les bases d'une prise en charge multidisciplinaire des patients.

Le groupe propose également de réactiver l'enseignement de l'anatomie présente en première année, et tout au long du cursus. À leurs yeux, cette discipline fondamentale dans la pratique ostéopathique a tendance à être oubliée par les étudiants lors de la formation clinique où ils développent leur savoir-faire.

Pour finir, le groupe suggère d'augmenter le volume horaire des disciplines traitant de la relation aux patients et de la connaissance de la douleur, toutes deux jugées insuffisantes en sortie de diplôme, alors qu'elles s'avèrent essentielles dans la pratique du métier.

Les différentes pistes que le groupe a mises en évidence relèvent en grande partie du champ de l'ingénierie de formation en laissant un peu dans l'ombre le facteur formateur. Les conditions de leur activité ont occupé la première place dans leur expression.

#### *1.1.2.5 En synthèse des entretiens exploratoires des formateurs*

Cette première phase de la recherche s'est inscrite dans une perspective exploratoire du métier, de son environnement et de son contexte. Elle nous a permis, dans un premier temps, de mettre en avant la principale compétence d'un ostéopathe du point de vue des formateurs. Cette compétence, qui constitue la finalité de la formation concerne **la compréhension globale du patient** qui prend en compte la dimension physique mais également les dimensions émotionnelles et sociales à partir du prisme interprétatif du concept ostéopathique, sans lesquelles il n'y a pas de soin efficace selon eux.

Par ailleurs, alors que dans notre problématisation initiale, nous évoquions la compétence

comme facteur d'amélioration des formateurs, les entretiens exploratoires ont mis en avant les questions d'ingénierie fortement dépendantes du référentiel formation.

Dans un deuxième temps, il est intéressant de noter que les problématiques des formateurs ostéopathes rejoignent celles des formateurs d'adultes.

La principale compétence pour un ostéopathe, selon notre groupe, est sa capacité à formuler le meilleur diagnostic possible. En effet, toute la consultation dépend de cette première étape. Cependant, il ne s'agit pas de poser un diagnostic global qui prendrait en compte l'ensemble des structures du corps mais d'émettre un diagnostic impliquant la dimension globale de « l'être ». Ainsi, un patient ne se résume pas à une entité physique et biomécanique : il possède une dimension émotionnelle et sociale. C'est sur cette compréhension du patient dans toutes ses dimensions que se fonde le diagnostic ostéopathique. Un patient venant consulter un ostéopathe s'attend à être soigné mais également écouté. L'aspect de la communication lors de la consultation est importante. De plus, l'ostéopathe est soumis à une « forte » obligation de résultats selon nos participants. Ainsi, selon leur propre propos, un patient n'obtenant pas des résultats chez un praticien aura tendance à se détourner de ses services et ne le recommandera pas ce qui est pourtant gage de sa survie. Notre groupe de travail a mis en avant un déséquilibre de la relation entre les apprenants et les formateurs. Les étudiants auraient un sentiment de toute puissance dans la formation, justifiée par le coût de la scolarité. S'ajoute à cela la protection des étudiants par la direction qui, pour sa part, fait face à un objectif de rentabilité.

Les compétences qui se dégagent du formateur en ostéopathie sont semblables à n'importe quel type de formateur : on retrouve l'écoute et l'autonomisation des étudiants. Les unités d'enseignement fondamentales sont l'anatomie, la physiologie, le raisonnement et la démarche ostéopathique. Il est intéressant de soulever la question du devenir des étudiants, qui relève d'un enjeu individuel et qui n'est pas ressenti comme du ressort des formateurs. Ces derniers ont évoqué le niveau de saturation que connaît la discipline en France et les difficultés que les jeunes diplômés ont pour s'installer et vivre de cette profession. Partant comme chercheur de l'idée d'une discipline « multi-pratique », il a été surprenant de pouvoir facilement dégager des résultats consensuels par notre groupe de travail, certes non représentatif de la profession mais qui aurait pu tout de même présenter un éventail large de points de vue. Ces premiers résultats font également place à une réflexion sur le métier qui se dit varié, mais qui l'est peut-être moins qu'il ne le pense et qui manque en tout cas de travaux permettant de mieux le comprendre et le cerner. Afin de donner encore plus de crédibilité à nos résultats et de vérifier nos hypothèses,

un questionnaire a été réalisé suite à ces résultats que nous allons à présent détailler dans la partie suivante.

## 1.2 Résultats des enquêtes par questionnaires

Dans la partie méthodologique, nous avons montré en détail quels étaient les objectifs de chaque outil d'enquête. Dans cette partie, nous aborderons les résultats à travers les objectifs généraux de ces enquêtes. Nous présenterons, dans un premier temps, les résultats de l'enquête des formateurs, puis nous détaillerons celle des étudiants.

### 1.2.1 Questionnaire des formateurs

Notre but premier était de pouvoir confronter les résultats de notre groupe de travail à une grande échelle, celle de notre réseau de six écoles. Notre enquête a été réalisée auprès de six écoles d'ostéopathie réparties sur le territoire avec une population parente d'environ 180 formateurs, nous avons obtenu 76 réponses.

Voici les principales thématiques que nous avons rencontrés :

1. La connaissance des formateurs : il s'agit ici de mieux connaître les formateurs, leur formation, leur âge ainsi que leur implication dans la formation.
2. Les questions relevant de l'ingénierie de la formation.
3. Les pratiques professionnelles des formateurs.
4. Les compétences nécessaires et leur capacité de réflexivité.

Nous avons effectué un traitement thématique et non pas discursif des données recueillies. Notre intérêt s'est porté sur les informations obtenues, c'est-à-dire sur les représentations des enquêtés et non pas sur l'analyse du discours.

#### 1.2.1.1 Choix des hypothèses

L'hypothèse est le point de départ d'une recherche ou d'une enquête. Une hypothèse est souvent fondée sur des pré-connaissances. Des hypothèses sur la formation des formateurs, issues de plusieurs rencontres avec les 3 groupes de travail composés de formateurs, ont été formulées :

1. Hypothèse 1 : les formateurs manqueraient d'expérience et de formation ;

2. Hypothèse 2 : les formateurs qui exercent dans les écoles ne possèderaient pas de bagage pédagogique et didactique leur permettant d'exercer leur métier de façon professionnelle ;
3. Hypothèse 3 : il faudrait un programme de formation spécifique répondant aux attentes des formateurs (organisationnelles, de contenu)
4. Hypothèse 4 : Il faut un référentiel de compétences pour les formateurs ostéopathes en raison de l'absence de celui-ci ;

Notre objectif dans cette analyse de contenu, sera de confronter les informations recueillies avec nos hypothèses de départ, afin de confirmer ou d'infirmer ces dernières.

#### 1.2.1.2 Choix des variables

Les enquêtes ont été divisées selon plusieurs thématiques. Chacune d'elle dispose d'un certain nombre de variables que nous aborderons dans les lignes suivantes à titre d'exemples :

Thèmes	Variables
Informations générales, parcours professionnel	Sexe Age Type de diplôme
Ingénierie de formation	Les méthodes de mises en œuvre
Les pratiques pédagogiques	Les différents outils pédagogiques
Les compétences	Savoir-faire, savoir-être
Nombre de questions	32
Durée moyenne de réponse	"16"20" min

Tableau 10. : Thèmes et variables du questionnaire destiné aux formateurs.

#### 1.2.1.3 Description des données

Dans cette partie, nous analyserons les données recueillies dans une optique analytique. Une approche quantitative sera également adoptée de sorte que les statistiques viendront soutenir l'analyse du contenu. Rappelons que notre enquête a été réalisée auprès de six écoles

d'ostéopathie, soit 180 formateurs. Les catégories thématiques concernent le profil général de l'échantillon de l'enquête (cf. Tableau 11).

Profil des formateurs	
Nombre	76
Âge	25 - 70 ans 74 % ont moins de 40 ans
Sexe	52 hommes 24 femmes

Tableau 11. : Variables descriptives du profil des formateurs

Le nombre de participants à l'enquête est de soixante-seize formateurs ostéopathes. Ils ont été recrutés de manière individuelle par la direction des écoles.

La tranche d'âge varie de 25 à 70 ans ; ces formateurs, majoritairement des hommes, sont tous des professionnels en activité. Concernant l'âge, 74 % ont moins de 40 ans et 38 % moins de 32 ans. Concernant l'ancienneté professionnelle, 72,4 % d'entre eux ont moins de dix ans de pratique professionnelle, enfin 48,6 % ont moins de cinq ans d'expérience en tant que formateurs. Il était évident que nous ne trouverions pas une longévité importante dans l'expérience professionnelle au vu de l'âge assez jeune des participants.

#### *Origine scolaire des participants :*

En moyenne, 15 formateurs ont répondu sur les six écoles participant à l'enquête. On notera cependant que seuls deux de ces formateurs proviennent de l'école de Bordeaux.

#### *Parcours professionnel :*

Ce thème correspond au parcours professionnel des formateurs, à savoir : leur formation, leur expérience, leur choix de métier, etc.

Devenir formateur s'effectue de deux manières : de manière formelle (formation, certification, etc.) ou par hasard (rencontre avec d'autres formateurs, proposition de poste). Dans notre situation, seuls 15,7 % des participants possèdent un diplôme autre que celui d'ostéopathe (11,8

% possèdent un master, et 3,9 % une licence). Concernant la formation spécifique en pédagogie, 40 % avouent ne posséder aucune formation ; certains ont effectué des recherches de manière autodidacte en lisant des ouvrages sur la pédagogie ou en participant à des formations non diplômantes.

***Implication :***

Il était important pour nous de déterminer l'implication des formateurs et d'estimer le volume horaire moyen d'un formateur. Ainsi, 81,6 % ont une activité d'enseignement d'au minimum 100 heures de cours ; 35,5 % ont une activité d'enseignement de plus de 300 heures.

***Motivation :***

Pour déterminer ce qui pousse un ostéopathe à devenir formateur nous avons posé une question spécifique. En premier choix, pour 86,8 % d'entre eux, il s'agit avant tout de l'intérêt porté à la transmission de l'ostéopathie. Pour le deuxième choix, il s'agit, pour 43,4 % d'entre eux, de diversifier leur activité et pour 39,5 % de rencontrer d'autres professionnels et de travailler en équipe.

***Les compétences d'un professionnel ostéopathe :***

Pour la question 10 portant sur les compétences professionnelles, il a été ici question de déterminer les compétences d'un professionnel. Pour 55,3 %, il est avant tout question d'améliorer l'état d'un patient. Pour 43,4 %, il est important d'analyser et de faire évoluer sa pratique. Enfin, 36,8 % pensent à l'importance du diagnostic d'opportunité. La question 11 demandait de classer par degré d'importance différentes compétences. On obtient ainsi, pour les deux premières places, le fait d'obtenir des résultats et la relation avec le patient. Concernant la question 13, une très grande majorité, soit 87,8 % des formateurs, valide le fait que la compréhension du patient semble l'étape la plus importante de la consultation en ostéopathie.

***Les qualités d'un étudiant :***

Cette question a pour but de déterminer la représentation d'un étudiant pour les formateurs. Les résultats montrent une très grande hétérogénéité. Ainsi, on retrouve l'esprit critique, le fait d'être curieux et de rechercher l'information, de comprendre la philosophie de l'ostéopathie. Dans cette question, l'un des résultats se détache par un faible pourcentage, c'est celui qui consiste à être à l'écoute de son corps. C'est là un résultat qui peut paraître surprenant dans une formation où la place du corps est un élément central.



*Vision, rôle de la formation :*

Pour 44 % des formateurs, le rôle d'un formateur est de former des étudiants qui respectent la législation ; 26,7 % perçoivent leur rôle comme celui d'accompagnateur. Enfin 22,7 % estiment qu'ils sont là pour transmettre les principes de la philosophie ostéopathique. Le rôle des écoles d'ostéopathie est, selon 31,6 %, de former des techniciens ostéopathes. Par contre, pour 39,5 % d'entre eux, il s'agit de promouvoir le concept d'ostéopathie.

*Les compétences d'un formateur, encadrement :*

Dans cette question, trois réponses se détachent, à savoir : repérer les difficultés de compréhension, susciter l'intérêt pour la matière et actualiser ses connaissances. Dans la question 25, nous avons voulu déterminer quelles sont les personnes qui, aux yeux des formateurs, leur apparaissent les plus pertinentes pour les accompagner en pédagogie. Il s'agit en première position des pairs/collègues, suivis des coordinateurs pédagogiques. Concernant la professionnalisation du métier de formateur, 71 % estiment être d'accord ou plutôt d'accord sur son importance dans les années à venir. Enfin, sur la question d'une éventuelle remise à plat des pratiques pédagogiques, le résultat montre que 87 % sont en accord ou plutôt d'accord avec la nécessité d'agir pour un renouveau et une mise à plat des pratiques pédagogiques.

*Réflexivité :*

Concernant les échanges sur leur pratique, les formateurs confirment qu'elle se passe avant tout de manière informelle, par exemple lors des pauses. Il est à noter en deuxième position les échanges dans un cercle privé en dehors de l'école. Dans la question 29, il était demandé aux formateurs de s'autoévaluer dans la pédagogie, l'anatomie, la recherche. Si, concernant les deux premières disciplines, ils s'estiment à plus de 80 % comme étant bons ou excellents, en matière de recherche ils se jugent à 68 % insuffisants ou passables.

*Formation :*

Le type de formation privilégiée pour améliorer leur pratique de formateur apparaît être le D.U. diplôme d'université, puis viennent des formations en interne et enfin des formations de type master. Dans la question 27, la solution proposée pour former un collègue est à 53,9 % la possibilité d'être en doublon avec un collègue lors des premières séances. Les éléments de formation qu'ils voudraient acquérir sont les techniques pédagogiques et les techniques de communication.

*Ingénierie de formation :*

L'Unité d'enseignement la plus importante dans le cursus est, de manière relativement unanime, l'anatomie. Les U.E. qui posent le plus de difficultés semblent avant tout provenir des sciences fondamentales. On retrouve ainsi : la biologie cellulaire, la biochimie, l'histologie.

*Résultats des questions ouvertes :*

Pour analyser les questions ouvertes nous avons procédé à une mise à plat des réponses en les classant par similitude puis, suite à ce premier classement une classification thématique a pu être obtenue. Pour effectuer ce travail, nous avons eu à notre disposition les outils du logiciel Sphinx dé clic qui nous a permis de faire un travail de reconnaissance par « mots clés ». C'est grâce à cela que le questionnaire a été conçu et diffusé.

*Thèmes des questions ouvertes :*

1. **Thème d'ordre institutionnel et matériel** : des difficultés ont été mises en avant concernant la gestion des heures de cours. En effet, les formateurs doivent effectuer des volumes de six heures d'enseignement consécutives. Cela représente un nombre d'heures relativement conséquent. Un autre aspect qui semble se dégager est le manque de soutien de la hiérarchie. Face à des difficultés avec les étudiants, les formateurs mettent en avant l'aspect clientéliste de la formation et le besoin de satisfaction des étudiants qu'ils doivent combler.
2. **Thème étudiant** : les formateurs parlent d'« immaturité » des étudiants ; ils font ressortir le manque d'implication dans la formation et le manque d'intérêt pour certaines U.E. et pour la discipline elle-même.
3. **Thème unité d'enseignement** : les principales difficultés proviennent du manque de communication entre les formateurs lorsque ceux-ci interviennent, par exemple, à plusieurs en cours. Les formateurs ont des difficultés, à savoir ce qui est enseigné en amont ou en aval de leur discipline. Certains pointent du doigt des volumes horaires insuffisants pour leur discipline.

*1.2.1.4 Interprétation, analyse des résultats du questionnaire des formateurs*

*L'activité professionnelle multiple*

Rappelons que les formateurs ostéopathes ont la double casquette de formateur et de professionnel, ils exercent donc une double activité. En effet, en plus de leur activité professionnelle, le plus souvent exercée en libéral, ils exercent une activité secondaire de

formateur. Cette activité est dite « secondaire » car, pour la plupart d'entre eux, l'activité libérale reste leur principale source de revenus. De plus, les propos des formateurs montrent qu'ils considèrent leur activité de cabinet comme étant leur activité principale et ceci, pour diverses raisons mais principalement, selon leur propos, parce que c'est cette activité qui les fait vivre. Dès lors, on peut supposer que l'implication ne sera pas identique et à un même niveau pour tous les intervenants. La question que cela soulève : sont-ils davantage ostéopathes que formateurs ou plutôt leur métier d'ostéopathes prend-il le pas sur celui de formateurs ?

L'activité d'enseignement occupe une place importante dans la vie des formateurs puisque 81,6% ont une activité minimum de 100 heures de cours annuels, tandis que 35,5 % ont une activité d'enseignement de plus de 300 heures de cours annuels. On peut comparer cette charge au temps dévolu à l'enseignement pour un enseignant chercheur à temps plein qui doit fournir environ 192 heures annuelles<sup>41</sup>. Nous sommes en présence d'une activité régulière qui implique la création d'un corps professionnel. On n'est plus dans une activité ponctuelle. Au-delà de 300 heures de cours, on ne peut plus dire qu'il s'agit d'une activité secondaire par rapport à une activité libérale. C'est plutôt le cabinet qui devient une activité secondaire. La motivation principale d'un formateur reste la transmission de l'ostéopathie.

Les temps d'intervention sont cependant très variables d'un formateur à l'autre, allant de quelques dizaines d'heures de vacation à plus de 500 heures annuelles. On peut facilement imaginer qu'un formateur chargé de seulement quelques heures de cours n'a pas la même implication qu'un formateur avec plusieurs centaines d'heures. De plus, le travail demandé à un formateur en matière de suivi pédagogique, d'organisation, de gestion des enseignements et d'évaluation ne sera bien sûr pas le même. Sur le terrain, on constate des difficultés consistant à réunir les intervenants pour participer à des réunions pédagogiques ou pour s'impliquer davantage en encadrant des mémoires par exemple.

Bien entendu cette spécificité est également une chance : chacun de ces professionnels a exercé et exerce encore sa profession, il peut donc illustrer par des cas réels, attirer l'attention sur la réalité de la pratique, pointer les difficultés possibles et rendre son cours extrêmement vivant.

---

<sup>41</sup> Le dispositif de la modulation de service, instauré par le décret du 23 avril 2009, concerne les établissements publics bénéficiant des responsabilités et compétences élargies en matière de gestion des ressources humaines. En application du III de l'article 7 du décret du 6 juin 1984 précité, ces obligations statutaires d'enseignement peuvent être modulées pour comporter un nombre d'heures inférieur ou supérieur à 128 heures de cours ou 192 heures de travaux dirigés ou pratiques.

La pratique et la formation peuvent se nourrir l'une de l'autre dans le cas idéal. Mais dans les faits, c'est bien sûr moins évident. C'est un des éléments que nous souhaiterions tester.

### *Le recrutement des formateurs*

Comme cela a déjà été évoqué, pour enseigner dans les écoles, le critère qui a été défini par le ministère de la santé est d'avoir cinq ans d'ancienneté<sup>42</sup> dans la profession d'ostéopathe. On voit que parmi les répondants des 6 écoles, effectivement les formateurs sont triplement jeunes, si l'on peut dire : jeunes en âge (74 % ont moins de 40 ans), plutôt jeunes dans leur pratique professionnelle (72,4 % d'entre eux ont moins de dix ans de métier) et jeunes encore dans leur fonction de formation puisque 48,6 % ont moins de cinq ans d'expérience en tant que formateurs. Pour comparer le niveau de recrutement et d'exigences des formateurs d'autres disciplines telles que les sciences infirmières ou la kinésithérapie, il est demandé, dans leur cas, un diplôme de cadre de santé<sup>43</sup>. Il est également à noter que depuis le 30 octobre 2019, trois nouvelles sections viennent de se créer au sein du Conseil National des Universités (CNU), à savoir la maïeutique, les sciences de la rééducation et de la réadaptation et les sciences infirmières. Ainsi dès la rentrée 2020, les universités que le souhaitent pourront recruter des enseignants-chercheurs qualifiés dans l'une de ces trois disciplines.

### *Besoins de formation des formateurs*

L'expertise professionnelle est considérée à partir de dix ans d'ancienneté. Avec 72 % des formateurs qui sont en dessous de cette limite, il y a un besoin évident d'accompagnement et de formation. À l'inverse, on pourrait se demander pourquoi on ne trouve pas plus de formateurs ostéopathes confirmés dans l'enseignement. S'agit-il d'un problème de temps, d'investissement ? de rémunération ? De désaccord politique et institutionnel consécutif à un trop grand nombre d'écoles ? De plus, notre enquête soulève la question du diplôme car seulement 15 % des formateurs ont un diplôme de type master ou licence. Même si le diplôme ne résout pas à lui seul toutes les problématiques, il permettrait de donner des outils pédagogiques et réflexifs. Cela se confirme avec la question posée sur les contenus d'une éventuelle formation. Celle-ci s'oriente, pour plus de la moitié des participants, sur des techniques pédagogiques. Il y a également une demande sur les techniques de communication

---

<sup>42</sup> Article 20 du référentiel formation.

<sup>43</sup> Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création du diplôme de cadre de santé. Modifié par le décret n°2008-806 du 20 août 2008 publié au J.O. n°195 du 22 août 2008.

ainsi que sur les stratégies d'apprentissage. De plus, il ne semble pas y avoir de formation universitaire car ce n'est pas dans les pratiques ni dans les usages.

Les échanges entre formateurs se font le plus souvent de manière informelle. On sait que les professionnels de la formation se forment davantage dans le cadre d'échanges de pratique et de groupes de discussion. Ne serait-il pas intéressant de favoriser davantage ces échanges dans les écoles ? Les participants à l'enquête estiment également que ce sont les pairs qui leur apparaissent les mieux placés pour les accompagner et évoluer dans la pédagogie. Ils placent en deuxième place les coordinateurs pédagogiques. Cette réponse soulève le rôle et l'importance du coordinateur pédagogique dans l'encadrement des formateurs. Le coordinateur pédagogique possède-t-il une compétence pour encadrer les pratiques des formateurs ?

Leur représentation de leur socle de connaissances semble bonne puisque plus de 80 % s'estiment « bons » voire « excellents » dans des matières importantes telles que la sémiologie et l'anatomie. La difficulté réside dans la recherche puisque 70 % des formateurs estiment avoir un niveau « insuffisant » ou « passable » en matière de recherche et d'encadrement de mémoire. Cela pose la question du niveau de l'encadrement des mémoires et du profil des formateurs. En reprenant la mission des enseignants-chercheurs, cette compétence de recherche semble totalement absente chez les formateurs ostéopathes. Pourtant, cela aurait un impact sur les avancées de la discipline et impliquerait une meilleure reconnaissance scientifique comme nous avons pu le montrer dans le premier chapitre. La reconnaissance d'une formation passe par la reconnaissance du niveau de ses formateurs.

#### *La vision d'un étudiant par les formateurs*

Il n'y a pas de représentation commune d'un étudiant par les formateurs. Il y a différentes visions de ce que doit être un étudiant en ostéopathie. S'il n'y a pas de vision partagée des représentations des compétences des étudiants, cela sous-tend que les formateurs ne sont pas à la recherche des mêmes choses chez un étudiant. Cette réponse demanderait à être mise en lien avec les styles pédagogiques en fonction des représentations et des conceptions que chacun possède. On demande que les étudiants soient « autonomes, curieux et recherchent l'information ». Cela suppose, de la part des formateurs, qu'ils accompagnent les étudiants dans ce processus. On peut se poser légitimement la question de savoir quand, dans un cours, les conditions sont favorables pour faire émerger la curiosité de l'étudiant et comment l'autonomisation des étudiants est mise en place. Les formateurs semblent en attente de ces

compétences de la part d'un étudiant, mais peut-être ne savent-ils pas comment s'y prendre pour justement les favoriser.

### *Le rôle des écoles*

Le principal rôle des écoles d'ostéopathie, selon cette enquête, est de promouvoir le concept ostéopathique et de former des techniciens ostéopathes. Ces éléments de réponse font apparaître la divergence entre les formateurs concernant leur rôle dans la formation et dans la discipline elle-même. Dans la formation, certains privilégient la dimension disciplinaire alors que d'autres privilégient la dimension technique du métier. Il y a ici une césure entre la dimension « philosophique » et « technique » du métier, les deux étant certainement liées. La différence apparaît particulièrement importante étant donné le manque de cadre et la référence quasi systématique aux pères fondateurs que nous avons exposés au début de ce travail. Ainsi se dégage un rôle de survie de la discipline et de prosélytisme, pour reprendre la comparaison de Jean-Marie Gueulette qui la compare à une religion, cela pourrait s'apparenter à une mission de « prêche » de la part de ses pratiquants.

### *La compétence-clé : obtenir des résultats*

Au vu des résultats de l'enquête et de nos hypothèses, nous confirmons les idées initialement émises par notre groupe de travail concernant cette compétence « principale ». Ainsi, le fait d'obtenir des résultats semble constituer une compétence primordiale pour un ostéopathe. L'ostéopathie semble être victime d'une certaine « pression » quant aux résultats. À cette étape, on pourrait se poser légitimement la question de savoir d'où provient cette « pression » du résultat. Est-ce une légitimité nécessaire pour exister face à un modèle biomédical ? Cela demande de spécifier la notion de « résultat » pour un ostéopathe. Les médecins ne semblent pas confrontés à cette même obligation de résultats, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 indiquant qu'un professionnel de santé a une obligation de moyens et non de résultats<sup>44</sup>. Cependant, cette compétence est particulièrement difficile à mettre en œuvre dans la formation. Tous les étudiants en formation peuvent-ils obtenir des résultats dès leur premier traitement ? Se pose la question de la manière dont on peut développer cette compétence, qui apparaît particulièrement

---

<sup>44</sup> L'article L. 1142-1, I du code de la santé publique rappelle qu'en dehors du cas où la responsabilité du médecin serait encourue en raison du défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé ne sont responsables des conséquences dommageables d'acte de prévention, de diagnostic ou de soin qu'en cas de faute. L'obligation de moyen montre qu'un patient ne peut attendre de son médecin un résultat déterminé, sauf avis contraire exprimé par celui-ci, compte tenu de l'aléa que comporte un acte médical.

importante pour les professionnels. Comment se construit cette obligation durant la carrière d'un ostéopathe ? Comment évolue-t-elle ? Comment prend-elle forme dans le vécu des étudiants, des praticiens, des formateurs ?

*L'étape indispensable de la consultation : la compréhension du patient*

Cette idée de « compréhension » du patient est centrale dans la consultation en ostéopathie. Comment soigner le patient si on ne comprend pas sa posture, actualisée dans des gestes professionnels, ses antécédents, sa problématique de compensation, les dimensions psychologiques et émotionnelles de son dysfonctionnement ? Cette étape correspond au diagnostic en médecine allopathique : si un médecin ne fait pas le bon diagnostic, alors le traitement ne sera pas adapté à la problématique initiale. Il en va de même en ostéopathie : si la compréhension du fonctionnement du patient n'est pas atteinte par l'ostéopathe, celui-ci ne traitera pas son patient de la meilleure manière. Que ce soit dans notre groupe de travail ou au travers des résultats de notre enquête, nous observons que plus de 80 % des formateurs en sont convaincus. L'enseignement de la compréhension du patient intervient dès la deuxième année lors de l'observation dans l'UE de raisonnement clinique et de diagnostic ostéopathique.

*Les U.E qui posent le plus de difficultés et qui sont les plus importantes*

Selon les résultats de l'enquête, l'UE recueillant le score de plus grande importance est l'anatomie. En effet, cette discipline apparaît comme la base du cursus en ostéopathie, cette importance étant justifiée à plusieurs niveaux : tout d'abord, pour la compréhension physiologique du patient ; ensuite, pour la compréhension et la localisation des techniques et enfin, pour l'aspect de la sémiologie clinique. L'anatomie est en effet indispensable afin de maîtriser l'examen clinique. Actuellement, l'anatomie est enseignée en début de cursus en 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année.

Les résultats de l'enquête l'UE montrent également qu'elle pose des difficultés en termes d'apprentissage. Les autres disciplines qui posent des difficultés selon les participants sont les sciences fondamentales. Nous pouvons tout à fait lier ces résultats à ceux des examens semestriels qui, dans le domaine des sciences fondamentales, mettent clairement les étudiants en difficulté. Ceux-ci ne semblent pas percevoir la finalité et l'intérêt de la formation dans les sciences fondamentales. Les sciences fondamentales font partie de l'unité 1-Sciences fondamentale du référentiel, on y trouve par exemple la biophysique, la biologie cellulaire, la biochimie. Elles permettent d'acquérir des notions scientifiques de compréhension du fonctionnement du corps humain.

### 1.2.1.5 Synthèse de l'enquête auprès des formateurs

À la lecture des entretiens et des résultats de notre enquête, il apparaît que les formateurs ostéopathes ont, pour la plupart, un rôle relativement passif dans la formation. Ils sont surtout les exécutants d'une réglementation ou d'une fiche de cours. Très peu s'efforcent d'impliquer l'étudiant dans la formation. Le rôle des enseignants est perçu comme un rôle transmissif à travers lequel ils délivrent un message dans le cours sans véritable interaction avec l'étudiant. C'est là une contradiction car l'un des reproches faits aux étudiants par les enseignants est justement le manque d'autonomie. Un autre fait intéressant à soulever concerne les pratiques des formateurs, ils sont assez jeunes et pourtant il n'y a pas de renouvellement dans les modes de transmission des plus anciens. On enseigne comme cela a toujours été fait : cela représente la norme. Houssaye le démontre, les enseignants reproduisent beaucoup plus facilement ce qu'ils ont vécu comme élèves que ce qu'ils ont appris en théorie (2014). Dans l'organisation de l'école, les enseignants sont très peu impliqués. Beaucoup viennent faire leur cours en ne s'investissant pas davantage dans la vie et l'organisation de l'école. Il n'y a pas de rencontre entre enseignants si ce n'est de manière informelle (café, pause). Il n'y a qu'une réunion de rentrée obligatoire dans l'année. Une professionnalisation des enseignants (qui est plébiscitée dans notre enquête) passerait par l'incitation à davantage d'implication de la part des écoles. La double activité des formateurs rend encore plus difficiles les conditions d'exercice de leur métier de formateur car leur disponibilité est rendue plus éparse. Ils se considèrent d'abord comme des professionnels ostéopathes, avant de se considérer comme des formateurs.

L'aspect le plus surprenant concerne l'avenir des étudiants qui ne semble pas être la préoccupation principale des formateurs. Ainsi, selon l'enquête, le devenir des étudiants ne relève pas des responsabilités des formateurs ni de celles des écoles. Pour conclure sur le rôle des enseignants, notons que ceux-ci se considèrent surtout comme des messagers du concept « ostéo » dans la continuité de ce qui leur a été enseigné. Un enseignant possède davantage un rôle de transmetteur de l'ostéopathie que de véritable formateur. Il semble plus important de transmettre la discipline, sous forme de concepts que de professionnaliser les étudiants. Benoit Quinquis dans son article sur la transmission de la philosophie, pouvant être comparée ici à l'ostéopathie dans sa dimension conceptuelle et holistique, indique ceci :



*« Au cours de la transmission d'idées philosophiques, la perte n'est pas inévitable et peut même être évitée pour peu que l'on admette que ce qui est transmis n'est pas un simple contenu à jamais figé mais une réflexion qui se poursuit dans le temps et peut donc faire l'objet d'une multitude d'infléchissements qui sont autant de profits » (Quinquis, 2013)*

Une piste de réflexion pour l'avenir de l'ostéopathie semble provenir de la capacité des pratiquants de cette discipline à admettre qu'on ne transmette pas un contenu qui doit être figé, mais que la transmission de l'ostéopathie repose avant tout sur une réflexion sur la compréhension du corps établie par Still en son temps. Cette réflexion doit cependant évoluer, et potentiellement être en mesure de connaître des inflexions par la profession.

### 1.3 Les entretiens collectifs et les questionnaires des étudiants

Nous avons réalisé cinq groupes d'étudiants selon les cinq années d'études de la formation. En tout 109 étudiants de l'école d'ostéopathie de Strasbourg ont participé aux entretiens exploratoires. Les rencontres ont donné lieu à un enregistrement, ainsi qu'une transcription partielle. Même si nous avons supposé que les difficultés de la première à la cinquième année seraient différentes, il ressort des résultats une grande similitude entre les années. Pour donner une meilleure lisibilité au lecteur, nous avons opté pour une présentation des résultats par thématique sans considérer l'année d'étude (cf. tableau .12).

Année d'étude	Date	Nombre d'étudiants	Durée
1 <sup>ère</sup> année	12/03/2018	23	56 min
2 <sup>ème</sup> année	06/02/2018	56	1 h 17
3 <sup>ème</sup> année	22/02/2018	14	45 min
4 <sup>ème</sup> année	20/03/2018	9	1 h 02
5 <sup>ème</sup> année	7/04/2018	7	1 h 27

Tableau 12. : Calendrier des entretiens exploratoire avec les étudiants par année.

Grâce à l'analyse flottante des entretiens, nous avons dégagé plusieurs thématiques qui ont été reprises dans un questionnaire à destination des étudiants du réseau des six écoles concernées

par l'étude. Les résultats de l'enquête<sup>45</sup> correspondent aux résultats des entretiens. Aussi, nous exposerons une synthèse des résultats de ces deux démarches à travers les dites thématiques : perception des difficultés ; perception du rôle de formateur ; motivation des étudiants ; profil des étudiants ; rapport aux examens et à l'évaluation ; perception des effets du manque de stabilisation du métier.

#### *1.3.1.1 Perception de l'autonomie*

La perception de leur autonomie par les étudiants est très mauvaise. Notre enquête offre plusieurs choix de réponses. Selon les étudiants, l'autonomie est favorisée par l'encouragement de l'école et la connaissance des annales des examens. Les outils d'auto-évaluation, le travail en groupe, le fait d'être plus souvent encouragé à chercher par soi-même ne suscitent qu'un faible intérêt. Les résultats montrent bien que les étudiants possèdent une représentation scolaire des études alors qu'ils sont dans une formation professionnalisante.

#### *1.3.1.2 Perception du rôle de formateur*

Les étudiants se représentent un formateur plutôt comme un professionnel en exercice. Ils ont besoin de cas concrets et d'anecdotes pour enrichir leur formation. Ils n'accordent que peu d'importance au rôle de la recherche. Pour l'instant, on peut faire l'hypothèse qu'ils ne perçoivent pas la dimension du formateur/chercheur, ils ont une préférence pour un formateur qui transmet ce qu'ils ressentent comme la réalité du terrain plus que sur sa capacité à produire de la littérature scientifique. La moitié des étudiants placent en première et deuxième position la compétence de « structuration du cours » et d'« annonce du plan ». Une troisième compétence vient s'ajouter à cela : il s'agit de l'écoute. Au final, nous retrouvons une vision très classique d'un formateur capable de préparer, gérer son cours, être à l'écoute, autant de compétences fondamentales du métier de formateur.

#### *1.3.1.3 Les unités d'enseignement*

Selon les étudiants, les UE les plus importantes sont : l'anatomie du système du musculo-squelettique et la biomécanique. Les UE les plus difficiles concernent les sciences fondamentales telles que l'embryologie, la biologie cellulaire et la biochimie. Les étudiants ne

---

<sup>45</sup> Le nombre de répondant est de 970 sur les environs 3000 élèves du réseau d'écoles français étudiés, soit un peu moins de 30 % de la population parente. Nous pouvons donc dire que la représentativité quantitative de l'échantillon est bonne au regard de la population parente du réseau.

perçoivent pas l'importance de ces matières dans le métier ; ils n'ont pas une vision holistique du patient, la conception qui se dégage étant centrée sur la mécanique.

#### 1.3.1.4 Profil des étudiants

Comme dans la grande majorité des domaines du soin, les cohortes se sont féminisées avec seulement 31 % d'hommes dans le cursus. L'âge moyen est de 22 ans, soit un peu plus que dans le supérieur. Le parcours scolaire antécédent est principalement la PACES<sup>46</sup> et le baccalauréat, avec respectivement 38 et 35 %, et 8 % issus de licence et 5 % de reconversions professionnelles. Les autres types de formation sont très faiblement représentées. Cette donnée a cependant déjà vieilli puisqu'avec la réforme des PACES, ceux-ci ont disparu au profit des bacheliers dans les nouvelles cohortes d'étudiants entrants. La formation d'ostéopathie a semblé, jusqu'ici, être une formation de second choix pour des personnes ayant raté l'entrée en médecine. Cela nous a amené à nous interroger sur la motivation des étudiants. Depuis le début de la recherche, les données semblent déjà obsolètes puisqu'on observe un nombre beaucoup plus important de bacheliers en première année. On constate également des listes d'attentes grandissantes pour intégrer la formation. Il semblerait ainsi que la question de la motivation des étudiants débutant le cursus se pose différemment. Les générations d'étudiants précédentes sont toutefois toujours en études et certains chiffres non officiels indiquent qu'après 5 à 7 ans de diplomation, la moitié d'une promotion n'exerce plus le métier. Plus qu'à la motivation, ce résultat est à corréliser aux difficultés économiques actuelles que connaissent les jeunes diplômés et qui peuvent les amener à changer de métier. Cependant, on peut penser qu'une faible motivation à pratiquer le métier au départ mêlé à des difficultés de pérennisation de l'activité peuvent être des facteurs conjoints de changement d'orientation.

#### 1.3.1.5 Rapport aux examens et à l'évaluation

Lors de nos entretiens collectifs, nous avons découvert le stress que représente le passage des examens de pratique ostéopathique. Il faut noter que le passage de cet examen se fait sur un étudiant-patient devant en général deux formateurs. Les étudiants de la première à la cinquième année de nos entretiens ont fait part de cette très grande difficulté de gestion de cet examen. Le stress perçu par les étudiants concernant leur examen, sur une échelle subjective allant de 1 (absence de stress) à 10 (stress maximum) indique que les étudiants sont davantage stressés par

---

<sup>46</sup> Première Année Commune des Études de Santé

les examens pratiques que théoriques. Selon les répondants, les examens théoriques sont vécus de la même manière que l'épreuve du bac. Cela conforte notre hypothèse selon laquelle ce sont bien les gestes et la pratique qui sont perçus comme le plus dur pour les étudiants. D'où notre intérêt particulier pour l'étude des situations d'enseignement des techniques. En effet, les deux plus grandes valeurs (21 et 24 %) correspondent à une note de 7 et 8, alors qu'aux examens théoriques, aucune note n'atteint les 20 %. Les deux plus importantes (16 et 17 %) correspondent respectivement aux notes 6 et 5 sur 10. On peut également souligner que 65 % des étudiants notent le stress aux examens de pratique au-dessus de 6 sur 10, contre 27 % pour les examens théoriques.

Le motif de ce stress est très largement attribué à la peur de l'échec (42 %). La formation ne permet pas aux étudiants de se sentir confiants durant leurs examens (le sentiment d'efficacité personnelle est faible). Cette peur pourrait également s'expliquer par le coût de l'investissement lié à la formation ou la peur de ne pas accéder au métier idéalement projeté qui plonge les individus dans une situation de doute et d'ignorance concernant leur avenir.

En deuxième position, bien que moitié moindre que la peur de l'échec (18 %), nous notons la peur de tomber sur un enseignant précis qui serait à l'origine de l'échec à l'examen. Cette peur indiquerait la crainte que l'examen ne soit pas objectif. Cela signifie qu'un étudiant sur cinq redoute un effet « examinateur-dépendant » sur leur évaluation. Il y a probablement matière à améliorer les évaluations des examens pratiques par rapport à leurs modalités actuelles.

#### *1.3.1.6 Perception des effets du manque de stabilisation du métier*

92 % des participants au questionnaire perçoivent une différence de conception de l'ostéopathie par rapport à celle présentée par leur formateur. Ils sont également 80 % à penser qu'il y a des difficultés de communication entre les formateurs. Ces résultats confirment la non-stabilisation du métier et les difficultés perçues par les étudiants dans la gestion de cette transmission lors des séquences d'enseignement. Pourtant, même si les étudiants conçoivent et perçoivent qu'il y a une diversité de pratiques, ils estiment que c'est là un élément important pour leur apprentissage. Cette diversité est même perçue comme positive, voire très positive par 70 % des sondés. Lors des entretiens, les étudiants ont indiqué qu'il y avait une « affinité de concept » qui pouvait s'opérer entre certains formateurs et les étudiants. Ainsi, les étudiants n'hésitent pas à se tourner davantage vers des formateurs qui ont un style de pratique qui les stimule davantage. Les étudiants sont également obligés de prendre en compte cette diversité de pratiques dans la gestion des évaluations ; ils indiquent devoir adapter leurs réponses dans les

évaluations en fonction des orientations des pratiques des examinateurs auxquels ils font face. Selon les étudiants, cette diversité de pratiques est plutôt bien comprise, même si elle demande une certaine « gestion » et une « adaptabilité » durant la formation. Preuve en est cette stratégie de réponse durant les examens qui demande d'adapter la réponse aux formateurs auxquels ils doivent faire face. La diversité des pratiques ne mériterait-elle pas d'être mieux gérée par les formateurs plutôt que d'être uniformisée ? Cette diversité de pratiques et sa gestion pendant la formation ne devraient-elles pas devenir une véritable compétence des formateurs ?

#### 1.3.1.7 *Le rapport au corps dans la formation :*

Nous avons évoqué le fait que les étudiants se retrouvent à la fois dans la posture du soignant et dans celle du soigné. Lors de la formation, il est donc demandé à de jeunes adultes qui sont en construction identitaire de leur corps (Marc, 2016), de se mettre en sous-vêtements devant toute une classe afin de jouer le rôle du patient. Cette exposition corporelle n'est pas évidente pour de jeunes adultes et peut-être source d'incompréhension dans la mesure où ils n'ont pas le choix et doivent se plier à cette règle. Cet apprentissage arrive après un curriculum classique chez de jeunes adultes qui sont mis en demeure dans les premières semaines de leur formation de toucher et de manipuler autrui et d'être touchés et manipulés par d'autres en sous-vêtements. Cette spécificité, l'apprentissage des étudiants les uns sur les autres ne va pas de soi. Tout d'abord, l'apprentissage sur soi peut être vécu comme une sorte de « rite initiatique ». Pour pouvoir pratiquer sur les autres il faut se laisser toucher. Les actes ostéopathiques ne provoquent pas de douleur, mais de nombreuses sensations sont sollicitées. Grâce à cette auto-pratique, il est plus facile de ressentir les effets des techniques. Illustrant la citation de Socrate « connais-toi toi-même », le thérapeute a ainsi possibilité d'éprouver lui-même le retour d'un acte, et ne pas s'en tenir au *feedback* du patient. L'étudiant patient peut également ressentir le traitement donné par l'enseignant, cette forme de transmission étant accompagnée d'une description verbalisée. Ainsi, cette double posture de patient/thérapeute est censée être un formidable outil pédagogique dans le travail de perception. Cette forme d'apprentissage utilisée depuis des générations montre l'importance de la notion de ressenti et de perception et la nécessité de l'exercer. Cependant de nombreuses difficultés ont été observées par les formateurs à cet égard et nous en reparlerons dans les résultats.

Après avoir appréhendé la vision de la formation par les étudiants et les formateurs il nous paraît judicieux de présenter deux acteurs qui jouent un rôle prépondérant dans la formation, à savoir le directeur d'un établissement et les coordinateurs pédagogiques.

### 1.3.2 Influence du directeur et des coordinateurs sur l'activité des formateurs<sup>47</sup>

Lors de la première phase de la recherche, nous avons eu des discussions informelles avec l'équipe encadrante de trois écoles du réseau. Ces discussions ont permis de corroborer les hypothèses faites sur le métier de formateur et de thérapeute et d'éviter de construire une vision partielle du fonctionnement des écoles qui aurait été seulement liée à notre expérience. Nous transmettons ici les éléments recueillis sous forme de notes, en nous centrant sur la diversité du rôle, fondamental, du directeur et des coordinateurs dans les écoles.

#### *Le directeur*

Le directeur est avant tout garant du bon fonctionnement administratif des écoles. Depuis les décrets de décembre 2014, il doit être ostéopathe et posséder un diplôme de *management*. Dans l'organisation quotidienne de l'école, il doit souvent s'occuper de l'interface entre les étudiants, les parents et les formateurs. Cette recherche a pu ainsi voir le jour suite aux questions soulevées par les difficultés pédagogiques rencontrées par les formateurs dont l'un des directeurs avait été informé. Comme nous l'avons souligné dans la première partie, le directeur n'a pas d'obligation de formation pédagogique. Ainsi, les tâches d'ingénierie pédagogique et d'ingénierie de formation sont déléguées aux coordinateurs pédagogiques dont le rôle et les fonctions seront détaillés dans la partie suivante.

Le directeur, parmi ses nombreuses missions, doit également s'assurer de la bonne stabilité financière de son établissement, ce qui passe par un recrutement et un taux de remplissage de son école satisfaisants. Tous les ans, il doit organiser et valider le budget auprès d'un directeur administratif et financier ainsi que l'organisation de son école auprès d'un responsable des ressources humaines. À cela s'ajoutent les audits de conformité de la formation tous les six mois (audits internes et externe) pour pouvoir bénéficier d'une inscription au registre France Compétence (ex RNCP<sup>48</sup>), qui est garant de la conformité de la formation.

Il convient de préciser que le directeur est également un professionnel ostéopathe en activité libérale. Sa présence hebdomadaire est donc limitée, celle-ci allant de deux à trois jours. Enfin, il doit participer à de nombreuses réunions avec les cinq autres directeurs d'écoles appartenant au réseau pour décider de la stratégie du groupe en termes de développement et de rayonnement. L'un des directeurs du réseau a expliqué qu'il était parfois difficile de réunir l'ensemble des

---

<sup>47</sup> Afin de garder une anonymisation des données qui peuvent être sensible à ce niveau de responsabilités, l'utilisation de directeur est de coordinateur sera toujours faite au masculin.

<sup>48</sup> Répertoire national des certifications professionnelles

directeurs dans un temps court faute d'une activité multiple (directeur d'établissement et thérapeute). Cette difficulté a un impact sur le temps de réaction et de prise de décision concernant les questions nécessitant des temps de réponse courts.

### *Les coordinateurs pédagogiques*

Les écoles ont une obligation légale d'avoir cinq coordinateurs pédagogiques. Nous observons des modes d'attribution de tâches différents en fonction des écoles. Dans certaines, ils sont responsables d'un groupe d'UE allant de la première à la dernière année : ils s'occupent, par exemple, de l'enseignement de l'ostéopathie ou des matières médicales tout au long du cursus. Ce mode de fonctionnement correspond à une gestion verticale de la formation. Dans d'autres écoles, les coordinateurs se répartissent la responsabilité d'une année, avec une gestion plus horizontale de la formation. Ces deux modes de fonctionnement ont leurs avantages et leurs inconvénients qu'il ne s'agira pas de traiter dans cette recherche. Cependant, la gestion verticale et horizontale accorde la même importance centrale à la formation.

Le profil des coordinateurs pédagogiques est très varié : ils peuvent, par exemple, être ostéopathes, docteurs en physiologie, ou posséder un master en mathématiques. La plupart du temps, cette possibilité de poste est offerte à des formateurs intervenant préalablement dans l'école. Selon les décrets de décembre 2014, aucune obligation de formation en pédagogie et en ingénierie de formation n'est requise pour cette fonction<sup>49</sup>. C'est un apprentissage qui se fait sur le terrain. On exige un diplôme d'ostéopathe avec cinq ans d'ancienneté ou un titre de niveau un, à savoir au minimum un master, peu importe la discipline d'origine. Tout comme le directeur, les coordinateurs peuvent être en même temps des professionnels en activité exerçant leur métier en libéral. Le statut et les jours de présence peuvent varier en fonction des écoles. Cependant, en moyenne, un coordinateur assure une mission de 2,5 jours de présence hebdomadaire auxquels il faut rajouter des heures d'enseignement et/ou d'encadrement de la clinique pédagogique correspondant à un volume d'environ 300 heures annuelles qui dépendent du profil des coordinateurs.

Ils supervisent donc les formateurs en assurant les évaluations et le bon déroulement de l'année scolaire, ainsi que l'évaluation des formateurs par l'intermédiaire de questionnaires. Étant donné l'étendue de ces missions, les coordinateurs sont les véritables garants de la mise en place de l'ingénierie pédagogique dans les écoles. Il semble difficile, comme prérequis, d'exiger qu'ils maîtrisent en totalité leur fonction. Même si l'apprentissage sur le terrain leur a

---

<sup>49</sup> La fiche de poste des coordinateurs pédagogiques est dans les annexes p 455.

permis d'évoluer et d'acquérir des compétences, leur manque de formation est sans doute préjudiciable au bon déroulement de la formation et de la gestion au quotidien. Tout comme pour le directeur, leur fonction, leur rôle et les prérequis attachés à leur métier nécessiteraient une restructuration dans les prochaines années. L'évolution du métier de formateur et la professionnalisation de la formation ne pourront avoir lieu sans prise de conscience du rôle et de l'importance de ceux qui les encadrent. Comment avoir un niveau d'exigence important vis-à-vis des formateurs sans prendre en considération ceux qui les encadrent ? En effet, l'évolution d'une formation passe par l'évolution de tous les acteurs qui y participent.

#### 1.3.2.1 *Synthèse partielle*

Le profil des étudiants ayant tendance à largement se féminiser, une des questions qui se pose est l'influence de ce facteur sur l'enseignement des pratiques professionnelles. Prenant en considération que l'ostéopathie au départ était avant tout pratiquée par des hommes et que certaines techniques peuvent demander de la « force » dans leur mise en application. Les questions d'évaluation devront également sans doute, à l'avenir, constituer un point de développement particulier pour les écoles professionnalisantes. On doit probablement retrouver le problème de la mobilisation de l'expérience professionnelle par l'évaluateur qui peut différer selon l'origine, selon le degré de formalisation du prescrit du métier et selon l'interprétation des référentiels de compétences. Les étudiants perçoivent la richesse du métier et trouvent intéressant d'y être confronté durant leurs études. Ce point va à l'encontre de l'uniformisation actuelle du métier de formateur. Dès lors, la gestion de cette diversité des pratiques ne devrait-elle pas être mieux prise en compte et devenir une réelle compétence des formateurs ? Nous avons également évoqué le rôle central du directeur et des coordinateurs pédagogiques qui sont les véritables garants, actuellement, de l'ingénierie pédagogique et de l'ingénierie de formation. Au regard du développement des écoles concernant les étudiants, les formateurs et l'exigence du public, il devient nécessaire de revaloriser les fonctions d'encadrement en termes de compétences et de présence comme cela est le cas dans d'autres formations.

### 1.3.3 En conclusion de la phase exploratoire et d'enquêtes

Cette phase a réuni des acteurs incontournables de la formation : plus d'une centaine d'étudiants, près d'une trentaine de formateurs, de sept coordinateurs pédagogiques, ainsi que d'un directeur d'établissement dans la phase exploratoire puis au travers des deux enquêtes, de 970 étudiants et 70 formateurs. Grâce à ces différentes méthodologies, nous avons pu recueillir les avis de plus de 1 140 personnes, ce qui donne une véritable valeur quantitative à nos données.



Cette exploration de la formation par la vision des différents acteurs a été effectuée pour nous donner de manière la plus objective possible une vision riche de la formation. Nous rappelons que la formation en ostéopathie n'a, pour le moment, bénéficié d'aucune recherche. C'est la raison pour laquelle nous n'avons pas été en mesure de nous fonder sur des publications. Notre travail a la particularité de devoir mener des recherches sur un terrain vierge en matière de recherche et de devoir formuler des hypothèses personnelles.

Notre phase exploratoire et d'enquête montre une réelle prise de conscience du rôle du formateur, non seulement pour le métier en lui-même mais également pour la formation. Devant l'absence de structuration du métier et la difficulté des organisations syndicales représentatives de la profession à se fédérer, le rôle des écoles devient déterminant dans la construction identitaire du métier. La première étape de cette recherche a permis de montrer le rôle des directeurs et surtout celui des coordinateurs dans la formation et les attentes des formateurs. Tout comme les formateurs, les directeurs et les coordinateurs ne bénéficient d'aucune formation spécifique dans la réglementation actuelle qui a totalement été délaissée par le législateur. Si on s'en réfère aux décrets, une école d'ostéopathie peut exister actuellement sans que ses personnels formateurs et encadrants ne possèdent aucune compétence avérée en pédagogie. La diversité des pratiques et la non-stabilisation du métier rendent la transmission de la discipline difficile. Cependant, même si c'est un frein, c'est également perçu comme une richesse du métier sur laquelle les formateurs et les responsables de la formation vont devoir travailler. La connaissance du milieu de la formation adaptée à la spécificité du métier deviendra rapidement un enjeu majeur de développement des écoles et de la formation.

## 1.4 Analyse de l'activité

Grâce à une meilleure connaissance du métier établie grâce à la phase exploratoire et d'enquête, nous avons été en mesure de cibler la situation spécifique du formateur ostéopathe, à savoir l'enseignement d'une technique de soins manuels. Lors de notre phase exploratoire, nous avons recueilli des représentations, des discours et des perceptions du métier exprimés par les formateurs. Afin d'effectuer une analyse de l'activité des formateurs en ostéopathie, nous allons à présent repérer ce qui est de l'ordre du prescrit de cette activité. On le verra, il s'agit plus exactement, à travers la comparaison de plusieurs référentiels de compétences, d'accéder à la représentation du prescrit qu'en ont différents acteurs de la formation à l'ostéopathie.

Puis, dans un second temps, nous confronterons les compétences identifiées à des traces objectives de l'activité des formateurs tel que le préconise notre cadre théorique. Ne pouvant réaliser cette confrontation sur l'ensemble de l'activité du formateur, nous avons ciblé une situation spécifique du métier encore non étudiée qui correspond à l'enseignement d'une technique de soin manuels.

#### 1.4.1 Explorer les prescriptions pour comprendre ce qui fonde l'action : le référentiel de compétences ostéopathe

Depuis plusieurs années, l'approche pédagogique traditionnelle est fortement remise en cause. Le courant de l'approche pédagogique par compétences tend à s'imposer comme un cadre conceptuel et opérationnel alternatif visant à réfléchir sur l'orientation des programmes de formation des professionnels. Faisant référence à Guba, nous pouvons dire qu'il s'agit bien là d'une authentique rupture qui propose de substituer le paradigme du professionnel compétent à celui du diplômé savant (1990, p.17-27). Cela ne sous-entend pas qu'il faille faire disparaître les diplômes. Le débat concerne l'employabilité et l'efficacité d'un professionnel. Comme le rappelle Rey, il est lié au courant de « dérégulation des rapports entre employés et employeurs dans le monde de l'entreprise » (2014). Il est particulièrement attendu que les institutions de formation puissent vérifier que les professionnels qu'elles diplôment soient effectivement en capacité d'assurer les services attendus d'eux. Cela est particulièrement opportun dans le champ de la santé et de la responsabilité sociale.

##### 1.4.1.1 *L'approche pédagogique par compétences*

Ainsi, après la publication des décrets de 2014, l'ostéopathie a connu un changement de paradigme en s'inscrivant dans une démarche par compétences. Cependant, cette approche a des limites, surtout dans les métiers de l'humain où il y a une part d'activité immatérielle et invisible (Dejours, 2001). Conséquemment à ces réformes visant à formuler une approche par compétences, le référentiel est devenu un outil incontournable des formations supérieures. De manière plus factuelle, il représente « un descriptif global des compétences attendues d'un étudiant à la fin d'une formation ou d'une partie de formation. Il constitue un cadre collectif, une organisation d'un réel partagé par un groupe d'individus concernés par la formation qu'il décrit » (Postiaux, Bouillard, & Romainville, 2010, p.19-16). S'il constitue « un réel partagé par un groupe d'individus », on peut se poser d'emblée la question de la difficulté de se représenter cette dimension partagée du métier dans une discipline telle que l'ostéopathie qui, justement, est sujette à la diversité des pratiques à un manque de cadre. Cela aura

indéniablement des répercussions sur la création d'un référentiel et sur les difficultés qu'il y a à identifier une vision commune du métier. De plus, le positionnement adopté dans la création d'un référentiel n'est pas neutre : comme l'indique Figari (1994), un référentiel est le résultat d'un processus destiné à guider la production des situations d'enseignement et de formation. « Produit d'un processus de référentialisation, celui-ci renvoie, au repérage, à la délimitation d'un ensemble de référents à partir desquels pourront être élaborés des diagnostics, des situations et des dispositifs d'enseignement-apprentissage, de formation et d'évaluation » (Chauvigné & Lenoir, 2010, p. 9). Ainsi nous soulevons la problématique du référentiel comme support à la conception de situation d'apprentissage dans une discipline en construction dans laquelle on trouve une multitude de référentiels. C'est ce que nous montrerons dans la partie suivante. En analysant les référentiels existants serons-nous en mesure de dégager un socle commun ? Un groupe d'experts pourrait-il déceler d'autres compétences ? C'est ce que nous aborderons dans la partie suivante.

#### *1.4.1.2 Une multitude de pratiques, une multitude de référentiels*

Nous trouvons plusieurs référentiels de compétences à destination des ostéopathes. Une majorité a fait l'objet de commandes de la part des organisations syndicales. À ceux déjà existants, vient s'ajouter le référentiel issu des travaux du ministère de la santé, qui reconnaît la profession depuis 2014. Nous avons également évoqué, dans la première partie, une pratique de l'ostéopathie propre à la France. Il nous a également paru important de nous fonder, dans cette analyse de la prescription, sur des référentiels d'autres pays afin d'analyser les éventuelles différences. Nous avons donc comparé les différents référentiels existants avec celui du ministère de la santé qui fait œuvre de référence « légale ». Nous avons ensuite soumis les résultats à un groupe d'experts afin qu'ils valident ou invalident nos résultats.

#### *Comparatif des référentiels :*

Dans un premier temps, nous avons effectué une recherche documentaire sur l'existence des référentiels de l'exercice de la profession d'ostéopathe en France et dans le monde. Nous avons pris connaissance de la documentation répertoriée en vue de nous approprier le vocabulaire et d'analyser la pertinence spécifique de chaque document. Il existe actuellement trois référentiels pour la pratique de l'ostéopathie en France : le référentiel de compétences de l'UFOF ; le référentiel de l'ostéopathie, Unité pour l'ostéopathie ; le référentiel de compétences du S.N.E.S.O. À cela nous avons rajouté deux autres référentiels de deux pays francophones, à

savoir ceux de la Suisse et du Canada qui possèdent une réglementation identique à ceux de la France.

Liste des cinq référentiels à notre disposition :

1. Le référentiel de compétences de l'U.F.O.F.
2. Le référentiel de l'ostéopathie, Unité pour l'ostéopathie.
3. Le référentiel de compétences des ostéopathes suisses.
4. Le référentiel de compétences des ostéopathes du Canada.
5. Le référentiel de compétences du S.N.E.S.O

Nous avons synthétisé les éléments de construction de ces différents référentiels à partir des informations qui étaient à notre disposition. Il est cependant intéressant de noter la participation, pour la création de deux d'entre eux, de Jacques Tardif et Guy Le Boterf tous deux spécialistes reconnus de la démarche de l'approche par compétences, afin d'asseoir la crédibilité de ces documents.

*Le référentiel de compétences de l'UFOF :*

L'UFOF est la principale organisation syndicale des ostéopathes en France. C'est elle qui regroupe le plus d'adhérents. Elle existe depuis 1987 et milite en faveur d'une ostéopathie de 1<sup>ère</sup> intention avec un haut niveau de formation. Le référentiel de L'UFOF a été élaboré en collaboration avec Guy Le Boterf. Les principes directeurs de cette méthode ont été les suivants : définir un métier comme un ensemble évolutif de situations professionnelles à gérer et un corpus associé de ressources (connaissances, savoir-faire, méthodes de raisonnements, etc.), considérer qu'un praticien compétent non seulement possède des compétences mais sait aussi agir avec pertinence dans des familles de situations professionnelles, appelées « situations types ». De plus, ce référentiel a la particularité d'avoir pris en compte les patients : il a donc été soumis au regard critique de l'association « aujourd'hui santé ostéopathie »<sup>50</sup>.

---

<sup>50</sup> <http://www.asosteopathie.com>

*Le référentiel de l'ostéopathe, Unité pour l'ostéopathie*

L'UPO est constitué de syndicats et d'associations socio-professionnelles représentant des organisations socio-professionnelles (CNO, ROF, SNOS, SNESO, etc.). La construction de ce référentiel s'est opérée par synthèse des référentiels existants pour la partie compétences et formation. Les compétences se déclinent ensuite en « situations professionnelles », elles-mêmes déclinées en « modalités de réalisation ». Le référentiel de l'UPO est issu d'un premier travail d'analyse des référentiels existants.

*Le référentiel suisse de compétences des ostéopathes*

Afin d'analyser les éventuelles différences et similitudes par rapport au métier tel qu'il est exercé dans d'autres pays, nous avons choisi la Suisse. Le référentiel de compétences a été construit par la KFH, lors d'un rapport commandé par les institutions suisses : « compétences finales pour les professions de la santé HES : rapport final 2009 ». L'ostéopathie y est reconnue de manière universitaire et s'inscrit dans Bachelor of Science HES-SO en Ostéopathie.

*Le référentiel de compétences des ostéopathes du Canada*

Nous ne possédons que très peu d'informations quant à la réalisation de ce référentiel, si ce n'est une demande du ministère de la santé canadien concernant son élaboration. L'ostéopathie est reconnue au Canada de manières différentes, en fonction des provinces.

*Le référentiel de compétences du SESO par Jaques Tardif*

C'est à la demande du SNESO, Syndicat National de l'Enseignement Supérieur en Ostéopathie que cet ouvrage a vu le jour. Le SNESO est un regroupement de plusieurs écoles d'ostéopathie en France (COP, ITO, CIDO). Pour la construction de ce référentiel sous la direction de Jacques Tardif, il y eu plusieurs réunions et la constitution d'un groupe de travail. On y trouve aussi bien des membres du ROF, SFDO que les représentants des différentes écoles. Ce référentiel met en lien activité professionnelle et formation.

*Le référentiel du ministère de la santé*

Le référentiel du ministère a été élaboré par plusieurs groupes de travaux représentant la profession en amont du processus de reconnaissance de 2014. Il détermine six activités principales sur lesquelles nous nous sommes fondés pour identifier et classer les activités des différents référentiels. Les six principales activités sont les suivantes :

1. Accueil et information de la personne

2. Recueil d'informations nécessaires à l'élaboration du projet d'intervention de l'ostéopathe
3. Intervention ostéopathique
4. Organisation des activités et gestion de l'information
5. Gestion d'un cabinet
6. Veille professionnelle et formation continue

#### Synthèse des différents référentiels

Afin de soumettre à notre groupe de travail une synthèse plus claire, nous avons conçu une *mind map*, c'est-à-dire une carte conceptuelle ou carte heuristique, que nous avons projetée à notre groupe. Cet outil permet une meilleure représentation visuelle des compétences.

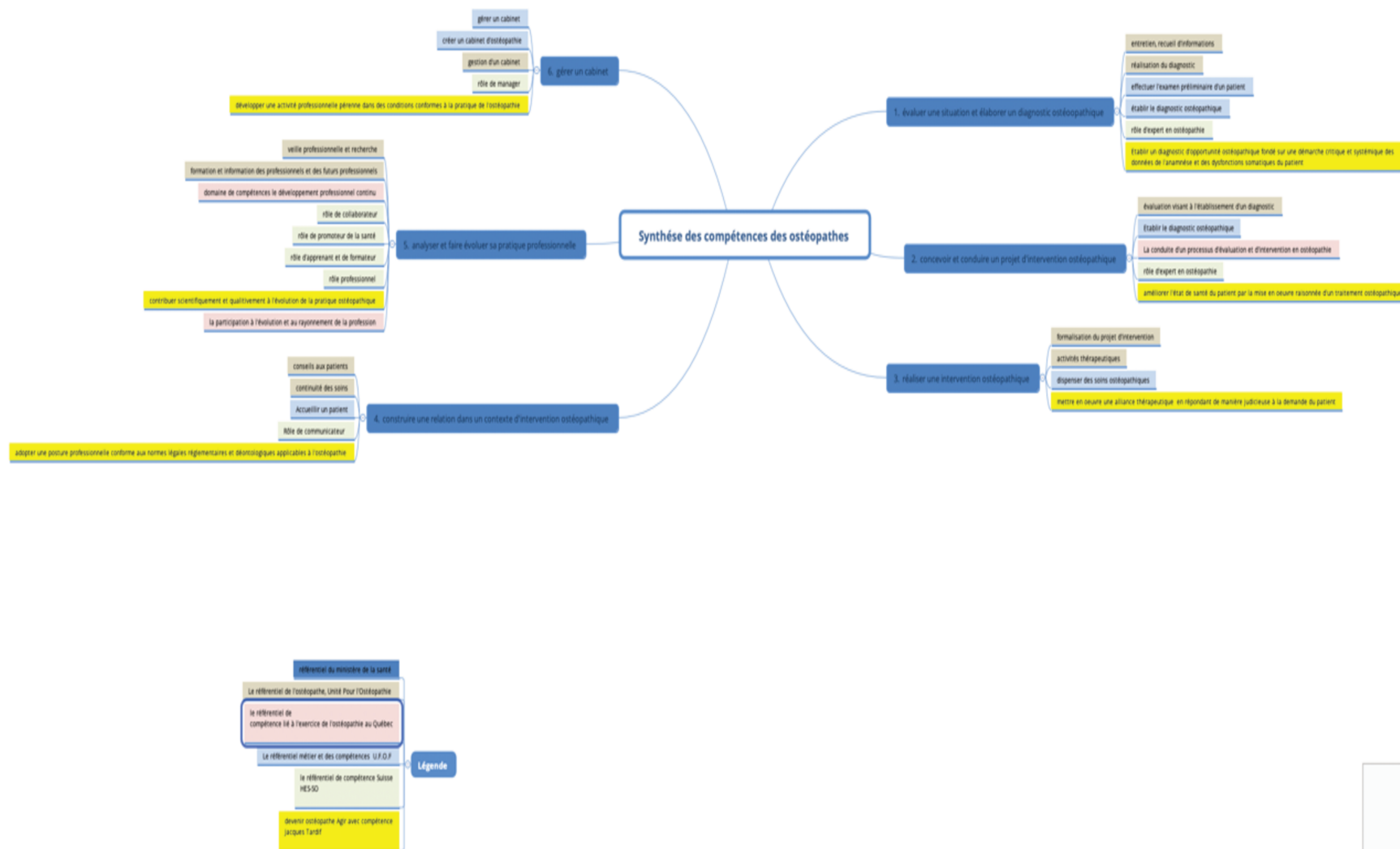


Figure 5. : mind map représentant la superposition des six compétences du ministère de la santé avec les différents référentiels existants

*Methodologie d'analyse des référentiels :*

Les différents référentiels ont été choisis en fonction de la méthodologie ; nous avons gardé ceux qui expliquent clairement le détail de la construction du document.

- Extraire les compétences « clés » des référentiels en les superposant et en gardant la forme d'origine.
- Faire une synthèse de ces différentes compétences à partir des compétences définies par le ministère de la santé.
- Nous avons également fait une recherche sur les auteurs et leurs qualifications, en donnant de l'importance aux auteurs ayant une expertise dans le domaine.
- Faire ressortir les mots-clés des différents référentiels.
- Faire le traitement et l'analyse des données disponibles dans la documentation pertinente pour le projet, à l'aide de la technique de la synthèse analytique de textes, de même que des données recueillies lors des réunions, à l'aide de la technique de l'analyse thématique de contenu, de manière à saisir toutes les éventuelles nuances et les particularités de l'exercice de la profession et, ainsi, à s'assurer d'élaborer un référentiel de compétences correspondant à la réalité de l'exercice de la profession et à son évolution.
- Classification des différents référentiels en fonction des points de divergences, de convergences et de la posture des auteurs.
- Regroupement, dans un document de synthèse, des principales compétences, en préparant un répertoire de verbes d'action.
- Constitution d'un groupe de travail composé de professionnels : soumission et discussion à la suite du premier recueil. Proposition de complément et/ou modification du document proposé. Cette confrontation des données aux professionnels permettra d'approfondir la connaissance de l'exercice de la profession et d'obtenir une description fine et complète de la réalité de la pratique professionnelle en ostéopathie qui soit plus proche de celle du cabinet.
  
- Validation du référentiel par les experts

*Résultats du croisement des référentiels*

Nous avons, pour chaque référentiel, analysé sa construction et la vision des auteurs, puis mis en avant les points de convergence et de divergence avec le référentiel ministériel. Nous détaillons nos résultats dans la partie suivante.



*Analyse des résultats par un groupe d'experts lors de la phase exploratoire*

Nous avons présenté nos résultats à un groupe d'experts lors de notre démarche exploratoire. Cette rencontre a eu lieu le 21 novembre 2017. Il y avait sept experts présents et deux chercheurs. Nous avons, dans un premier temps, présenté de manière individuelle les six référentiels afin de déterminer si l'un d'entre eux était plus parlant en termes de description de l'activité. Il s'avère que le référentiel de Jacques Tardif se dégage par la justesse des termes choisis.

Les principaux éléments qui en ressortent sont de l'ordre des **compétences humaines**. On retrouve ainsi des qualités telles que l'écoute, l'empathie, l'humilité et le fait d'être pédagogue. Les compétences techniques de l'ordre du savoir sont également mises en avant. Pour finir, un aspect non négligeable est celui **des résultats et de la réussite du traitement**. L'obligation de résultat semble déterminante pour notre groupe d'experts. Cependant, celle-ci n'est présente dans aucun des six référentiels à notre disposition. Selon nos experts, c'est l'obtention d'un résultat qui détermine et valide la compétence d'un professionnel. De plus, sans résultats il n'est pas possible de développer une patientèle : c'est là une condition *sine qua non* à la réussite, à la reconnaissance et au développement professionnel.

La compétence-clé qui en ressort et qui fait l'unanimité au niveau de notre groupe de travail est la compréhension du patient dans le concept ostéopathique. Pour notre groupe de travail, **la compréhension du patient** est l'étape indispensable d'une consultation ostéopathique. Les membres du groupe estiment que c'est à partir de cette étape que va découler l'ensemble de la consultation. De plus, il est intéressant de souligner que cette compréhension se fait à un niveau physique, postural, mais également à un niveau psychique et émotionnel. C'est cette étape qui va guider l'ensemble de la consultation, aussi bien au niveau des zones à traiter que des techniques à utiliser. Ainsi, pour reprendre les propos de nos experts, si on ne trouve pas la bonne zone à traiter, le traitement sera inutile.

Les autres résultats sont les suivants : la discussion sur l'utilisation de la terminologie de diagnostic a fait débat. Le mot « diagnostic », souvent utilisé dans les référentiels, fait plutôt référence à une vision médicale du patient qu'à une vision ostéopathique. À travers la compétence-clé définie par notre groupe de travail, nous avons pu déterminer les unités d'enseignements dans lesquelles nous trouvons l'enseignement de la compréhension du patient. Il s'agit de l'unité 4.3 « Le raisonnement et la démarche clinique » et l'unité 7.1 « évaluer une situation et élaborer un diagnostic ostéopathique ». L'anatomie et la sémiologie participent

également à la compréhension du patient ; il s'agira dans notre enquête de vérifier ces résultats à une plus grande échelle.

#### 1.4.1.3 *La prescription du métier de formateur*

Il nous a paru intéressant de revenir sur les travaux existant définissant le métier de formateur et de nous intéresser aux compétences communes, de base, de n'importe quel formateur, sans prendre en compte une quelconque spécificité de discipline.

Il existe actuellement un seul référentiel de compétences professionnelles du formateur. Celui-ci est inscrit au Bulletin officiel n°30 du 23 juillet 2015. Sa réalisation s'appuie sur les travaux d'une Université d'été<sup>51</sup> ayant eu lieu en 2013 : « former les formateurs ».

Ce référentiel exprimé en termes très généraux, dégage quatre grands domaines de compétences du formateur :

- 1. Penser – Concevoir – Élaborer
- 2. Mettre en œuvre – Animer
- 3. Accompagner l'individu et le collectif
- 4. Observer – Analyser – Évaluer

Ces différents éléments donnent au formateur un rôle déterminant dans l'organisation et la gestion de son environnement de travail. Il doit avoir la capacité de s'adapter aux situations qu'il rencontre. L'accompagnement des étudiants ne se fait pas uniquement à un niveau collectif mais prend également en compte l'individualité. Enfin, le formateur doit avoir une compétence réflexive sur son activité. Ces compétences sont « classiques » pour tous les formateurs évoluant dans un cadre de la formation et constituent donc un socle de compétences de base pour nos formateurs.

#### 1.4.1.4 *Synthèse du travail sur les référentiels de compétences*

Comme le souligne Rey (2010), il existe actuellement une prolifération de référentiels, ce qui correspond, selon lui, à la multiplication des intervenants qui accompagnent ce passage d'un champ de pratique à un autre. L'auteur nous rappelle l'ambiguïté d'un référentiel : « Il permet de dire ce qu'il y a à faire, sans préciser comment le faire (...) la question du comment s'y

---

<sup>51</sup> Organisé par la DGESCO (Direction Générale de l'Enseignement Scolaire), l'IFE (Institut Français de l'Éducation) et le centre Alain Savary a eu lieu le 3, 4 et 5 juillet 2013 à Lyon

prendre pour parvenir aux résultats n'appartient pas à la rhétorique du référentiel » (p. 4). Cela laisse, dans notre situation, une totale liberté d'interprétation aux formateurs. De plus, une des principales critiques que nous émettrons concernant la création de ces référentiels, c'est qu'ils ne représentent pas l'activité. Dans une démarche de conception d'un référentiel comme dans la démarche de conception d'un dispositif de formation, l'analyse du travail devrait être première (Mayen & Olry, 2012). Cela n'a pas été le cas dans la fabrication de ces différents livrets. Il s'est agi avant tout d'identifier et de caractériser les compétences « clés », « spécifiques » qui ne correspondent pas en totalité à la réalité de l'activité. Notre travail nous a permis d'identifier trois compétences qui n'ont pas été évoquées dans les référentiels et qui sont pourtant fondamentales dans l'activité d'un professionnel, à savoir : établir une relation thérapeute-patient, comprendre le fonctionnement du patient, obtenir des résultats. Il s'agira pour nous de développer ces points dans la suite de notre travail et de vérifier les résultats de notre groupe de travail.

Nous proposons pour aborder la question de l'analyse de l'activité réelle des formateurs, de présenter les résultats obtenus selon les 3 échelles retenues. Ainsi, dans un premier temps, nous exposerons les résultats au niveau « macro » de l'observation d'une série de 14 vidéos utilisées pour déterminer la structure typique d'une séance d'enseignement pratique. Dans la section suivante, nous détaillerons les résultats des analyses permettant d'avoir accès à un niveau intermédiaire de l'activité c'est-à-dire le niveau méso. Dans la dernière section, nous présenterons les résultats du niveau micro qui ont nécessité le recours à la méthodologie des auto-confrontations simples.

#### 1.4.2 Le niveau macro : la question des obstacles à l'activité

Lors de la mise en place des différentes méthodologies concernant l'analyse de l'activité<sup>52</sup> des éléments issus des vidéos et des débats entre professionnels ont permis essentiellement de révéler le fonctionnement à l'échelle macroscopique de l'activité du formateur. Cette échelle comprend deux sous-ensembles. Le premier fait écho à la question initiale des dimensions socio-économiques de la branche professionnelle, tandis que le deuxième sous-ensemble concerne l'échelle organisationnelle des écoles, contexte de l'activité des formateurs. Les résultats de nos méthodes seront regroupés suite à l'émergence de grands thèmes donnant une

---

<sup>52</sup> Il s'agit de l'observation vidéo, des Auto-confrontations collective, et de l'auto-confrontation simple + explicitation

plus grande lisibilité au lecteur. Nous avons préféré cette restitution des résultats plutôt qu'une présentation par méthodes. Nous pensons que la récurrence de certains résultats après l'utilisation de plusieurs méthodes consolide la valeur du résultat. Les résultats des niveaux macro et méso sont cependant fortement interreliés, néanmoins dans un souci de clarté de l'exposé, nous détaillerons d'abord dans ce qui suit les thématiques récurrentes et approfondies issues des débats lors des journées d'hétéro-confrontation collective, puis nous aborderons le niveau méso issu de l'analyse des vidéos de séances de formation proprement dites. En effet ces journées ont été les premières occasions, pour les formateurs réunis, d'aborder l'activité de formateurs qu'ils partagent au quotidien. Dans ce niveau macro sont apparus majoritairement les empêchements à agir (Séraphin, 2016) rencontrés par les formateurs. Dans une certaine mesure, les débats ouverts sur les obstacles, les freins, les empêchements ressentis ont été les préalables indispensables pour accéder ensuite aux autres niveaux de l'activité.

#### 1.4.2.1 *Le cadre*

Dans cette première partie, on observe que le manque de stabilité se voit confirmé par nos investigations. Nous détaillerons l'influence de ce manque de cadre sur le métier lui-même, puis nous en observerons ses conséquences et l'impact sur la formation. Celle-ci a dû, en effet, être adaptée et suivre un modèle propre répondant aux besoins de l'ostéopathie. Comme nous l'avons démontré dans notre partie précédente, les écoles n'ont pas un simple rôle de transmission, elles servent également à stabiliser le métier et la discipline au niveau national, en jouant un rôle socio-politique.

##### 1.4.2.1.1 *Cadre socio-professionnel du métier*

Nos entretiens de confrontation collective mettent un accent tout particulier sur le manque de cadre et de stabilisation du métier qui ont un impact sur la formation. La clinique de l'activité propose la distinction entre genre et style qui semble tout particulièrement adaptée et convenir à la situation de l'ostéopathie (Clot & Faïta, 2000). Le genre professionnel peut être défini comme une mémoire de « mises en actes », de « mises en mots », mais également de conceptualisations pragmatiques (Sammurçay & Pastré, 1995). « Elles ont le caractère d'un prémédité social en mouvement qui ne relève pas de la prescription officielle mais qui la traduit, la « rafraîchit » et, si nécessaire, la contourne » (Clot, 2000, p.11). Le genre sous-entend en quelque sorte l'activité, ce que les professionnels d'un milieu donné connaissent et voient. C'est pourquoi il ne requiert pas forcément de formulations écrites ou verbales : on pourrait parler également d'organisation « tacite » de l'activité. Pour définir le genre, Clot

évoque « l'âme sociale » de l'activité (2000, p.11). Le style, quant à lui, participe à la conception du genre auquel il fournit son allure. Les styles sont le re-travail du genre en situations (Clot & Faïta, 2000, p.15). Le métier d'ostéopathe semble impliquer une multitude de styles, bien qu'au final il corresponde à un seul genre. Cela signifie que chacun des ostéopathes choisit une succession de techniques qui lui conviennent mieux, tout en s'inscrivant dans le modèle générique de la consultation ostéopathique ; ils interprètent et se réapproprient les codes du genre, sans le trahir. Les professionnels acceptent cette conception du métier qui offre à chacun la possibilité de travailler comme il le souhaite en s'appropriant la discipline à sa guise. Cependant, la base du travail resterait parfaitement la même pour tous les professionnels. L'expression souvent entendue selon laquelle « *il y a autant d'ostéopathes que d'ostéopathie* » est une facilité de langage qui ne semble pas reposer sur un fondement réel. Il y a, d'un côté une pratique qui consiste à exercer le métier d'ostéopathe et de l'autre, des styles de pratiques. Concevoir la diversité des pratiques ostéopathiques sous cet angle permettrait aux ostéopathes de se reconnaître dans un ensemble cohérent et de renforcer une identité hésitante.

#### 1.4.2.1.2 Organisation : le modèle de la politique de formation de l'ostéopathie

La formation de l'ostéopathie relève actuellement uniquement du secteur privé qui se partage un marché de « la formation en ostéopathie »<sup>53</sup>. Il n'existe pas de formation « publique » offrant la possibilité à des bacheliers de devenir ostéopathes. La conséquence pour les étudiants de cette privatisation de la formation est avant tout économique. Ceux-ci doivent ainsi payer environ 40 000 euros pour la formation. Le coût des études semble avoir une influence directe sur la culture des écoles, leur fonctionnement, les représentations, et les comportements, comme le montrent nos enquêtes qui mettent en avant les problèmes relationnels entre étudiants et formateurs, formateurs et école, étudiants et école. Notre recherche met en avant une attente de prestation de service de la part des étudiants, les formateurs n'hésitant pas à parler de « clientélisme » pour désigner ce phénomène.

Les formateurs indiquent se sentir dans une relation pédagogique déséquilibrée face aux étudiants. Selon eux, l'administration des écoles va dans le sens d'une satisfaction des « clients-étudiants ». Il apparaît important, selon les formateurs, de rétablir un cadre plus équitable de relation sans contrainte de justification avec davantage de prise en compte des décisions pédagogiques.

---

<sup>53</sup> Nous avons évoqué dans le premier chapitre, l'intérêt dans ce domaine pour des groupes d'investisseurs, et la forte concurrence qu'il y règne, obligeant les écoles à se différencier par la qualité de la formation à générer leurs propres évaluations au travers des audits qualité et à créer leurs propres normes.

Si nous reprenons les fondements du triangle pédagogique (Houssaye, 1998) entre les savoirs, l'apprenant, et l'enseignant, il doit y avoir un équilibre. Ce triangle permet d'établir les bases d'une bonne relation pédagogique en formation professionnelle. Si les attentes, les demandes envers les uns et les autres sont asymétriques, cela aura directement un impact sur les savoirs et la transmission des savoirs. Les auto-confrontations collectives ont ainsi identifié des formateurs qui avouent modifier les modalités d'évaluation pour ne pas être confrontés à la justification ultérieure qui peut en découler. Cela peut aller, dans certains cas, jusqu'à la remise en question des évaluations par l'administration de l'école. Les formateurs ont également remis en cause le système d'évaluation auxquels ils étaient soumis. Nous reprenons, dans le tableau 13, quelques éléments du questionnaire qui permettent de mettre en lumière son caractère évaluatif. Il est avant tout fondé sur la perception et le ressenti individuel. L'ensemble du questionnaire se trouve dans les annexes p.13.

<i>Exemples de questions soumis aux étudiants</i>
L'enseignant à t-il répondu à toutes vos questions ?
L'enseignant était-il disponible ?

*Tableau 13. : Exemples de questions actuellement utilisées dans le questionnaire d'évaluation des formateurs*

Ces questions relèvent d'une interprétation et d'un jugement individuel. Les réponses à ces questions ne permettent pas d'évaluer la pertinence d'une pratique pédagogique mais plutôt centrée sur la personne du formateur. L'orientation de ces questions renforce la posture de consommateur dans laquelle sont placés les étudiants, un point qui est confirmé par la direction de l'établissement, sans qu'elle ait pris toute la mesure des conséquences de ce type de questionnaire probablement.

Les études tendent à démontrer qu'une telle démarche d'évaluation n'est pas synonyme d'amélioration des pratiques pédagogiques et de la qualité de l'enseignement (Postiaux & Salcin, 2009 ; Desjardins & Bernard, 2002 ; Rege Colet, 2009). L'enseignement ne se résume pas à l'acte d'enseigner en salle de classe en présence des étudiants. Il s'agit d'évaluer quelque chose de beaucoup plus vaste (Bernard & al., 2000 ; Romainville, 2009). Enfin, les étudiants, dans ce type d'évaluation, sont davantage en mesure d'évaluer leur propre expérience d'apprentissage (Coggi & Maccario, 2009).

L'évaluation d'une formation doit être avant tout réalisée dans un but de développement des

compétences et permettre de favoriser une pratique réflexive (Schön, 1983). Cette évaluation ne doit pas être fondée uniquement sur un retour des étudiants, mais inclure des collègues, des acteurs du monde de l'enseignement, prendre en compte les résultats des partiels, l'implication des formateurs, etc. En prenant appui sur toutes ces informations, le formateur serait plus en mesure d'enclencher un processus de pratique réflexive (Berthiaume & al., 2011). Notre enquête formateur va complètement dans le sens des recherches actuelles, les formateurs ostéopathes privilégiant davantage une évaluation par les pairs qu'ils estiment plus pertinente. Ce déséquilibre de la relation est, selon nos formateurs, accentué par la hiérarchie des écoles qui n'hésitent pas à donner un crédit important aux opinions des étudiants, *« moi j'arrête de dire quoi que ce soit aux étudiants parce que s'ils vont chez les coordinateurs, c'est moi qui vais me faire engueuler »* (annexes FO9 ligne 19 p.303). Les formateurs avouent ainsi avoir une attitude plus laxiste pour éviter d'être mis en porte-à-faux lors d'un conflit.

Tous les éléments que nous venons de citer, l'aspect « clientéliste », l'évaluation par les étudiants, le manque de soutien de la hiérarchie, expliquent un sentiment de déséquilibre des relations dans le modèle du triangle pédagogique (Houssaye, 1988) et le contrat didactique. Lors de nos entretiens collectifs, l'un des formateurs a lu la lettre d'une étudiante qui remettait en question son évaluation et donc sa note : *« on doit tout le temps se justifier »*, comme l'évoque ce formateur (annexes FO12, ligne 4 pages 393).

Un autre formateur n'hésite pas à dire que *« de toute manière, comme ils paient, on leur doit tout et ils se croient tout permis »* (annexes FO5, ligne 17 pages 288). La légitimité du formateur n'est pas acquise d'emblée, de par son expérience et son statut, comme cela peut l'être dans une relation plus classique, mais elle est à construire, comme c'est le cas d'autres professions par exemple les dirigeants territoriaux (Durat, 2012).

À travers ces éléments de recherche, il apparaît qu'il est important pour la formation de rétablir un cadre plus clair pour les formateurs afin qu'ils puissent pleinement se concentrer sur l'exercice de leur métier de formateur. Des discussions avec la direction devront sans doute être initiées pour évaluer les difficultés qui proviennent du manque de soutien.

#### 1.4.2.2 Les éléments liés aux évolutions du métier

Celles qui ont été réalisées auprès des étudiants ont permis de déterminer le profil des étudiants et d'identifier une très grande proportion de femmes. La formation doit-elle prendre en considération cette importante féminisation du métier et adapter certaines techniques ou privilégier l'enseignement de certaines techniques plutôt que d'autres (qui peuvent par exemple

demander plus de force) ? À ce stade de notre recherche, nous n'avons pas les éléments de réponse. Cependant, il nous paraît important de soulever cette question afin qu'elle soit soumise ultérieurement à la réflexion du collectif des formateurs des écoles.

Certains des formateurs suggèrent également de développer lors de la formation des pratiques plus ergonomiques à l'usage des ostéopathes : « *on n'apprend pas aux étudiants à être ostéopathe pendant 40 ans* » (annexes FO4, ligne 8, p.333). La durée de travail étant sans cesse rallongée, il devient essentiel d'introduire des disciplines permettant une meilleure gestion sur le long terme du corps qui est l'outil de travail principal. Un peu à l'image du sportif qui doit gérer son engagement physique lors de sa carrière, le thérapeute doit apprendre à optimiser les efforts et la gestion de son corps.

Dans la discipline ostéopathique, un élément important est celui du lexique. Nos formateurs indiquent l'utilité et la nécessité de créer un lexique de définitions communes et partagées. Lors des séances collectives, nous avons observé les différentes significations que pouvaient revêtir les termes tels que : la « mobilité » et la « densité », qui sont pourtant des termes courants pour les ostéopathes mais restent très peu explicités et laissés de ce fait à la libre interprétation de chacun. Leur polysémie et les usages différents des notions par les formateurs sont de nature à favoriser l'ambiguïté chez les étudiants.

#### 1.4.2.3 Culture de la formation et de l'apprentissage

Les formateurs interrogés font souvent part des difficultés qu'ils peuvent rencontrer avec les étudiants et du sentiment de « décalage » comportemental qu'ils ressentent. Nombreux sont les formateurs, pourtant eux-mêmes relativement jeunes, à ressentir ce décalage avec leurs apprenants. En premier lieu, il pourrait très bien s'agir d'une confrontation banale à une évolution générale concernant l'apprentissage, la formation telle que vécue par les formateurs et ce qu'ils s'attendent à trouver chez leurs étudiants. Force est de constater que les dix, quinze dernières années ont connu une évolution sociétale relativement importante. L'utilisation en constante augmentation d'internet et des technologies qui y sont associées a notamment changé leur rapport aux savoirs et aux instituts de formation.

Les étudiants qui intègrent une école d'ostéopathie rencontrent une rupture importante avec le lycée : on leur demande de travailler et de penser différemment. L'entrée dans une formation à visée professionnalisante sous-entend d'adopter une certaine posture en termes d'apprentissage ; on attend d'eux un comportement de type professionnel. Or celui-ci n'est pas énoncé explicitement. Il semble également important de définir la norme (Prairat, 2014) du



métier avec les étudiants. En devenant un professionnel, les attitudes, les codes changent. Dès lors, il devient important d'échanger à propos de cette norme avec les étudiants, c'est-à-dire de situer les compétences mais également les comportements, les attitudes requises pour exercer ce métier et celles qui seraient incompatibles avec l'exercice d'un métier de relation thérapeutique.

Sont discutées les questions du manque d'adaptation des étudiants aux patients et même aux étudiants-patients, dans le respect et sans jugements, et dans une juste distance, ce qui ne va pas de soi. Les formateurs ont pointé les stratégies de regroupement par affinité, d'évitement de certains étudiants, de « choix » effectués dans les binômes de formation, contraires à l'idée maîtresse qui guide la discipline d'adaptation à tous types de patients.

De manière plus anecdotique, est évoquée la question de l'apparence : « Les étudiants ont des tatouages, ils sont percés de partout, ils ont les ongles longs » (Annexes, FO1, ligne 22, p.354). Selon ce formateur les étudiant sous-estiment l'aspect de la présentation, les règles d'hygiène qu'ils doivent remplir pour pratiquer leur métier. Il s'agit d'un métier de l'humain où la présentation d'un thérapeute va avoir un impact sur la représentation qu'un patient aura de lui et indirectement perturber la qualité du soin. Force est de constater que certains formateurs sont plus sensibles que d'autres à ces aspects. La question est alors pour eux de délimiter collectivement ce qui est acceptable et requis de ce qui peut nuire à l'exercice de la fonction et donc à éviter, tout en restant dans l'optique de professionnalisation, et non de coercition. Cependant « Une règle ne commence à être une règle qu'en faisant règle » (Canguilhem, 2013, p.178). Il s'agirait alors de débattre sur ce qui fait règle dans le métier.

#### 1.4.2.4 La professionnalisation du formateur

La présence du sous-thème de la professionnalisation des formateurs confirme ce qui a été établi dans la problématisation. Les formateurs reconnaissent eux-mêmes le besoin de formation et de légitimité dans leur rôle, comme le confirment ces propos « *j'ai toujours dit qu'il fallait une école pour former les cadres en ostéopathie, comme en kiné ou en infirmière et qu'on nous apprenne à former* » (annexes, FO12, ligne 8, p.406). Cette remarque soulève également la question de l'implication dans la formation des formateurs : il y a des volumes horaires très éparses d'intervention. Ainsi, cela va de quelques heures de cours à plus de 400 h pour les formateurs, la particularité étant qu'ils possèdent tous une double activité. L'activité principale des formateurs est le cabinet : « *moi c'est le cabinet qui me fait vivre* » (annexes, FO3, ligne 7, p.305). Cette vision, partagée par l'ensemble des formateurs, ne va pas sans soulever certaines

questions d'implication et de motivation quant à l'activité de formateur. On observe sur le terrain des difficultés à réunir les formateurs en dehors des heures de cours pour des réunions pédagogiques par exemple.

Les formateurs reconnaissent également une évolution des mentalités et perçoivent un changement dans la manière de s'approprier les savoirs et en raison de l'importance qu'a prise la technologie dans la formation. Cela entraîne une remise en question du discours du formateur : « *c'est simple ils sont tout le temps derrière leur ordinateur et dès qu'on dit quelque chose, ils peuvent tout de suite vérifier sur internet* » (annexes, FO4, ligne 12, p.398)

D'autres formateurs évoquent des difficultés avec des étudiants qui les sollicitent et les accaparent énormément pendant un cours. « *Ils ont tout le temps besoin de me montrer qu'ils ont compris ou de poser des questions. Le problème, c'est qu'ils m'enlèvent du temps pour les autres* » (annexes, FO2, ligne 5, p.495). Il y a une véritable prise de conscience de la nécessité de développer des compétences pour gérer des étudiants aux profils et aux niveaux différents ainsi que les interactions entre eux.

D'un point de vue plus pratique, l'utilisation d'outils pédagogiques, par exemple numériques, n'est pas toujours maîtrisée par ces formateurs. « *Moi on ne m'a jamais montré comment faire un PowerPoint* » (annexes, FO6, ligne 5, p.316). Pour reprendre la vidéo de FOV1, on observe, lors du début du cours, le formateur préparer son support et qui n'arrive pas à l'ouvrir. Ce n'est que dix minutes plus tard, résigné, qu'il dicte le cours grâce à un support papier. Sur les 14 séquences filmées, seuls cinq formateurs avaient un support numérique à destination des étudiants.

Tous ces éléments confortent le besoin de formation des formateurs déjà pointé dans l'enquête auprès des formateurs : il y a de véritables compétences à acquérir, comme la gestion de groupe, l'animation pédagogique et l'utilisation d'outils numériques. La formation est un aspect des formateurs qui n'est pas à négliger. Il sera également question de définir les contours du métier de formateur, de prévoir les évolutions du métier et de créer un collectif de formateurs au niveau national.

#### 1.4.2.5 En synthèse

La méthodologie utilisée lors des auto-confrontations collectives à partir de l'analyse des vidéos a permis d'obtenir des résultats davantage au niveau macro.

Les auto-confrontations collectives ont particulièrement dégagé les obstacles rencontrés par les formateurs, leurs débats s'articulant principalement autour des éléments d'empêchement dans

leur activité. Nous distinguons des problèmes globalement liés à l'absence de clarification du cadre aussi bien concernant la profession elle-même à travers son manque de structuration que dans les établissements de formation qui priorisent une gestion avant tout économique. Celle-ci est à la fois maladroite dans la mesure où elle manque son but (elle ne sécurise pas les étudiants en les renforçant dans une sorte de toute-puissance) et crée des effets collatéraux contre-productifs pour les formateurs, ainsi déstabilisés par des instituts qui ne les soutiennent pas au plan de leur autorité.

La discussion et la mise en place d'un cadre clair avec tous les acteurs de la formation : des étudiants, des formateurs et de la direction, constituent une étape importante pour définir la norme sur laquelle s'accorder en tant qu'institut de formation qui vise la pérennité et la sérénité.

### 1.4.3 Le niveau méso de l'activité de formateur ostéopathe

La principale source qui alimente les données du niveau méso provient des vidéos, celles-ci ayant permis de donner à voir ce qui se passe dans une salle de classe couramment lors de séances d'enseignement de techniques ostéopathiques.

Ce niveau permet d'avoir accès à une partie des compétences, à l'ingénierie pédagogique, et à l'ingénierie de formation. Le niveau méso rend compte des compétences mises en œuvre par les formateurs. Or, puisque nous nous interrogeons sur le socle sur lequel reposent ces compétences, nous devons étudier le niveau micro.

#### 1.4.3.1 Résultats de la structure typique d'un cours de pratique à partir des vidéos

Les 14 vidéos exploitées, d'une durée globale de près de 12 heures d'enregistrement (voir tableau ci-dessous), portant sur diverses techniques ostéopathiques, ont permis d'identifier une même classe de situation (Vergnaud, 1990).

Tableau 14. : Tableau des vidéos descriptives des informations utilisés pour l'analyse

Vidéo	Nom	Technique enseignée	Durée	année d'étude
Vidéo 1	FOV1	Point Jones	1 heure 23 min	4 <sup>e</sup> année
Vidéo 2	FOV2	Viscéral	18 min 12 s	2 <sup>e</sup> année
Vidéo 3	FOV3	Bassin	1 heure 52 min	5 <sup>e</sup> année
Vidéo 4	FOV4	Structurel	13 min 12 s	2 <sup>e</sup> année

Vidéo 5	FOV5	épaule	38 min 43 s	3 <sup>e</sup> année
Vidéo 6	FOV6	Structurel	2 heures 12 min	2 <sup>e</sup> année
Vidéo 7	FOV7	Tissulaire	49 min 39 s	5 <sup>e</sup> année
Vidéo 8	FOV8	Structurel	1 heure 36 min	2 <sup>e</sup> année
Vidéo 9	FOV9	Structurel	1 heure 28 min	4 <sup>e</sup> année
Vidéo 10	FOV10	observation	1 heures 48 min	2 <sup>e</sup> année
Vidéo 11	FOV11	palpation	15 min 03 s	1 <sup>er</sup> année
Vidéo 12	FOV12	Structurel	19 min 23 s	2 <sup>e</sup> année
Vidéo 13	FOV13	Viscéral	10 min 32 s	2 <sup>e</sup> année
Vidéo 14	FOV14	Viscéral	11 min 25 s	2 <sup>e</sup> année
<b>14 vidéos</b>	<b>14 formateurs</b>	<b>7 techniques</b>	<b>11 heures 55 min</b>	

Le tableau 14 récapitule l'ensemble des vidéos issues de cette recherche. Il indique la durée des vidéos qui vont de 2 heures 12 min à 10 min 23 secondes. Cette différence de temps s'explique par notre focalisation sur l'enseignement d'une technique. La vidéo la plus longue intègre de l'enseignement magistral qui nous a paru moins fondamental dans notre recherche que l'enseignement d'une technique. L'ensemble des vidéos inclut une présentation d'une technique et la phase de correction. La colonne technique enseignée nous renseigne sur la technique propre à la vidéo. Pour rappel, l'ostéopathie possède un arsenal thérapeutique relativement important avec une multitude d'approches et de pratiques. Pour obtenir des informations générales, nous avons pris le parti de ne pas nous concentrer sur un type de technique particulier mais de nous intéresser à plusieurs conceptions.

Après observation des 14 vidéos, nous avons dégagé une série d'étapes qui apparaissaient récurrentes pour la majorité des formateurs. En voici une description rapide que nous détaillerons plus loin :

- Tout d'abord, le formateur arrive en classe afin de préparer son intervention.
- Celui-ci prend quelques instants afin d'installer un éventuel support numérique.

- Il commence par un éventuel retour sur le dernier cours. En fonction des formateurs, un rappel sous forme d'interrogation peut être fait.
- À la fin de ce rappel, le formateur débute alors le nouveau cours ;
- il désigne ou demande un « cobaye » pour effectuer la démonstration.
- La phase de manipulation peut contenir plusieurs sous-étapes, à savoir un travail de mime dans le vide, un travail de répétition fondé sur le ralentissement des gestes.
- Enfin, vient la phase de correction individuelle. Après à la démonstration, le formateur passe dans les rangs pour s'assurer de la bonne mise en place de la technique et répond aux questions des étudiants.
- Une dernière étape présente chez quelques formateurs est la restitution au collectif. Se basant sur les difficultés qu'il a pu percevoir, le formateur fait un retour aux autres étudiants. Cette étape essentielle n'est pourtant présente que chez quelques formateurs.

Tableau 15. : Tableau de synthèse des vidéos montrant la présence des différentes étapes chez les formateurs lors de l'enseignement d'une technique.

vidéo	Rappel du cours précédent	Présentation, contextualisation de la technique	Préparation choix du sujet/patient	Démonstration	Ralentissement des gestes / répétition	Correction individuelle	Restitution collective
Vidéo 1							
Vidéo 2							
Vidéo 3							
Vidéo 4							
Vidéo 5							
Vidéo 6							
Vidéo 7							
Vidéo 8							
Vidéo 9							

Vidéo 10							
Vidéo 11							
Vidéo 12							
Vidéo 13							
Vidéo 14							
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>5</b>

### Analyse et interprétation du tableau

En analysant les vidéos, nous avons observé plusieurs phases dans l'apprentissage ; celles-ci sont présentes de manière partielle ou en totalité chez l'ensemble des formateurs. Ce tableau - représente en lignes les vidéos, en colonnes les différentes phases observées. La case est grisée lorsque la phase est présente dans la vidéo. Elle permet de représenter la récurrence ou non chez les formateurs. La dernière ligne représente le nombre total d'apparitions de ces phases pour les 14 séquences. La seule phase présente chez l'ensemble des formateurs est celle de la démonstration. Alors que la phase intermédiaire de choix de sujet devrait être présente chez tous les formateurs puisqu'ils ont tous besoin d'un sujet pour faire la démonstration, il y a cependant une différence. Les cases grisées concernent les formateurs qui laissent le choix à un étudiant de venir faire le cobaye. Dans les cases non grisées, le formateur désigne lui-même un étudiant. Il serait intéressant de creuser cette subtilité du choix d'un étudiant en fonction de l'appréciation du formateur. Comment ce choix est-il effectué ? Le formateur désigne-t-il le meilleur sujet (caractéristique physique, douleurs présentes lors du cours) pour effectuer la démonstration ? Sur les 14 formateurs, cinq désignent eux-mêmes les étudiants.

La phase de contextualisation n'est absente que chez deux des formateurs ; cela fait écho aux réponses du questionnaire des étudiants et à leur besoin de présentation de cas concrets et d'anecdotes.

L'utilisation du ralentissement des gestes est présente chez cinq formateurs : on remarque davantage l'utilisation de cette modalité pour les techniques où la perception est importante, à savoir les techniques tissulaires ou les techniques viscérales. Nos résultats confirment ceux obtenus dans les recherches de Christian Couraud sur la fasciathérapie et l'utilisation de la

lenteur dans la perception (Lassonde, 2020).

Même si elle n'est pas systématique, la correction individuelle est présente chez 10 des formateurs, sous forme d'intervention aux binômes d'étudiants de manière séparée. Il est à noter que la durée courte pour certaines séquences n'a sans doute pas permis d'enregistrer cette partie alors que cette étape était peut-être présente. Ceci est également valable pour la phase de restitution collective. Cependant, elle semble davantage absente chez les formateurs. Seuls cinq formateurs pratiquent ce type de restitution pendant laquelle les formateurs synthétisent l'essentiel des corrections, où reviennent sur des difficultés qu'ils ont observées dans la phase d'intervention-corrrection individuelle. Cette phase semble pourtant primordiale comme le souligne Jean Pierre Astolfi dans son ouvrage « L'erreur, un outil pour enseigner ». C'est cette étape particulièrement cruciale qui permet la réflexivité : on apprend plus facilement de ses erreurs ou des erreurs des autres (1997) si toutefois on peut identifier la cause de l'erreur. Sans cette étape, au contraire, des apprentissages inadéquats peuvent être intégrés, devenant des mésapprentissage (Durat, 2014) potentiellement dysfonctionnels pour la suite.

Description des différentes étapes de la classe de situation

Nous sommes ici en présence d'un schéma répétitif, qui s'apparente à un modèle opératoire professionnel (Pastré). Alors qu'il n'y a aucun modèle prescrit, ni réellement arrêté par discussion professionnelle, tous les formateurs observés suivent sensiblement la même trame. Notre interrogation porte sur l'origine de ce modèle. Est-il la conséquence d'une reproduction de ce qu'on a toujours fait ? Cela interroge sa validité et sa pertinence. Notre tableau de la figure 15 montre la présence de la quasi-totalité des situations : il s'agit donc bien d'une structure prototypique du cours pour une classe de situation.

Voyons plus en détail cette structure prototypique au travers de ses étapes :

### ***E1 Présentation des éléments théoriques du cours***

La première étape consiste à présenter la technique de manière théorique. Souvent, les formateurs utilisent un support numérique, bien que ce ne soit pas toujours le cas. Cette phase met en lien les éléments théoriques anatomiques et biomécaniques servant à la compréhension de la technique. Souvent, un lien est fait avec la pratique du thérapeute et une référence à la pratique professionnelle sur un cas concret peut être utilisée.

*Sous-étape préparation, mise en place*

Dans cette étape, le formateur se prépare à effectuer la technique ; notamment, il règle la hauteur de la table. Au-delà de l'aspect technique de la mise en place, il s'agit de faciliter l'intervention ultérieure : mettre le patient à la portée de l'ostéopathe, mettre l'ostéopathe dans les meilleures conditions ergonomiques pour « tenir » plusieurs postures quelques minutes. Il y a donc un premier sous-but qui est de *mettre en place les conditions pour intervenir*. Mais il y a également un deuxième sous-but, qui n'est pas énoncé par tous les formateurs, qui est de *prendre en compte de l'observation des étudiants et de la faciliter*. En effet, le formateur peut également agir sur l'orientation de la table pour une meilleure visualisation de la démonstration. L'absence de cette 2<sup>ème</sup> préoccupation montre que bien souvent, les professionnels s'en tiennent à la reproduction d'une technique sans prendre réellement la place de formateurs s'adressant à des étudiants, dans cette scène particulière de la démonstration. On peut remarquer à ce stade que la table est un outil majeur et joue un grand rôle dans l'exercice de l'activité de l'ostéopathe et dans l'activité du formateur en ostéopathie. Elle devient véritablement un instrument de travail (Rabardel, 1995) et ses caractéristiques (le type de table, sa modularité, sa facilité d'utilisation) comme l'apprentissage de son usage, sont donc des objets d'apprentissage.

#### *Sous-étape Choix d'un sujet-patient*

Pour effectuer la technique, le formateur a besoin d'un étudiant-patient. Un choix tout particulier peut être accordé à cette tâche. En fonction des formateurs, on notera que certains demandent un volontaire alors que d'autres choisissent directement un candidat. Dans cette étape capitale du choix du sujet, la motivation se porte généralement sur un sujet « facile » à manipuler ou qui laisse entrevoir des caractéristiques morphologiques intéressantes de visualisation pour les étudiants. Ce choix soulève une question : à quoi le formateur est-il attentif lors du choix du sujet ? Quels sont les éléments que le formateur prend en compte ? À ce stade, il s'avère indispensable d'interroger les formateurs pour comprendre leur activité. Dès lors, le choix du sujet fait, il y a une première explication verbale, sans réalisation de la technique sur le sujet. On se rend compte que l'étudiant sert alors de support « vivant » à une nouvelle phase théorique. Cette phase poursuit un but de mise en lien théorico-anatomique. Le formateur désigne, déjà, parfois en les touchant, des parties du corps du patient, comme si cette étape permettait aux étudiants une intégration plus adéquate, vivante et mobile, des concepts évoqués théoriquement. Ou peut-être est-ce aussi une manière d'approcher en douceur l'étudiant-patient.

#### ***E2 Démonstration de la technique***



La deuxième étape consiste à réaliser la technique et comporte trois sous-étapes. L'ensemble de cette étape se déroule devant le groupe des étudiants avec des difficultés de visualisation et d'attention que cela comporte en raison d'un grand nombre d'étudiants présents.

*Une première sous-étape montre le « mime » de la technique dans le vide.*

Dans cette phase, que ne pratiquent pas tous les formateurs, il peut y avoir le mime dans le vide des différents gestes à accomplir, à la fois pour accentuer la gestuelle du formateur et pour rendre visibles les micro-mouvements qui ne le seraient plus après sur le patient.

*Une deuxième sous-étape attire l'attention sur le positionnement des deux personnes*

Les formateurs, lors de ces séquences, interpellent les étudiants sur le positionnement corporel tant du thérapeute que du patient. Il s'agit ici encore de poursuivre le sous-but « *mise en place des conditions de l'intervention* » repéré à l'occasion de la préparation de la démonstration. Dans ce cas, la posture du corps de l'ostéopathe est identifiée comme facilitatrice ou inhibitrice des gestes qui vont suivre. De même, les formateurs invitent à l'attention quant à la posture du patient nécessaire pour l'effectuation de la technique, là aussi en pointant ce qui va faciliter ou rendre difficile le bon déroulement de celle-ci.

*Une troisième sous-étape montre la réalisation de la technique à une vitesse réduite.*

Une grande part des explications est également orientée sur le positionnement des mains du thérapeute. Les mains apparaissent ici comme véhiculant l'intelligence du geste, leur précision est donc primordiale, les formateurs passent logiquement du temps sur la position des mains de l'étudiant ostéopathe sur l'étudiant-patient.

*La quatrième sous-étape consiste en la réalisation de la technique à vitesse « réelle ».*

En préambule, il nous faut pointer ce qui apparaît à cette étape sur les vidéos : l'accès toujours partiel (du point de vue de la caméra, à l'arrière des étudiants le plus souvent) aux gestes démonstratifs du formateur. En effet, quel que soit l'angle choisi, il n'est possible de filmer, mais surtout pour les étudiants de voir, qu'un seul côté du patient, du geste effectué par le formateur. Même répété, l'angle n'est pas différent. Or en fonction des promotions, jusqu'à 75 étudiants regardent, et parfois d'assez loin, une scène à leur hauteur. Les salles sont équipées de 38 tables (servant de pratique et de notes) et de chaises, qui font obstacle. Parfois, les étudiants se juchent à genou sur les tables pour mieux apercevoir la démonstration, mais pour

cela ils doivent veiller à ne pas occulter le champ de vision aux autres étudiants. Du coup, il s'avère qu'ils ne s'approchent pas suffisamment du binôme formateur-patient pour bien voir la démonstration, et ceci même lors des incitations de leurs formateurs à s'approcher, ils forment un cercle à 4-5 mètres de la scène. Ces éléments matériels, naturalisés dans la pratique ordinaire, ont frappé le groupe de formateurs lorsqu'ils ont visionné les séquences filmées, nous y reviendrons plus loin.

Cette étape comprend souvent une verbalisation conjointe à la démonstration pratique de la part du formateur. Par ailleurs, quelques étudiants prennent des notes simultanément, ne regardant plus la démo pendant ce temps, d'autres filment avec leurs smartphones. Il n'est pas proposé de temps de récapitulation orale ou écrite des points importants à retenir hors démonstration pour permettre la prise des notes avant la répartition des étudiants à « leurs tables » avec un collègue. Aucun support à cette partie pratique n'est donné, ni indiqué comme autre source extérieure, ni schéma, ni photo, ni fiche présentant la technique.

*La cinquième sous-étape reprend la technique avec une mise au point sur les passages difficiles.*

Lors de la visualisation des vidéos nous ne pouvons percevoir certains paramètres qui sont pris en compte par le formateur et qui vont devoir bénéficier d'une explicitation. Quels sont les indices palpatoires que le formateur prend en compte ? Quels sont les critères de réussite de la technique qui semblent très peu explicités ? Il y a souvent une imbrication entre le résultat à obtenir et la réalisation de la technique en elle-même.

*E3 Mise en situation des étudiants et correction*

Dans cette phase, les apprenants doivent effectuer la technique qu'ils viennent d'observer les uns sur les autres par deux, alternativement. Pour cela, il leur faut se mettre en tenue et cette étape prend quelques minutes ; en effet certains étudiants se déshabillent dans la salle et se mettent en sous-vêtements ou tenue sportive allégée, d'autres se rendent aux toilettes pour se changer. Un flottement apparaît à ce moment-là dans toutes les séances filmées, sur lesquelles les formateurs s'exprimeront lors des séances collectives. C'est un moment de transition entre le cours « parlé » classique, verbalisation simple de la part du formateur, et le cours « montré » ou « mis en gestes » qui suit.

C'est lors de cette phase que l'étudiant peut bénéficier d'une correction individuelle de la part du formateur qui circule dans la salle de table à table. Il faut noter l'importance du binôme qui

n'a pas uniquement un rôle de sujet d'expérimentation mais qui peut participer à l'apprentissage à deux niveaux. Tout d'abord, il peut corriger son partenaire ostéopathe sur la position par la verbalisation de son ressenti. Il peut également se corriger lui-même en anticipant les difficultés de son binôme lors de la mise en place de la technique et être plus vigilant lors de sa mise en pratique. C'est également pendant cette phase que le formateur peut intervenir de manière individuelle et proposer une correction dans les différentes situations que peuvent rencontrer les apprenants. Cependant nous avons observé que de table en table, les interventions des formateurs diffèrent, chez les uns ils vont corriger la posture, chez les autres le placement des mains, la hauteur de la table, etc. Ils ne reproduisent pas une succession de corrections régulières mais pourtant semblent prendre les indices de ces différents indicateurs et décider de les rendre attentifs à certains de ces indices.

#### *E4 de retour au collectif*

Cette phase n'est pas présente chez l'ensemble des formateurs. Pourtant, elle nous paraît essentielle dans l'apprentissage. La séance se clôt sur le rhabillage des étudiants et leur départ, parfois après une reprise et conclusion par le formateur mais seulement dans 5 cas sur 14 séances filmées. Il n'y a jamais de temps pour les questions et réponses, ni sur les temps forts ou messages essentiels à retenir sur la technique employée, ni de consignes préparatoires à la séance suivante. De ce fait, les séances pratiques apparaissent comme juxtaposées sans que le lien entre elles ne soit mis en perspective.

Cette « architecture » de l'enseignement pratique de l'ostéopathie a été retrouvée dans toutes les séquences filmées des formateurs. Les variations que nous avons rencontrées proviennent essentiellement de la gestion des outils pédagogiques et de la gestion de l'environnement qui peut varier d'un individu à l'autre. Ainsi, certains formateurs n'hésitent pas à utiliser des photos de la technique projetée au tableau lors de la démonstration. Enfin, la dernière différence provient de la situations S4. Dans cette phase, certains formateurs restituent aux collectifs les difficultés individuelles qu'a pu identifier le formateur en passant dans les binômes. Pour certains formateurs, la nécessité de restituer auprès de l'ensemble du groupe les difficultés qu'ont rencontrées les apprenants à un niveau individuel n'est pas identifiée comme source d'apprentissage. Pour l'étudiant, le retour réflexif est une voie propice pour accéder à une meilleure construction de la notion étudiée (Astolfi, 2014).

Après l'analyse des séquences vidéo, nous avons également accédé à des résultats concernant ce niveau par les auto-confrontations collectives et les auto-confrontations simples. Tout comme pour le niveau macro, nous présentons les résultats du niveau méso par thématique. Les thèmes traités concernent : l'ingénierie de formation, l'ingénierie pédagogique, les compétences professionnelles du formateur et enfin, l'autonomie et l'individualisation.

#### Ingénierie pédagogique/ ingénierie de formation

Les vidéos montrent la gestion d'un cours à plusieurs formateurs. C'est là une obligation réglementaire qui requiert qu'il y ait un formateur pour 25 étudiants. Il y a ici un véritable travail d'ingénierie pédagogique sur cette gestion d'un cours à plusieurs. Sur la vidéo, on observe l'un des formateurs consulter son portable pendant la démonstration de l'un de ses collègues. On observe que le duo de formateurs n'a pas prévu d'intervention simultanée dans la partie présentation théorique au début. Il y aurait une véritable réflexion à organiser sur la présence de plusieurs formateurs et sur la façon d'optimiser, d'un point de vue pédagogique, cette co-présence de plusieurs formateurs afin qu'elle devienne une réelle collaboration. Celle-ci n'est pas systématique. Ainsi, la plupart du temps, la classe peut être divisée en plusieurs groupes plus restreints. Cependant, cela demande un travail de logistique en matière de salles relativement important qui ne peut pas toujours être fait. En effet, une organisation doit être mise en place afin que les formateurs puissent effectuer un cours à l'identique avec un même discours, ce qui n'est pas forcément évident dans une discipline qui n'a pas véritablement formalisé ses savoirs.

Lors du visionnage des vidéos, les formateurs ont constaté *les difficultés qu'avaient les étudiants à percevoir correctement la démonstration de la pratique*. Une proposition d'installation de vidéo autour de la table du formateur a été faite, montrant sur écran la technique et permettant de la restituer en continu. De cette précédente idée a également été identifiée l'importance que pourrait revêtir la création d'une vidéothèque montrant les techniques enseignées dans le cursus telles que les formateurs veulent les enseigner. En effet les étudiants, en filmant par eux-mêmes, à la volée, montrent qu'ils ont besoin de se référer après le cours à une trace de l'apprentissage qu'ils n'ont pas de façon officielle. Or leur captation en amateurs peut se révéler peu représentative de ce qui est à retenir, voire masquer une part du geste et là encore, conduire à des mésapprentissage qui vont ensuite se diffuser, les vidéos étant partagées entre les étudiants.

*Le problème des évaluations* a été abordé par lors de la présentation des résultats du questionnaire des étudiants ainsi que le sentiment d'injustice qui s'en dégage. Cette difficulté

d'évaluation est également mise en avant par les formateurs : « *Comment sur certaines techniques qui demandent de la perception comme du tissulaire ou du fascia on peut évaluer un étudiant ? Il peut nous raconter ce qu'il veut - on ne saura jamais* » (annexes, FO11, ligne 13 p.395). Les formateurs en appellent à un travail d'ingénierie de formation sur les évaluations actuellement en place dans les écoles d'ostéopathie. Cela pose aussi bien problème aux étudiants qu'aux formateurs.

Lors de la formation, nous avons évoqué la difficulté à visualiser *mais également à prendre des notes*. L'effort mental que demande la visualisation, l'écoute et la prise de notes avec une intégration gestuelle apparaît très difficile, comme en témoigne l'image, ci-jointe, de cette prise de notes récupérée chez un étudiant.

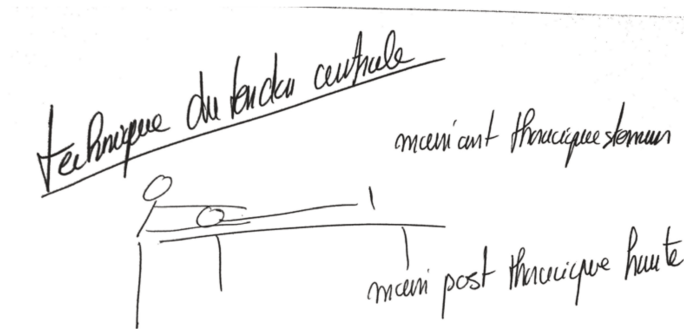


Figure 6. : Le dessin ci-dessus montre la prise de notes d'un étudiant de 3<sup>e</sup> année.

N'ayant pas le temps de noter la plupart du temps, les étudiants effectuent un schéma ou un dessin pour se remémorer l'enseignement d'une technique. Cependant, les étudiants en ostéopathie ne sont pas issus des Beaux-Arts et en regardant de plus près le dessin de cet étudiant, on devine à peine qui est le patient et qui est le thérapeute. Quelques indications sont présentes pour indiquer les positions des mains. Cependant, il manque beaucoup de paramètres pour la bonne réalisation de la technique. La posture du thérapeute et du patient ne sont pas visibles. Il s'agit pourtant d'éléments importants. La pression des mains, le sens de traction sont autant de paramètres qui n'apparaissent pas sur le schéma. On ne peut bien entendu pas reprocher à des étudiants qui voient faire, entendent, perçoivent pour la première fois une technique de ne pas savoir rendre compte des éléments déterminants, alors que les professionnels eux-mêmes n'ont pas élaboré de représentation « apprenante ».

Devant la difficulté de prise de notes face à une multitude d'informations à donner, certains formateurs réalisent des polycopiés ou des diaporamas contenant des photos comme nous allons le voir ci-dessous.

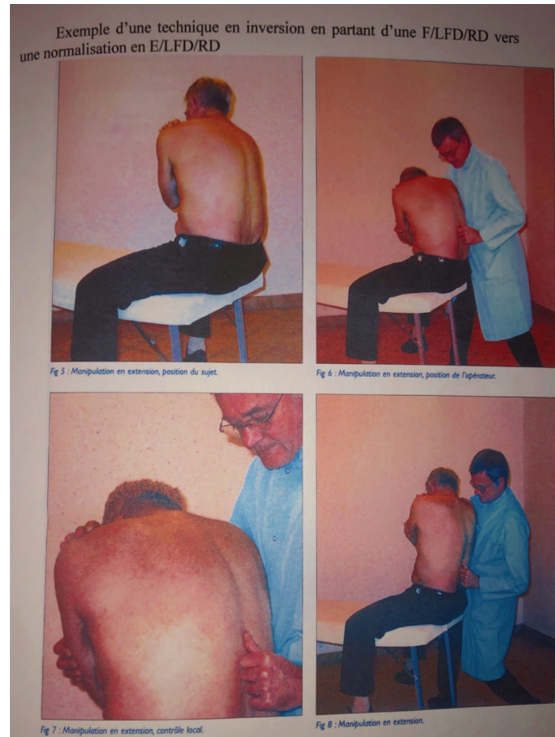


Figure 7. : Photo issue d'un polycopié à destination des étudiants montrant un formateur à plusieurs étapes d'une technique.

Cette photo permet une meilleure représentation de la posture du patient et du thérapeute. Pourtant, de nombreux éléments font encore défaut. Par exemple, sur ces photos, il n'est pas possible de voir correctement la main droite du thérapeute. La pression des mains, le mouvement à réaliser sont totalement absents en statique. La vidéo, selon les formateurs, reste l'outil le plus adapté pour une remobilisation ultérieure des savoirs. L'idée de création d'une vidéothèque accessible aux étudiants sur leur environnement numérique de travail et leur permettant de percevoir le caractère dynamique de la situation se renforce.

#### Les compétences professionnelles du formateur

Comme cela a déjà été évoqué, la participation de plusieurs formateurs demande une compétence en matière de gestion humaine, gestion de rôle.

*La gestion de l'environnement matériel et spatial*, avec un nombre important d'étudiants demande également des compétences en termes de gestion de groupe, de dynamique de groupe

et de gestion de l'espace. Ces compétences exigent un véritable apprentissage et des connaissances de la part des formateurs.

Nous avons montré sur les vidéos que peu de formateurs utilisent des questions ou des problématiques individuelles pour *une restitution collective*. Cette étape, déjà évoquée comme étant fondamentale, demande également une véritable compétence tout d'abord en termes de réflexivité qui permet une identification des points sur lesquels le formateur n'a peut-être pas été assez précis ou tout simplement qui semble plus énigmatique aux étudiants. De plus, nous avons vu qu'ils n'utilisent pas réellement les erreurs ni le questionnement des étudiants. Lors des discussions collectives est apparu le besoin, pour le formateur, *d'apprendre à gérer la double dynamique de l'apprentissage individualisé et de l'apprentissage collectif*. Ils ont exprimé leurs difficultés de devoir faire face à un apprentissage différencié avec des progressions aléatoires d'un étudiant à l'autre.

Par exemple, certains formateurs se demandent jusqu'où répondre aux demandes particulières faites par certains étudiants ce qui leur semble comporter le risque de cours particulier ou de s'appesantir sur des points de détail, mais ils hésitent alors entre répondre aux questions et garder en même temps leur objectif de cours.

La place du corps étant centrale dans la formation, il y a une véritable compétence dans le domaine du développement de *l'éthique professionnelle à acquérir*. Comment accompagner les étudiants à changer de posture et à approcher le corps de l'autre avec intégrité ?

Conserver leur pratique d'ostéopathes est importante pour nos formateurs. Selon eux, elle donne une « plus-value » à leur métier de formateur. C'est également confirmé par notre enquête sur les étudiants qui sont en demande d'anecdotes ou de cas concrets : l'expérience vécue et partagée leur donne progressivement des éléments sur leur future profession. Le maintien de cette compétence se traduit par la nécessité d'être en activité en plus de l'activité de formateur.

La principale pratique pédagogique du formateur ostéopathe : apprendre en faisant !

C'est Célestin Freinet qui est à l'origine d'une pédagogie à partir de l'activité dans son ouvrage « L'éducation au travail ». Il semble que les formateurs ostéopathes pratiquent spontanément cette forme de transmission. Confronté à sa tâche (celle d'apprendre une technique) l'étudiant apprendrait naturellement en tâtonnant, à force d'essais et d'erreurs, c'est ce que Freinet appelle le « tâtonnement expérimental » (1943). Pour apprendre à faire du vélo il faut monter à vélo et non suivre des cours théoriques sur le mouvement des roues. Dans notre situation, même si les formateurs procèdent à des rappels théoriques, l'essentiel du cours se déroule de manière

pratique : c'est en pratiquant l'ostéopathie qu'on apprend l'ostéopathie. Cela rejoint également les propos de John Dewey qui prône une éducation par l'expérience. C'est par l'action que l'élève apprend et non en absorbant des vérités toutes faites. Cependant toutes les expériences ne sont pas éducatives.

*« Proclamer que toute éducation authentique provient de l'expérience ne signifie pas que toutes les expériences sont éducatives. Expérience et éducation ne sont pas une seule et même chose » (Dewey, 2018, p.465 à 470)*

Il conviendra alors de redéfinir avec les formateurs *les situations et les expériences qui sont de nature à produire une action éducative (Fumat, 2003).*

L'autonomie et l'individualisation

*Le travail sur la perception et le développement de l'habileté manuelle* doit être initié lors de la formation mais ne couvre pas, à lui seul, les exigences requises pour devenir un professionnel. Selon les formateurs, il faut beaucoup de travail personnel en dehors de l'école pour y arriver. Se pose la question de cette *autonomisation des étudiants* et de leur capacité à se prendre en charge et à développer l'habileté de leurs « mains ». Lors des auto-confrontations collectives, un formateur évoque cette comparaison avec la musique : « quand vous apprenez le violon, c'est le travail de répétition des gammes qui vous fera progresser ». Nous revenons sur les propos d'une formation payante et sur le fait que les efforts à consentir ne sont pas perçus par les étudiants. Dans l'accompagnement à l'autonomie, il y a un véritable changement de posture à adopter vis-à-vis des étudiants.

La construction du rapport au corps

La notion du rapport au corps a déjà fait l'objet de notre intérêt. Nous reviendrons ici sur certains éléments. L'identité corporelle des étudiants lorsqu'ils entrent en formation n'est pas encore arrivée à maturité, pourtant on leur demande d'avoir une perception déjà fine de celle-ci. Pour reprendre les propos de Freud dans les années 1900 : « *le Moi est d'abord et avant tout un Moi physique* ». Dans le champ des psychothérapies corporelles, surtout de type humaniste, la place essentielle du corps est bien identifiée : « c'est par le corps que s'élabore l'identité » (Delacroix, 2004). Il y a une réélaboration du rapport au corps pendant la formation et celle-ci se joue à plusieurs niveaux. Tout d'abord, les étudiants apprennent, bon gré mal gré, à travailler sur leur propre image du corps ; il y a une forme de *neutralisation des affects* attendue, certains



formateurs parlant de « désacralisation du corps ». Ils doivent accepter de se trouver partiellement dénudés, en tous cas en sous-vêtements, pendant toute la durée de leur formation lors des cours pratiques et ce, devant toute une promotion, autant dire des inconnus au départ. Cette mise à nu partielle est complètement banalisée par les formateurs qui trouvent justement que le temps mis à la préparation des étudiants est trop long, est un temps inutile et contre-productif. Il s'avère que ce sont les chercheurs qui ont pointé les stratégies de contournement des étudiants ; en constatant, par exemple que certains étudiants (plutôt des étudiantes) sont vêtus de collants opaques ou de leggings, que d'autres portent plusieurs couches des sous-vêtements recouverts de shorts ou de brassières, d'autres enfin se déshabillent uniquement lorsqu'ils sont « patients » et se rhabillent juste après. Les commentaires des formateurs sont de l'ordre de l'incompréhension, voire dans une attitude de reproche : « nous de notre temps, on était en 2 minutes en caleçon, sans souci » (annexes FO2, p.278 ligne 6). Au regard de leurs attentes, évidemment, il s'agit de freins : on ne peut pas obtenir la même sensation sur un leggings que sur une peau, la perception en est altérée. C'est méconnaître la dimension de stratégie d'évitement, de contournement de la règle et de protection de jeunes personnes qui signalent une gêne, un malaise dans cette exposition requise de l'image de soi.

De plus, pendant la formation, ils évoluent, leur rapport à leur corps et aux corps des autres change. Cependant, à la fin de leur formation, selon les formateurs, ils sont parfois allés trop loin dans la neutralisation et la désacralisation du corps au point de méconnaître toute notion d'érotisation qui peut y être associée. Un formateur intervenant en clinique explique : « *J'ai déjà vue une fille pratiquer en clinique alors que son patient avait sa tête dans sa poitrine* » (annexes FO18, p.281 ligne11). Il semblerait que l'effet de la formation permette de relativiser les notions de pudeur et de sujet désirant ou objet du désir, mais sans que cela ait jamais été évoqué ou conceptualisé. Cependant, de retour dans la « vraie vie », il y a une réélaboration de l'image du corps à opérer afin de trouver *la juste distance professionnelle* (Bourdeaut, 2006, p.133-137), dans le respect de l'autre et de son intégrité.

1.4.3.2 *En synthèse du niveau méso* : une classe de situation composée d'étapes d'activités et des points saillants à améliorer

Nous venons dans un premier temps de mettre en évidence différentes étapes dans la situation de formation d'un cours pratique, qui se succèdent lors de la phase d'apprentissage d'un geste technique. Ainsi, nous retrouvons :

1. Une étape E1 d'explication théorique collective
  - Une sous-étape de préparation et de mise en place
  - Une sous-étape de choix d'un étudiant-patient
2. Une étape E2 de démonstration gestuelle collective
  - Une sous-étape de mime des gestes dans le vide
  - Une sous-étape de positionnement des deux personnes
  - Une sous-étape d'utilisation du ralentissement des gestes
  - Une sous-étape d'effectuation de la technique en vitesse réelle
  - Une sous-étape de mise au point sur les passages difficiles.
3. Une étape E3 de mise en application par binôme et de correction individuelle
4. Une étape E4 de retour au collectif

Dans un deuxième temps, les formateurs et les chercheurs ont relevé différents points saillants lors de l'analyse des vidéos et de la confrontation collective, points d'attention méritant un travail commun ultérieur. Pour récapituler, voici ces éléments :

- La gestion d'un cours à plusieurs formateurs de la co-présence de plusieurs formateurs à une réelle collaboration
- Les difficultés d'accessibilité correcte à la démonstration de la pratique
- Le problème des évaluations de techniques spécifiques
- La difficulté à prendre des notes : que retenir, comment le transcrire, quels indices prendre ?
- La gestion de l'environnement matériel et spatial au regard du nombre d'étudiants pour les formateurs
- La gestion de la double dynamique de l'apprentissage individualisé et de l'apprentissage collectif
- L'éthique professionnelle à développer, la question de la juste distance professionnelle
- Le rapport au corps (de soi et des autres) : neutralisation insuffisante ou excessive des affects ; malaise dans l'exposition requise de soi.
- L'accompagnement de l'autonomisation des étudiants dans leur apprentissage.

Enfin, les éléments qui nous apparaissent dans ce niveau sont essentiellement de l'ordre de l'ingénierie pédagogique et de l'ingénierie de formation. Des éléments de compétences d'un formateur ostéopathe apparaissent, autant dans la structuration des cours que dans la transmission des gestes et le groupe pointe également les compétences que les formateurs

aimeraient acquérir ; en creux, notons également l'absence de certaines interrogations ; notamment il n'y a pas eu de remise en question du modèle de transmission par mimétisme et reproduction, sauf indirectement lors des évaluations. Un des points intéressants est néanmoins qu'en visionnant les séances d'un point de vue d'extériorité, les formateurs ont pris conscience de la difficulté pour un étudiant d'accéder et de comprendre pleinement les gestes montrés. Un décentrement du regard a donc été possible par la réflexivité collective.

Cependant, ils ne questionnent pas à ce stade les raisonnements sur lesquels les compétences professionnelles reposent. Aux yeux des chercheurs, les compétences des formateurs visibles dans les séances filmées, reposent essentiellement sur des éléments de compétences du praticien ostéopathe.

Le niveau méso apparaît donc comme une phase déterminante mais non suffisante au regard de notre projet puisqu'il ne nous permet pas de définir les compétences professionnelles incorporées par les professionnels qui pourraient alimenter la didactique de l'ostéopathie. C'est l'une des raisons pour laquelle nous avons eu recours, en cours de recherche à des méthodes complémentaires, pour analyser l'activité des professionnels en cabinet par l'intermédiaire de vidéos, d'auto-confrontations simples et d'entretiens d'explicitation.

#### 1.4.4 Analyse du niveau micro

Les niveaux macro et méso nous ont permis d'identifier des empêchements, des étapes de l'activité et des compétences à acquérir par les formateurs, sans pour autant atteindre l'identification des schèmes, des règles d'action et de l'organisation que les professionnels adoptent pour guider leur activité. Pour tout dire, il nous semble qu'il manque le partage du processus lui-même que suit un professionnel dans son activité, ce que d'ailleurs les formateurs essayaient d'exprimer lors des confrontations collectives sous la forme de l'attente vis-à-vis des étudiants de les voir raisonner globalement.

Pour honorer la commande et les objectifs de la recherche, il est apparu indispensable d'ajouter à notre dispositif méthodologique l'accès à l'activité des ostéopathes eux-mêmes, par des vidéos de quelques séances de consultation, des auto-confrontations simples aux professionnels et des explicitations de façon à accéder à l'activité réellement réalisée et aux éléments incorporés sur lesquels elle repose. Ce dispositif centré sur l'activité des ostéopathes eux-mêmes viendra nourrir une comparaison entre celle-ci et l'activité des formateurs transmettant la pratique ; ce niveau d'analyse doit nous permettre d'observer ce que l'étudiant doit acquérir

pour construire son apprentissage. Nous voulons mieux comprendre le prescrit, le déroulé typique de la consultation, ce à quoi le professionnel est attentif pour guider sa pratique. Plusieurs questions nous sont apparues déterminantes dans notre recherche : comment l'ostéopathe construit-il son analyse du patient ? Quels sont les indicateurs, les indices qu'il prend ? comment oriente-t-il son intervention en cabinet ? Le niveau micro donne accès aux éléments professionnels qui sont mobilisés, ou non, par les formateurs dans la formation. Les résultats de ces auto-confrontations sont apparues complémentaires des autres méthodologies d'analyse des niveaux macro et méso.

Rappelons que les résultats exposés ici sont issus de 4 séances filmées de consultation en cabinet avec 4 ostéopathes distincts sur 4 patients différents, puis de la confrontation à ces professionnels à leur film. Grâce à cette démarche, nous avons mis en lumière une structure typique qui suggère la mise en œuvre d'un ensemble de sept compétences centrales. Nous les détaillerons dans la suite de ce sous-chapitre et développerons d'autres éléments qui nous sont apparus propres à ce niveau lors de nos différentes investigations méthodologiques. Nous terminerons enfin par une comparaison des compétences mises en lumière dans notre recherche avec celles des référentiels existants et tâcherons d'en comprendre les écarts.

#### *1.4.4.1 Description de l'activité observée*

Afin de mieux connaître l'activité réelle des professionnels en cabinet, nous allons nous efforcer d'appréhender l'activité prescrite au travers de plusieurs sources. Quelques auteurs de par leurs ouvrages semblent plus légitimes dans la profession pour comprendre cette activité. Ainsi nous nous baserons sur deux schémas d'ouvrages, celui de Bertrand Huteau ainsi que celui de Alain Croibier (Huteau & Usureau, 2016 ; Croibier, 2005).

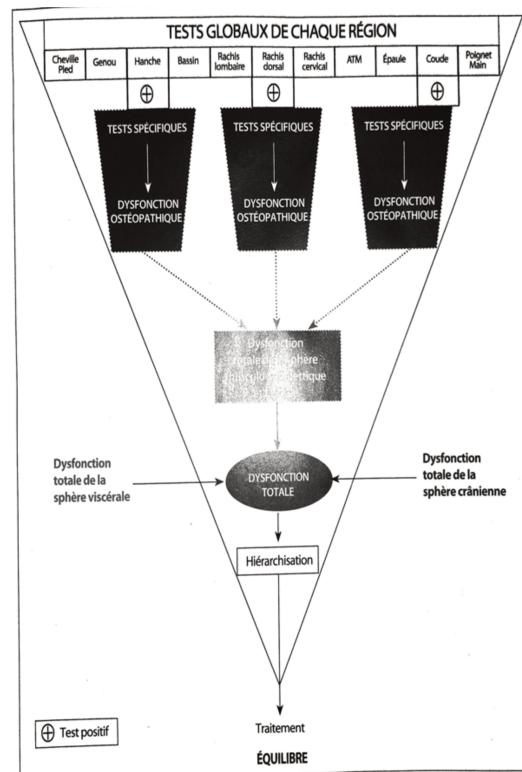


Figure 8. : Schéma du déroulement des tests d'une consultation ostéopathique issue de L'ouvrage de Bernard Huteau « Diagnostic ostéopathique », 2011, p 9

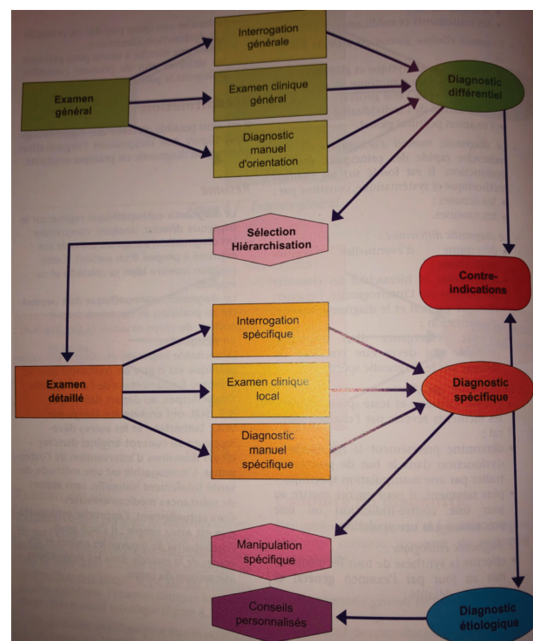


Figure 9. : Schéma du déroulement de la consultation ostéopathique issue de l'ouvrage de Alain Croibier « Diagnostic ostéopathique général », 2005, p. 76

En référence à ces deux auteurs nous pouvons identifier les différentes étapes conseillées d'une consultation qui se décomposent de la manière suivante. Une première étape représente le

diagnostic clinique qui permettra de décider de la prise en charge du patient. Cela suppose la connaissance de toutes les pathologies contre indiquées à l'ostéopathie. Vient ensuite une deuxième étape de diagnostic ostéopathique permettant de trouver la zone à l'origine de la problématique, cette étape se compose de tous les tests ostéopathiques qui correspond aux schémas des figures 8 et 9 précédents. Une troisième étape concerne le traitement, celui-ci peut utiliser un très grand panel de méthodes et de techniques. Enfin une dernière étape s'appuie sur les conseils au patient. Dans la suite de notre travail il va s'agir de confronter cette prescription à l'activité réelle de quatre professionnels ostéopathes et de pouvoir en mesurer les éventuels décalages. Selon ces deux auteurs, le modèle qui semble se dégager de cette pratique est une vision très linéaire et mécaniste du corps. Ainsi, ces modèles reposent sur des tests de mobilité qui seraient les seuls indicateurs d'une problématique corporelle. Il est également intéressant de soulever l'arborescence de la prise en charge, qui se base sur le modèle médical d'arbre décisionnel reposant sur des algorithmes et une vision cognitiviste de l'apprentissage. Ainsi, les médecins doivent répondre à des questions : présence de fièvre ? présence de douleur ? jusqu'à arriver sur l'une des outputs du modèle. Pouvons-nous en ostéopathie superposer un tel modèle alors que nous prônons le caractère non généralisable et unique de l'individu ? Est-ce que le modèle biomécanique est bien représentatif d'une consultation ?

L'ensemble des consultations filmées des quatre professionnels repose sur cinq étapes :

1. Interrogatoire-anamnèse
2. Tests ostéopathiques
3. Diagnostic ostéopathique
4. Traitement
5. Éducation thérapeutique

L'étape une, doit permettre de répondre à la question : puis-je oui ou non prendre en charge mon patient ? Les quatre professionnels se sont basés avant tout sur des questions. Dans la formation, il est fait une place importante aux tests cliniques. Cependant aucun des quatre professionnels n'y a fait appel en cabinet. Est-ce dû au caractère des pathologies que nous avons rencontrées qui ne le nécessitent pas ? Est-ce une négligence des professionnels ? Est-ce que l'interrogatoire à lui seul peut permettre de juger du caractère de gravité d'une prise en charge ?

Les étapes 2, 3, et 4 ont été également faites par les professionnels, cependant dans des ordres différents. Ainsi le professionnel deux lors de la phase de test en a profité pour immédiatement

traiter la zone. Même si le diagnostic est présent chez l'ensemble on observe une construction progressive du traitement qui commence au départ jusqu'à la fin de la consultation sans véritablement finir. L'étape d'éducation thérapeutique correspond aux conseils de « post » séance à savoir par exemple des étirements, des conseils alimentaires, des conseils de suivi avec d'autres disciplines mais également une explication de la problématique rencontrée. Sur trois des quatre vidéos le professionnel passe un long moment à expliquer au patient d'où provenait l'origine du problème qui était la source des douleurs. Nous allons à présent dans la partie suivante détailler sous forme de compétences les différents éléments d'une consultation.

#### *1.4.4.2 Les sept compétences centrales des professionnels observés*

Nous détaillons dans cette première partie les compétences que nous avons pu dégager de nos observations filmées et des auto-confrontation simples avec quatre professionnels qui ont suivi, concernant la classe de situation « consultation ostéopathe en cabinet » : une compétence d'enquête qui se subdivise en décryptage et émission d'hypothèses ; une compétence à situer l'intervention dans un continuum de soins ; une compétence de conception d'un projet thérapeutique d'intervention ; une compétence d'obtention de la confiance et de l'adhésion ; une compétence à savoir mettre en œuvre les techniques ; une compétence à obtenir des résultats ; nous ajouterons à ces compétences centrales une compétence secondaire de gestion du temps.

##### *1.4.4.2.1 Compétence : mener une enquête, un processus itératif, évolutif et co-construit*

La consultation en cabinet d'ostéopathie est organisée par la compétence primordiale d'enquête thérapeutique pour déterminer ensuite comment traiter le patient. Elle se subdivise en compétence à décrypter le problème et compétence à formuler des hypothèses et à les tester sur le patient. Nous pourrions également nommer son but intermédiaire qui est « la compréhension du problème du patient ». Le travail d'enquête de l'ostéopathe ressemble à celui d'un détective à la recherche d'indices.

#### **Compétence de décryptage du problème à traiter**

Comme nous l'avons énoncé dans la partie exploratoire, la compétence de connaissance du patient est identifiée comme une étape-clé avant la mise en place du traitement. Cette étape de décryptage du problème à traiter chez le patient fait référence à une analyse du patient dans

toutes ses dimensions, à savoir physique, sociale et émotionnelle. C'est cette compréhension qui permettra de déterminer ce qui pose problème. Nos formateurs étaient unanimes sur l'importance de trouver la bonne zone à traiter : « *si tu ne trouves pas la bonne zone à traiter, tu pourras utiliser toutes les techniques que tu veux, ton traitement ne marchera pas* » (entretiens exploratoires). Cette compétence de décryptage pourrait s'apparenter à la compétence de diagnostic. Cependant, elle va bien au-delà. Dans l'observation des ostéopathes, nous voyons qu'il leur faut trouver « une zone de dysfonction » à partir d'un message chiffré sans posséder la clé du chiffrement. De plus il y a une dimension « globale » que nous retrouvons dans les concepts de l'ostéopathie. Le décryptage du patient demande d'analyser le patient à plusieurs niveaux qui demanderont chacun une investigation orale ou palpatoire : anatomique, biomécanique, physiologique, tissulaire, socio-professionnel (son métier l'amène-t-il à effectuer des gestes répétitifs ou d'adopter une posture problématique ?), émotionnel (arrive-t-il dans un état d'anxiété, de détente ?). C'est cette identification à plusieurs niveaux qui leur permet de parvenir à une connaissance approfondie du patient. L'utilisation de la dénomination de décryptage nous paraît moins restrictive que celle du diagnostic et d'autant plus appropriée à l'ostéopathie. Le décryptage du patient demande d'aller plus loin que les propos du patient. Le décryptage demande de mettre en lien la perception du professionnel à travers le ressenti d'un patient. On notera cependant que ces deux notions font appel à un même processus cognitif qui est celui du raisonnement clinique (Audétat, 2011) ; il permet de mettre en lien et d'organiser tous les éléments d'une situation clinique. Pour arriver à ce décryptage du patient, le thérapeute doit mener une enquête, prendre des informations de diverses sources et se faire une représentation du problème à traiter.

Quand le patient arrive en consultation, il connaît certes l'endroit qui le fait souffrir. Lorsqu'il est interrogé par le professionnel, il n'est pas forcément en mesure de déterminer l'origine, la véritable cause de cette douleur. Tout se passe comme si, pour l'ostéopathe, cette zone était une **indication secondaire** utile mais que son but concret était de trouver **l'indication première**, en termes de fonctionnement et d'ensemble à traiter. Il n'y a donc pas de superposition entre les informations données par le patient quant à ses gênes ou douleurs et orientation de la réponse thérapeutique ; autrement dit ce n'est pas ce que ressent le patient qui est pris comme unique porte d'accès au traitement. Le professionnel recherche une autre source d'information qui permettra le déclenchement du traitement. La prise d'information débute très tôt comme l'indique FO12 : « *Je regarde toujours comment se comporte le patient à partir du moment où il se lève de la chaise de la salle d'attente. Je regarde comment il s'est levé, comment il marche,*



*comment il vient s'asseoir, comment il est, est-ce qu'il est envahissant, timide, est-ce qu'il respire vite, est-ce qu'il regarde partout, est-ce qu'il est stressé...»* (annexes, FO12 p.708 ligne 6). Il y a l'idée que le praticien doit élaborer sa propre opinion du problème. Cependant, il ne s'agit pas de déconsidérer la parole du patient, celui-ci étant bien entendu en mesure d'apporter des indices supplémentaires : *« quand le patient me montre l'endroit où il a mal, la manière dont il me le montre peut m'indiquer des éléments supplémentaires »* (annexes, FO5 p.500 ligne 2). Il y a ici l'idée d'une co-construction, l'ostéopathe ne déterminant pas tout seul un schéma : cette représentation est issue d'un travail collaboratif entre un patient et son praticien et des éléments qu'il est en mesure de lui apporter. Grâce à l'apport des séquences de films, nous avons pu faire émerger l'idée que ce processus d'enquête est donc évolutif et itératif.

### **Compétence de poser des hypothèses, de les tester, de sélectionner les plus pertinentes**

Lors de la consultation, le professionnel émet des possibilités sur l'indication première, qui prend la forme d'un ensemble structure-fonction à l'origine de la gêne ou des douleurs motivant la consultation. Au début, la situation est indéterminée, en effet plusieurs origines peuvent donner lieu à la même gêne/douleur, d'où la nécessité de les identifier, les tester chacune, éliminer certaines et se concentrer sur l'une ou plusieurs d'entre elles.

Pour ce faire, il semble qu'une image mentale du problème du patient se construise et s'affine, parfois se déconstruit (des hypothèses sont écartées) en prenant en compte les nouvelles données issues de ce travail d'enquête.

FO3 indique : *« pour construire l'image de mon patient j'ai besoin de pas mal d'informations, et l'image que je me fais de mon patient dans ma tête évolue ou se modifie avec les éléments que je trouve »* (annexes, p.812, ligne 6). Cela entraîne des allers-retours entre les informations vues, perçues à la palpation et données verbalement par le patient. La construction du schéma du patient n'est pas une étape fixe comme cela peut être enseigné aux étudiants : cette construction se fait de manière progressive durant toute la consultation, et consiste en construction et déconstruction. Pour conclure sur cette phase d'enquête, l'ostéopathe a trois éléments perceptifs à sa disposition : la verbalisation ; l'observation visuelle ; la perception par le toucher. Nous émettons l'hypothèse qu'un ostéopathe cherche à mettre en cohérence ce qu'il a entendu, ce qu'il a vu et ce qu'il ressent au bout des doigts *« c'est quelque chose que je visualise, peut-être dans son mouvement, dans sa façon de bouger ce qu'il m'a dit ce que j'ai ressenti »* (annexes, FO3, p.811, ligne 10). Ces éléments qui ressortent des vidéos et des entretiens nous paraissent fondamentaux et seront donc analysés dans une partie distincte. Si

les différentes informations (visuelles, palpatoires, verbales) entrent en concordance, l'ostéopathe « tient » son diagnostic, il sait quelle est l'origine de la difficulté dans le corps du patient, il a décrypté l'énigme, atteint son but intermédiaire de comprendre le problème du patient. Tant que les informations des 3 sources sont contradictoires, ambiguës et discordantes, il ne parvient pas à se former une représentation de l'indication première et échoue à arrêter un diagnostic. Dans ce cas, il poursuit ses investigations, pose d'autres questions, fait faire d'autres gestes au patient, recherche d'autres indices pour s'orienter.

#### **1.4.4.2.2 Compétence « situer l'intervention dans un continuum de soins »**

C'est une caractéristique de l'ostéopathie que de promouvoir un travail collaboratif avec la personne. Un rapport collaboratif, c'est la relation entre un ostéopathe et un patient de telle sorte que le patient et son thérapeute puissent travailler ensemble de manière active pour résoudre un problème. Nous avons notamment remarqué avec l'un des ostéopathes (FO12) l'identification de « la chaîne de soins » lorsqu'il demande en début de la consultation au patient des informations sur son parcours : « *est-ce que tu as déjà consulté quelqu'un pour ce problème ?* » (annexes FO12, p705, ligne 13). Cela suppose que le thérapeute dans son intervention a conscience d'être un maillon de cette chaîne, à un stade précis pour le patient et jamais seul à intervenir. La prise en compte de cette historicité des soins du patient par le professionnel est intéressante et révèle que l'ostéopathe pour agir au présent de la consultation, est attentif au passé thérapeutique du patient et à l'histoire de son dysfonctionnement. On retrouve cette préoccupation à la fin de la consultation, lorsque l'ostéopathe annonce les effets possibles à court et moyen terme ou lorsqu'il rend attentif le patient aux changements à observer. Parfois il énonce des conseils de posture pour éviter les douleurs. L'ostéopathe projette alors différentes suites possibles de son intervention dans le futur thérapeutique du patient, il situe son patient dans un continuum de prise en charge de sa santé.

#### **1.4.4.2.3 Compétence « concevoir un projet thérapeutique d'intervention cohérent »**

Nous avons vu précédemment l'importance de la concordance des indices pour la validation d'une hypothèse et la détermination du diagnostic. L'étape suivante est de décliner un protocole d'intervention, ou du moins un ensemble de techniques cohérentes avec le type de cause identifiée. En effet, en ostéopathie il y a rarement l'emploi d'une seule technique en réponse à une cause, mais plutôt le déploiement de plusieurs techniques successivement, *afin de circonscrire le problème sous des angles différents*. Ainsi pour une douleur lombaire le thérapeute peut dans un premier temps utiliser des techniques tissulaires (plus douces) pour

opérer une première détente globale puis enfin pouvoir effectuer des techniques plus manipulatives. Concrètement, le praticien va choisir dans l'éventail des techniques qu'il connaît et qu'il pratique une série de techniques adaptées à la fois à la situation, à ses possibilités (cognitives et physiques), à ses préférences. La cohérence est donc requise à plusieurs niveaux.

#### 1.4.4.2.4 Compétence « obtenir la confiance, l'adhésion »

On pourrait également parler d'alliance thérapeutique. Les ostéopathes ont cherché à installer un véritable climat de partenariat qui va être un des principaux piliers de l'efficacité. Il y a également l'idée que le patient adhère au traitement. Cette adhésion, à la discipline, à la prise en charge, au traitement, est énoncée à plusieurs reprises chez les professionnels.

Dans le vidéo de FO12, celui-ci pose 9 fois la question à son patient lors de la consultation et ces différentes étapes « *Ça va ? Ça va je ne te fais pas mal ?* » Cela pourrait paraître pour une bienveillance excessive, cependant cette question lui apporte un indice qui permet au professionnel de connaître le ressenti du patient et de pouvoir réadapter sa pratique en fonction de sa réponse, la capacité à nouer un lien, à faire preuve d'une attitude empathique étant ici fondamentale dans cette relation. Au-delà de faciliter l'entrée en communication, il nous semble que l'établissement de la confiance est bien plus encore un critère de réussite de l'ensemble de l'intervention, en ce qu'elle permet de lever des barrières, de mieux accompagner l'efficacité du projet thérapeutique. Elle peut de ce fait servir également d'indice pour la régulation de l'action.

Cela se confirme par les propos d'un des professionnels lors des entretiens « *plus mon patient est relâché plus c'est facile pour moi de travailler* » (annexes, FO5, p.743 ligne 17). Un autre thérapeute (FO2) parle de possibilité donnée par le patient de « *laisser entrer* » l'ostéopathe (annexes p.800, ligne 10). Nous avons pu percevoir en tant que chercheur toute cette « manœuvre d'approche » et presque d'apprivoisement en douceur pour obtenir cette confiance, cette adhésion. Cela passe également par un toucher avec intégrité. Lors des consultations filmées un des thérapeutes avait comme patient un kinésithérapeute. Celui-ci, lors de son auto-confrontation, a indiqué ne pas avoir utilisé les techniques qu'il pratiquait habituellement. Pour expliquer ce choix, il met en avant le fait qu'il a eu sur la table un kiné et que celui-ci s'attendait peut-être à des techniques qu'il lui parle davantage. Ceci suggère l'idée d'obtenir la confiance par le toucher.

#### 1.4.4.2.5 *Compétence à savoir mettre en œuvre les techniques*

Cette étape est un peu la « cerise sur le gâteau » du professionnel lors d'une consultation, après avoir bataillé à la recherche d'un maximum d'indices celui-ci va pouvoir enfin mettre en application son arsenal thérapeutique. Il va pouvoir effectuer ces techniques, à sa façon, de manière successive et parfois répétée. Sur les quatre vidéos on observe deux types de traitement ce qui abordent un traitement plutôt dans la mobilité, l'articulaire. Tandis que les deux autres thérapeutes utilisent des techniques plus axées sur le ressenti, la perception, qui sont moins dans le mouvement. Quatre pratiques différentes ne permettent pas de tirer de généralités sur la pratique du métier cependant il semble se dégager ces deux notions auxquelles les ostéopathes font fréquemment référence pour l'orientation de leur pratique de « mobilité » et de « densité » déjà évoquées lors de nos auto-confrontations. Nous avons souvent pointé dans cette thèse la diversité des pratiques des ostéopathes. Cependant à la vue de ces résultats partiels seulement deux courants ont été repérés qui corroborent nos résultats d'analyse. Après réflexion nous pouvons émettre une hypothèse que l'ensemble des différents courants de l'ostéopathie pourraient se retrouver dans ces deux concepts pragmatiques : **la mobilité et la densité**. En reprenant les recommandations de notre groupe de travail, ce sont deux notions qu'il faudrait absolument définir plus finement.

#### 1.4.4.2.6 *Compétence à obtenir des résultats*

La compétence qui concerne l'obtention des résultats est déjà apparue lors de notre phase exploratoire. Les professionnels indiquent qu'ils sont constamment jugés sur leurs résultats : « *si un patient a encore mal il ne viendra plus* » (annexes, FO12 p.120 ligne 20). Si le succès de leur activité est ordonné à l'efficacité du soin prodigué, cette dimension d'obtention de résultats « visibles » même s'ils sont partiels, est effectivement une préoccupation majeure des ostéopathes. Un ensemble d'éléments semble destiné, lors de la consultation, à précisément agir sur les attentes des patients, les accompagner dans la prise de conscience des effets de l'intervention thérapeutique. C'est le cas notamment des tests effectués à la fin de la séance, servant doublement de repères sur les modifications obtenues (amplitude, souplesse, diminution de la gêne, atténuation de douleurs...) mais aussi d'éléments de « preuve » montrés au patient. Mais c'est aussi le cas dans la discussion préalable, durant l'intervention ou à la fin de celle-ci, du cadrage par l'ostéopathe sur ce que le patient peut espérer obtenir comme amélioration au regard de l'ancienneté ou de la gravité de son dysfonctionnement par exemple.

Nous faisons également le constat qu'il n'était jamais demandé à un étudiant de mettre en application cette compétence. Les internes en médecine ont souvent à faire face à l'échec de leur traitement. Les étudiants en ostéopathie ne sont jamais évalués sur un résultat de consultation. On estime que s'ils mettent en application la bonne méthodologie, les résultats suivront. Cette idée d'obligation de résultat est un ressenti fort qui émane des ostéopathes. Lors de l'apprentissage en situation clinique, les patients venant consulter sont moins exigeants. En clinique pédagogique, les patients savent qu'ils seront traités par des étudiants, ce qui implique de leur part une exigence moindre qui leur permet de bénéficier de tarifs avantageux. De plus, lors de notre recherche, nous avons souvent entendu dire de la part des formateurs : « *ce ne sont pas les mêmes patients en clinique qu'en cabinet* » (FO10 annexes p.429 ligne 26). Nous n'avons pas pu creuser davantage cette idée dans notre recherche, mais il y a sans doute un approfondissement à faire. Mais en cabinet, l'ostéopathe a très souvent un retour du patient, soit directement à la fin de la séance, lors d'une consultation ultérieure, ou au téléphone. À ce stade, nous nous questionnons sur l'intérêt d'une confrontation des étudiants aux résultats de leurs consultations. Les patients pourraient-ils être également impliqués dans l'évaluation des étudiants en clinique ?

#### **1.4.4.2.7 Compétence de « gestion du temps »**

Si cette compétence n'est pas fondamentale, néanmoins le professionnel doit, lors d'une consultation, obtenir un maximum d'informations, analyser, raisonner, entrer en contact avec son patient, le faire adhérer et tout ceci dans un temps imparti, puisque d'autres consultations précèdent et suivent dans son agenda. Cependant, toutes ces étapes peuvent demander un temps différent selon la pratique et l'expérience de l'ostéopathe. Un des ostéopathes nous disait d'ailleurs qu'au début de sa carrière, il consacrait beaucoup plus de temps à la phase des tests, qu'il concentre davantage à présent. Il y a donc une véritable compétence à mettre en œuvre qui consiste dans la gestion d'une consultation dans un temps défini. Alors qu'en moyenne, la consultation d'un professionnel dure entre 30 et 45 min les premières consultations des étudiants en clinique durent en moyenne une heure.

#### **1.4.4.3 Les trois modalités de prises d'information d'une consultation : verbalisation, observation, toucher : la 8<sup>ème</sup> compétence**

Lors de l'analyse des vidéos, il est apparu que le thérapeute était sans cesse dans la prise d'informations et qu'il tachait constamment d'établir une certaine « connexion » avec son

patient. Cette compétence a été confirmée par les auto-confrontations simples. Cela a également permis de dégager trois entrées pour établir cette communication, à savoir la verbalisation, l'observation et le toucher.

La verbalisation fait partie intégrante de la consultation : elle démarre lors de la discussion inaugurale appelée l'anamnèse, pendant laquelle le praticien à son bureau prend des informations sur le motif de la consultation et en note une partie. La conversation se poursuit durant l'intervention, quand le patient est assis ou allongé sur la table ; elle peut prendre une forme anodine, on peut aboutir à une meilleure connaissance de la vie du patient et à une meilleure prise en charge. Par exemple, l'évocation, par un patient discutant de son travail d'une gestuelle répétitive, de posture particulière ou de la pression à laquelle il est soumis peuvent permettre d'orienter vers des problématiques de TMS ou psychologiques. Elle est présente à la fin de la consultation pour clore l'intervention, par exemple sur des recommandations.

L'observation n'est pas uniquement une observation statique du patient face à l'ostéopathe. Cette observation, comme nous avons pu le voir, commence dès la salle d'attente. Elle se poursuit pendant toute la durée du traitement en prenant en compte toutes les situations dans lesquelles le patient bouge, s'assoit, s'habille ou se déshabille durant la consultation.

Enfin, le toucher correspond à la phase la plus spécifique du métier d'ostéopathe. Nous rappelons ainsi la composante majoritairement manuelle de l'exercice de la profession. Cet aspect devra être développé de manière beaucoup plus approfondie dans une prochaine étude car il constitue en soi un sujet de recherche. On peut s'intéresser aux travaux de Christian Courraud sur la perception au travers de la fasciathérapie. Dans notre recherche, nous avons distingué deux types de touchers différents qui sont utilisés durant les consultations : un toucher léger et un toucher plus profond qui ont été confirmés lors des auto-confrontations.

Lors des séquences vidéo, le professionnel touche à de multiples fois le corps de son patient. Nous avons pu observer des manières différentes de toucher ce corps, pour des finalités différentes. Tout d'abord, il nous est apparu un toucher qui ne nécessite pas de concentration spéciale, dans la mesure où le professionnel peut parler et effectuer son geste simultanément. À l'inverse, dans certaines phases de la consultation, le thérapeute ne parle plus, ferme éventuellement les yeux en pointant le visage vers le bas en position d'intense concentration. Dans les exemples recueillis, c'est plutôt lorsqu'il recherche des informations, « écoute » les réactions du corps du patient dans sa phase de décryptage ou après une technique que l'ostéopathe adopte le toucher fin et silencieux ; le toucher plus classique semble être associé à

l'effectuation de techniques très familières à l'ostéopathe, dont chaque élément est connu, pratiqué et maîtrisé. Un niveau de vigilance moindre est donc requis par le recours à des automatismes.

À l'aulne de ces résultats, nous posons l'hypothèse non pas d'un toucher uniforme, mais de plusieurs types de toucher pendant une consultation.

Le toucher, de façon très surprenante, est également un vecteur d'identification et de contextualisation du patient par des effets de mémoire associée qui a été évoquée lors des auto-confrontations collectives et qui est reprise par l'un des professionnels : « *Quand je repose les mains sur le patient, j'ai des petites sensations qui reviennent parfois, enfin c'est comme un souvenir* » Julien. Les formateurs ont évoqué le terme de « sensorithèque » pour faire référence à une bibliothèque de touchers dans laquelle ils puisent pour faciliter la perception d'un patient. À ce stade, nous ne pouvons qu'évoquer ces prémisses de résultats concernant le toucher qui devront être approfondies et traitées dans une recherche à part entière.

Nous pouvons estimer que l'usage optimal de ces trois modalités de recueil d'information : par la perception, la communication verbale et l'observation, relève aussi du développement de compétences ; ces compétences sont nécessaires à la fois lors du processus d'enquête et lors de la vérification des effets des techniques réalisées. Le développement de ces compétences est clairement du ressort de l'institution de formation à l'ostéopathie.

Nous retrouvons dans la pratique de l'ostéopathie les propos de Carl Rogers et son idée de la non directivité (1945). Il y a dans l'attitude d'un thérapeute, la bienveillance, l'empathie qui font penser à une aide sans contrainte prônée par Rogers. Cette approche se définit par une centration sur la personne et c'est véritablement le processus qui se déroule lors d'une consultation. De plus nous pouvons également emprunter la notion de toucher « psychotonique » (Olry, Lang, Froissard-Monet, 2005, p. 71). Cette dimension du toucher implique une véritable relation d'aide de la part du praticien.

#### 1.4.4.4 *J'enseigne ce que je ne fais pas*

Dans les autres méthodologies, à savoir les auto-confrontations collectives et les vidéos, certains éléments concernant l'activité du professionnel nous étaient apparus. Les éléments évoqués peuvent être regroupés dans une seule thématique, à savoir la distorsion entre ce que l'on enseigne et ce que l'on pratique.

Les formateurs ont relevé certaines tâches qui n'étaient pas ou étaient peu réalisées en cabinet,

et qui pourtant bénéficient d'un apprentissage en formation. C'est le cas par exemple de l'examen clinique qui est un aspect important de la formation mais qui, pourtant, n'apparaît pas essentiel en cabinet. En reprenant les vidéos des quatre professionnels, nos observations vont également dans le sens des formateurs puisque aucun des quatre professionnels n'a pris le temps de faire un examen clinique tel qu'il est prescrit.

Les formateurs ont également évoqué la particularité d'enseigner des pratiques qu'eux-mêmes ne faisaient pas ou plus en cabinet. Se pose alors la question du degré de maîtrise d'une technique pour pouvoir l'enseigner. Doit-on forcément maîtriser la technique que l'on enseigne ? Mais aussi la question du corpus de techniques à enseigner au vu de l'immense variété de celles-ci. Quels critères sélectionner pour le choix des techniques à enseigner : les plus efficaces, les plus employées, les moins complexes, les plus aptes à être enseignées...?

Par ailleurs

#### 1.4.4.5 Les écarts entre les compétences observées et les référentiels existants

Nous avons ici comparé les résultats obtenus des compétences identifiées chez les ostéopathes avec celles ciblées par le ministère de la santé. Pour information, nous avons dégagé huit compétences, le ministère de la santé en a de son côté identifié six :

Compétences issues de nos travaux	Compétence du ministère de la santé
	Accueil et information de la personne
Compétence d'enquête (décryptage, formulation d'hypothèses, tests des hypothèses)	Recueil d'informations nécessaires à l'élaboration du projet d'intervention de l'ostéopathe
Compétence de situer l'intervention dans un continuum de soins	
Compétence de formuler un projet thérapeutique d'intervention cohérent	
Compétence d'obtenir la confiance / l'adhésion du patient	



Compétence savoir mettre en œuvre les techniques d'ostéopathie	Intervention ostéopathique
Compétences de prises d'information (perception, observation, verbalisation)	
Compétence à obtenir des résultats	
Compétence de gestion du temps	
	Gestion d'un cabinet
	Veille professionnelle et formation continue

### Comparatif des compétences

On remarque que trois des compétences présentent des similitudes. Cependant, le cœur de l'activité n'est pas du tout décrite dans le référentiel ministériel. Les compétences d'établissement de la confiance et de l'adhésion, la compétence d'obtention de résultats qui sont pourtant fondamentales ne sont pas du tout évoquées. Le ministère de la santé accentue, de son côté, l'environnement administratif avec la compétence de gestion d'un cabinet et la veille professionnelle et de formation continue. Il est à noter que l'ensemble des professionnels de santé de France sont soumis à une obligation de formation continue. Pour les ostéopathes, cette compétence est essentielle. Seulement, il n'y a aucune loi, aucun encadrement de cette formation continue actuellement. Nos compétences, qui ont la particularité de provenir du terrain, de l'activité réelle, permettent de définir le contour du métier, ce que ne permet pas le référentiel actuellement existant.

Les référentiels qui sont à notre disposition sont basés sur un travail prescrit. Les quelques méthodologies accessibles sur leur création sont issues de groupes de discussions. Il en va de même pour le référentiel « officiel » établi par le ministère de la santé où seuls des acteurs de la formation et des représentations syndicales étaient présents. Cette conception a été produite sous la forme de groupes de travaux qui se sont fondés sur le discours des participants, pour reconstruire le prescrit. On notera que la participation des écoles et des syndicats a pu revêtir une dimension d'ordre politique en enlevant une part d'objectivité à cette analyse.

#### 1.4.4.6 *Les écarts entre les compétences observées en cours et les compétences observées en cabinet*

En reprenant nos résultats des séquences vidéo de cours et celles des professionnels en cabinet, nous nous apercevons d'un décalage entre les compétences ciblées enseignées et celles pratiquées réellement en cabinet. Comme cela avait été déjà évoqué lors du questionnaire des formateurs, les vidéos des cours font dégager une compétence très technique du métier. En référence aux deux ouvrages que nous avons cités précédemment, les formateurs forment et utilisent des arbres décisionnels. Si un patient a telle problématique alors il faudra traiter telle structure. De par le manque de références communes dans le métier, la formation à l'inverse a dû « sur » structurer son enseignement cependant, lors des vidéos des professionnels, on remarque des phénomènes d'aller-retours avec cette notion d'enquête quasiment présente lors de toute la consultation. L'aspect humain, la verbalisation, l'empathie ne sont pratiquement pas présentes dans les vidéos de formation. Ces compétences apparaissent pourtant primordiales dans la prise en charge des patients comme nous avons pu le constater avec les professionnels. De plus nous avons observé une construction du schéma du patient par prises de nombreux indices et surtout une construction de ce schéma sur un mode itératif et évoluant en permanence dans la consultation et ceci, y compris dans la phase de traitement. En reprenant la compétence clé à savoir la compréhension du patient, il semblerait que cette étape puisse apparaître jusqu'en fin de consultation. Sur le schéma de l'ouvrage d'Alain Croibier (2005), on retrouve une case « sélection et hiérarchisation des informations » qui correspond à une étape de synthèse des éléments pour aboutir à cette compréhension du patient qui fait figure de « passage obligatoire » pour continuer le déroulement de la prise en charge. Cependant cette étape dans l'ouvrage est représentée comme une étape intermédiaire, figée alors que justement celle-ci est dynamique lors de l'ensemble de la consultation.

#### 1.4.4.7 *Je fais ce que je n'enseigne pas*

La combinaison des compétences des professionnels mise en œuvre dans les situations de consultation observées ne suit pas la schématisation qui en est donnée ni par les ouvrages de référence en ostéopathie, ni dans les séances d'enseignement pratiques filmées. L'expertise développée en situation échappe à une description simplificatrice qui omet le principal : le raisonnement fait en situation pour passer d'une situation énigmatique, cryptée d'un patient à un traitement complet. Tout ce qui s'est développé grâce à l'expérience est très peu abordé, comme si ces éléments étaient « naturalisés » par l'ostéopathe et donc omis en formation.

Par exemple, nous avons pu observer sur les quatre vidéos des professionnels l'installation d'un climat très « enveloppant », marqué par les gestes ainsi qu'une attitude bienveillante et d'écoute très présente avec les patients. Cette compétence ne semble pas du tout mise en évidence lors de la formation et en présence des étudiants. Lors des démonstrations des gestuelles les formateurs pourraient accentuer cette attitude, elle pourrait également donner lieu à une évaluation spécifique. Nous sommes en présence de savoirs incorporés, Yves Barel en propose la définition suivante :

*« Un savoir-faire incorporé est un savoir-faire indissociable d'individus ou de groupes concrets : il est le résultat de leur apprentissage personnel, de leur expérience, de leur habileté. La caractéristique la plus importante du savoir-faire incorporé est qu'il n'est pas analysable et décomposable jusqu'au bout (le cas où l'analyse et la décomposition totales sont possibles, mais non tentées, est un cas limite). Le travailleur sait faire, mais il ne sait pas complètement comment il sait. Le savoir-faire incorporé n'est donc pas transmissible par enseignement. Il n'est transmissible que par apprentissage c'est-à-dire par la reproduction plus ou moins à l'identique d'individus ou groupes au cours du travail lui-même. Le support du savoir-faire est humain et biologique. Mais quand le savoir-faire est analysable et décomposable jusqu'au bout le savoir et le faire peuvent se déconnecter. » (Barel, 1977, p.16-19).*

En reprenant cette définition, les savoirs incorporés ne peuvent faire l'objet d'un enseignement « traditionnel ». Toutefois, ils peuvent faire l'objet d'une explicitation par les formateurs et une attention aux gestes et paroles qui vont dans le sens de leur mise en lumière. Dans la phase d'apprentissage, lorsque l'on se retrouve en situation de travail ce savoir pourra ainsi se mettre en œuvre. Des phases d'acquisition des techniques seraient facilitées lors de simulation ou de cas qui représentent au mieux la situation de travail authentique d'un ostéopathe. Et cela renforce notre idée de devoir poursuivre notre recherche au sein de la clinique pédagogique afin de percevoir si d'autres savoirs incorporés, comme cette compétence relationnelle, sont mises en valeur ou non dans le guidage des étudiants par les formateurs.

#### 1.4.4.8 En synthèse

L'une de nos intentions était de montrer que l'analyse des métiers de la formation n'était pas suffisante dans le cas où le métier auquel on forme est lui-même en cours de consolidation (soit parce qu'il est récent, soit parce qu'il est soumis à des modifications profondes). En effet, quel

que soit le cas, ce manque de stabilisation du métier risque d'être associé à une identité professionnelle instable, alors-même que les composantes de cette identité constituent les finalités des formations professionnalisantes au sens de Wittorski (c'est-à-dire les savoirs, savoir-faire communs d'un métier, ainsi que les références communes, qui devront ensuite être déclinés et adaptés aux lieux d'exercice effectif du travail.). C'est pourquoi, dans ce type de cas, l'analyse de l'activité des formateurs ne peut se passer d'une analyse de l'activité du métier auquel ils forment. Notre travail sur le métier a permis de faire émerger huit compétences principales. Elles semblent primordiales pour travailler la notion de concept ostéopathique. Cependant, elles n'apparaissent pas dans les référentiels existants. Nous n'avons pas retrouvé ces éléments dans les séquences vidéo de formation. Nous formulons l'hypothèse selon laquelle ces compétences se transmettent davantage en situation clinique et semblent relever de l'implicite pour les formateurs.

#### 1.4.5 Conclusion : analyse par niveau

En faisant le pari d'observer l'activité à plusieurs niveaux, nous avons pu identifier trois niveaux de l'activité : le micro, le méso et le macro. Pour accéder à ces niveaux nous avons utilisé plusieurs méthodologies. Ainsi lors des auto-confrontations collectives nous avons pu observer à quel point certains sujets ont donné lieu à de vifs débats. La réalité d'un travail ne se découvre jamais mieux que lorsque l'on suscite autour de lui des controverses pour en faire le tour (Clot, 2014). C'est exactement l'usage que nous avons pu faire de notre dispositif méthodologique. Plusieurs controverses ont ainsi émergé concernant la profession, la formation, la professionnalisation des formateurs, la didactique disciplinaire et enfin l'ingénierie de formation. L'utilisation de cette méthodologie était particulièrement pertinente dans le cadre d'un métier dont les savoirs ne sont pas encore stabilisés ce qui nous a permis de faire apparaître des problématiques d'ordres institutionnel, de posture, de cadre et ceci en prenant appui sur tous les acteurs de la formation nous permettant un regard le plus large possible sur l'activité. Nous avons également cet avantage de disposer de plusieurs méthodes de recueils de données. La récurrence des informations à travers plusieurs sources ainsi que leur croisement consolident la valeur de l'information obtenue.

## CHAPITRE 6 Discussion et conclusion

Nous entamons désormais notre dernier chapitre qui concerne la discussion de nos résultats. Afin de permettre au lecteur une meilleure compréhension, nous l'avons organisée en trois parties. Dans une première partie nous tâcherons de mettre en regard nos résultats sur les compétences des professionnels ostéopathes et celles des compétences des formateurs. Dans la deuxième partie nous aborderons la méthodologie et l'épistémologie de notre recherche. Dans la troisième partie nous nous concentrerons sur les perspectives qu'ouvre notre travail ainsi que sur les recommandations pour la formation. Enfin, nous conclurons le chapitre puis l'ensemble de notre travail.

### 1.5 Les compétences professionnelles des ostéopathes, les compétences du formateur.

#### 1.5.1 Les compétences du professionnel

Nous avons fait appel à plusieurs référentiels de compétences existants pour comprendre le métier d'ostéopathe. Nos résultats montrent la grande hétérogénéité des compétences actuellement référencées. De plus, l'analyse de l'activité a permis d'identifier de nouvelles compétences, absentes des référentiels existants. Cela pose plusieurs questions. Tout d'abord, sur la discipline ostéopathique en elle-même : peut-on un jour envisager de référentialiser l'ostéopathie ? Et plus largement : tous les métiers peuvent-ils être référencialisés ? La non-stabilisation du métier a-t-elle un impact sur la construction des référentiels ? Enfin, nos résultats interrogent sur le rôle et le caractère construit de tout référentiel, et des nécessaires décalages qui existent avec l'activité réelle. Un référentiel est un document textuel qui cherche à représenter la complexité d'une activité, pour qu'elle fasse référence, qu'elle puisse devenir une ressource et un support d'échanges pour les acteurs d'un domaine.

Dans un métier en cours de construction, le référentiel ne peut-il pas servir de support à l'émergence d'une vision du métier émanant des acteurs ? Celui-ci aurait alors pour vocation d'être évolutif et modifiable. Nous avons abordé, dans notre cadre théorique, les approches de la compétence comme située, c'est-à-dire relative à une classe de situations ou à une situation. C'est la variabilité et la diversité des situations qui distinguent les différentes formes d'une classe de situations, « toujours identiques et toujours différentes » (Mayen, 2004). Un référentiel basé sur la situation serait, selon nous, plus proche de la réalité de l'activité et

rendrait davantage compte de la complexité de ce qu'est un métier (Mayen, Métral, & Tourmen, 2010b)

Dans la partie suivante, nous discuterons des principales compétences que nous avons identifiées et qui étaient jusqu'à présente absentes des référentiels du métier d'ostéopathe, à savoir la capacité à obtenir des résultats immédiats, la compétence sensori-relationnelle, la compétence d'analyse et de connaissance du patient et enfin la compétence de gestion de temps.

#### *1.5.1.1 La compétence d'obtention de résultats rapides*

La compétence de résultats semble primordiale dans le métier. Les questionnaires menés auprès des patients montrent que la principale source de consultation est le bouche-à-oreille. Meilleur est le bouche-à-oreille, meilleure est la réputation du thérapeute, et plus nombreuse est sa patientèle. Les professionnels du soin, de manière générale, sont donc soumis indirectement à cette problématique du résultat s'ils veulent vivre convenablement de leur activité. Nous faisons l'hypothèse qu'une meilleure légitimation de la pratique ostéopathique pourrait passer par la preuve de son efficacité clinique. La reconnaissance de cette dernière pourrait influencer favorablement la reconnaissance statutaire de la discipline, qui reste encore timide et controversée. Dans sa thèse, Julie Demaret évoque un processus similaire avec le cas de la construction de légitimité des contrôleurs de gestion (2014). Ces derniers souffrent également d'un manque de reconnaissance de leur métier car il peut être réalisé par d'autres profils que les leurs, comme par exemple, par des experts-comptables. La légitimité de la profession s'est alors construite autour de la preuve du résultat et de l'efficacité de l'action des contrôleurs de gestion. Le même phénomène semble à l'œuvre en ostéopathie : la reconnaissance de la profession passe par l'efficacité de l'action.

Évoquer l'efficacité de l'ostéopathe revient à interroger la notion d'efficacité du soin ostéopathique : qu'est-ce qu'un soin efficace ? Lors de nos confrontations collectives, un échange entre formateurs a montré que les ostéopathes sont conscients qu'ils agissent ponctuellement et partiellement, dans leur domaine d'intervention, et qu'ils ne peuvent pas régler en une séance des dysfonctionnements lourds ou anciens mais qu'ils escomptent toujours améliorer le patient de sorte que celui-ci identifie un mieux-être à la suite de leur intervention. Ils ont donc une attente adaptée à la situation du patient, de résultats partiels plus que de guérison complète. Cette conception des attentes est liée à la conscience de leur place dans le parcours du patient.

En effet, nous avons vu qu'une des spécificités de l'ostéopathe est de se situer en complémentarité dans un continuum de soins pour le patient. L'ostéopathe se positionne dans une chaîne de soins qu'il prend en compte dans le choix du traitement à appliquer. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'il ne peut pas délivrer de recommandations médicales. En effet, il considère non seulement l'histoire du patient mais également l'histoire du soin du patient, autrement dit, on peut penser que l'ostéopathe vise non pas le soin le plus efficace mais le soin « optimal », c'est-à-dire, le plus adapté à la situation, à l'antériorité des actes de soins successifs concernant le patient.

Ce dimensionnement des attentes quant aux résultats les met dans une position plus explicite également dans la relation aux patients, ce qui agit certainement sur leur collaboration.

#### *1.5.1.2 La compétence sensori-relationnelle*

Nous avons vu lors de l'observation des 4 ostéopathes en cabinet à quel point l'activité de soin est liée à la collaboration, le « partenariat » entre le thérapeute et le patient, qui repose sur un échange verbal, une mise en confiance, mais également l'atteinte d'un état suffisant de relâchement physiologique pour permettre une intervention de soin efficace. Parvenir à accompagner le patient dans cet état fait donc partie intégrante du soin et conditionne sa réussite, l'atteinte de résultats.

La compétence relationnelle est de plus en plus souvent mentionnée dans les métiers de la santé et du soi. Pomey (2015) évoque un changement de paradigme qu'il théorise d'ailleurs dans son « Montréal Model ». Ce nouveau modèle repose sur l'idée d'un partenariat relationnel entre les professionnels de la santé et les patients. Le patient est ici considéré comme un soignant et un membre à part entière de l'équipe de soins (Stewart & al., 2000). Le « Montréal Model » s'appuie sur le savoir expérientiel des patients. L'ostéopathe a besoin de ce savoir expérientiel pour en dégager une forme d'éducabilité de la perception sur laquelle nous reviendrons par la suite. Le patient participe aux soins en ostéopathie en transmettant des informations (explicitement et par les résistances présentes dans son corps) évoquant sa perception, ses sensations et ceci aussi bien dans la phase de localisation du problème que dans la phase de soins, en faisant part au thérapeute de l'évolution qu'il perçoit. Spinoza avait déjà évoqué en son temps le rôle de la perception du corps et de l'individualité (Gillot, 2003). Le thérapeute doit donc apprendre à prendre en compte ces éléments. Mais si ce savoir réside en partie dans les échanges verbaux, il est également encrypté au plan corporel.

En effet, dans le cas du soin ostéopathique, l'alliance thérapeutique ne passe pas seulement par l'établissement de la sécurité, puis de la confiance, elle est pour ainsi dire incarnée non-verbalement par les deux partenaires : patient et thérapeute. Même quand l'échange verbal est minimal, les tensions et résistances des tissus et des structures informent l'ostéopathe de sa possibilité et impossibilités d'agir comme il l'a prévu. En plus des mots, il perçoit visuellement par l'attitude de son patient, sa position, il perçoit sensoriellement par le toucher l'état de son patient. Cela lui sert d'indices pour réorienter sa pratique, tenter des stratégies alternatives, contourner le problème posé pour parvenir au relâchement attendu qui rendra le soin efficace. Il s'agit donc bien plus d'une compétence qui lie indissociablement le sensoriel et le relationnel.

#### 1.5.1.3 *La compétence de décryptage*

La dénomination de cette compétence est issue des réflexions suivant nos entretiens exploratoires : pour qu'un traitement soit efficace, il faut d'abord identifier la zone du corps qui est en jeu. Nous avons fait apparaître, lors des vidéos réalisées auprès des professionnels, que ces derniers construisaient une image opérative du corps du patient (Ochanine, 1978) au fur et à mesure du déroulement de la consultation. Ce sont les trois entrées qu'utilise l'ostéopathe, à savoir la perception kinesthésique par le toucher, la perception visuelle et la verbalisation, qui vont permettre une modélisation et la finalisation de cette image, qui est propre à chaque patient. D'autres recherches devront être menées pour préciser la manière dont cette image se forme et comment elle peut faire l'objet d'un enseignement. Une grande partie de l'apprentissage de cette étape se déroule en clinique pédagogique. C'est pour cela que nous envisageons de continuer nos recherches dans cette classe de situations, à ce niveau d'acquisition des pratiques. Pour les futures recherches sur le processus de construction de l'image opérative par les thérapeutes, nous préconisons l'utilisation de la méthode d'explicitation de Vermersch (2000), qui semble adaptée à la nature pré-consciente de ce processus.

#### 1.5.1.4 « *La compétence « Gestion de temps »* »

Cette compétence, aussi anodine qu'elle puisse paraître, revêt une importance particulière en ostéopathie. Pour comprendre son patient, l'écouter et mettre en action les différents mécanismes évoqués précédemment, mais dans un « format » de consultation pré-établi de 30 à 45 minutes, la gestion du temps est une compétence pragmatique-clé. Cette dernière implique notamment des notions de gestion de la patientèle (au plan matériel, économique, etc.) cependant comme nous l'avons démontré dans notre enquête à destination des formateurs,



l'insertion n'est pas la préoccupation des écoles. La gestion du temps n'apparaît pas comme une compétence reconnue dans le cadre de la formation : comment faire en sorte de l'intégrer au cursus ? Ne faudrait-il pas du lien entre la pratique thérapeutique et la pratique organisationnelle ? Pourrions-nous envisager d'utiliser davantage la ressource de terrain chez un thérapeute pour commencer à initier cette gestion ? Nous observons qu'en clinique pédagogique les étudiants voient deux ou trois, éventuellement quatre, patients maximums sur une demi-journée. Cette organisation est loin de la réalité du cabinet où certains professionnels reçoivent huit à dix patients sur la même période de temps. Les apprenants ne sont pas formés pour faire face à une telle fréquence. La fatigue, le stress découlant des éventuels retards des patients, ne sont pas des éléments abordés dans la formation alors qu'ils font pourtant partie intégrante de la pratique quotidienne. Il y a un décalage entre la réalité du terrain et le contenu de l'apprentissage. Le stage doit permettre au futur professionnel de réfléchir sur son comportement en situation réelle (Dion, 2017). Ce constat nous incite encore davantage à nous focaliser sur la clinique pédagogique pour nos futures recherches.

### 1.5.2 La didactique du métier : le décalage entre les compétences exigées par la pratique et les compétences enseignées

Nos résultats montrent plusieurs éléments centraux dans la formation et qui appartiennent à la didactique du métier. Nous distinguons deux choses fondamentales dans la pratique actuelle des formateurs, d'une part les compétences nécessaires en cabinet mais non enseignées dans la formation et, inversement, les compétences enseignées mais qui ne sont pas ou plus nécessaires dans la pratique. On pourrait remarquer que ce n'est pas propre à la formation à l'ostéopathie et que ce constat est largement partagé ou encore renvoyer la responsabilité de cette adaptation à chaque étudiant. Encore faudrait-il que les étudiants soient réellement accompagnés dans un processus de prise en charge de leur apprentissage. Cela nous amène à traiter de la question de l'autonomisation des étudiants.

#### 1.5.2.1 *L'autonomie et ses conditions préalables : se mettre d'accord sur un cadre et le mettre en application*

Nous avons observé un faible niveau d'autonomie des étudiants tant dans leurs études que dans l'acquisition d'une posture professionnelle. Cette dernière requiert de la proactivité, une capacité à se mettre dans la situation d'un « professionnel en devenir ». Dans la compétence de décryptage, l'autonomie est capitale car elle met en jeux des éléments à prendre en compte par soi-même. N'oublions pas que l'ostéopathe est en grande majorité dans une situation libérale,

autant dire que la formation et même les occasions d'échange avec les pairs sur leurs pratiques sont rares. La compétence de décryptage repose elle-même sur la capacité de réflexivité individuelle. Le processus même d'autonomie reposant entre autres sur la capacité d'un individu à pouvoir faire émerger ce questionnement (Quintin, 2013).

L'un des éléments freinant l'acquisition d'autonomie réside dans la perception des études et de leur coût, les étudiants partant du principe que les études étant chères et demandant un effort financier conséquent, elles devraient tout contenir et impliquer un investissement de temps et d'énergie mesuré. Il faudra sans doute envisager une remise à plat en profondeur de la formation et de cette vision consumériste. Il appartient à la direction de communiquer davantage sur le coût élevé de fonctionnement, sur l'engagement attendu des étudiants ainsi que le respect d'un cadre par tous, dût-il prendre la forme d'un règlement intérieur ou d'une charte négocié au préalable entre les représentants de l'école, des formateurs, des étudiants. Par la suite, il faudra développer et travailler sur la capacité réflexive et le questionnement dans la formation. Sécurisant pour les intervenants comme pour les étudiants, cette étape de mise en place d'un fonctionnement explicite apparaît impérative. Il est également du ressort des formateurs de faire évoluer leur propre conception de la formation et le rapport qu'ils ont à cette autonomie. La professionnalisation passe indéniablement par un développement de l'autonomie (Wittorski, 2008).

#### *1.1.2.2. Le corpus à enseigner*

Nous avons évoqué précédemment le décalage entre les compétences enseignées et celles nécessaires en cabinet. Cela interroge sur le corpus à enseigner, c'est-à-dire l'ensemble des savoirs qui sont jugés fondamentaux et représentatifs de la profession. Et dans ce cas, quels critères choisir : l'efficacité d'une technique, sa facilité d'exécution (patient/ostéopathe), son usage courant ? Combien de techniques retenir : un grand éventail pour laisser chaque étudiant choisir ce qui lui convient, au risque de ne pas bien les maîtriser (insuffisamment de mise en pratique ou de répétition), un échantillon plus restreint pour faciliter la mémorisation et la maîtrise ? seulement les techniques éprouvées (efficacité mesurée comment ?), des techniques originales ? des innovations ? des techniques représentant plusieurs « courants » ? ou une spécialité ? un seul courant représentatif des spécificités de l'école ?

Comment déterminer ce corpus ? Nous reviendrons sur cette question centrale. Cependant, notons qu'il s'agit là d'un problème d'ordre politique : de qui dépend cette réponse, est-ce au ministère de remplir ce rôle ? A chaque école, aux écoles collectivement ? Aux syndicats ? Aux

chercheurs ? Nous sommes au centre de questions de pouvoir qui peuvent influencer l'évolution du métier. Cela met également en jeu des questions d'interprétation et de clarification de la discipline. Le « concept ostéopathique » on ne sait pas réellement ce que cela recouvre ! Les notions les plus implicites couramment utilisées comme « mobilité », ou « tension » revêtent une multitude de définitions. De plus, une partie des éléments qui forment le concept sont de l'ordre de la croyance et non de la démonstration, ce qui amène à se demander quelles sont les références à utiliser pour constituer les preuves. Pour établir les attendus de la norme professionnelle, il faut pourtant clarifier la manière de construire les savoirs ostéopathiques.

La formation se concentre essentiellement sur le versant technique du métier en faisant largement l'impasse sur les autres, abordées indirectement, lors d'échanges informels entre les ostéopathes et les étudiants. Pourtant les compétences s'entrecroisent et se nourrissent : la compétence sensori-relationnelle et la compétence de décryptage du patient notamment. Ces deux compétences ont également un impact sur la compétence de résultat. L'activité de décryptage est une activité mentale et pour l'instant l'analyse de l'activité est insuffisamment armée pour observer ces activités mentales. Comment accède-t-on à l'image du patient construite par l'étudiant/par le professionnel ?

### 1.5.1 Un enseignement technique de l'ostéopathie, qui ne prend pas assez en compte la dimension humaine de la pratique.

Notre recherche sur les formateurs montre un enseignement avant tout basé sur un modèle reproductif historiquement constitué et sur la démonstration et la répétition. Nous pouvons dire que c'est également un modèle très technique de l'ostéopathie qui est transmis. Les formateurs véhiculent eux-mêmes une vision techniciste du métier qui n'est pourtant pas le cœur de la profession. Une précédente étude, menée auprès de kinésithérapeutes, fait le même constat, « *la situation de soin intègre (...) autant la prescription que la relation* » (Olry & al., 2005, p.71). Dans la kinésithérapie, la dimension clinique du soin est corrélée à la dimension relationnelle. Par l'intermédiaire des séquences filmées et des auto-confrontations aux professionnels, il se dégage une pratique centrée sur le patient et mettant en jeu des mécanismes physiologiques qui vont bien au-delà des simples manipulations.

Comment intégrer cette dimension humaine, pourtant fondamentale, dans la prise en charge des patients ? Toujours selon Olry, Lang, & Froissard-Monet (2005, p. 70), la recherche constante de la bonne distance par le praticien constitue un axe peu travaillé en formation initiale, tant il est vrai qu'elle fait partie de ces compétences incorporées, qui s'acquièrent par

l'expérience et sont difficilement transmissibles à un niveau théorique. Nous faisons le même constat en ostéopathie. Les étudiants doivent effectuer, entre la 4<sup>ème</sup> et la 5<sup>ème</sup> année, 150 consultations validées en autonomie pour prétendre à leur diplôme. Cependant, est-il réellement possible d'acquérir cette posture et ce savoir-faire sensori-relationnel, fondé sur les interactions en nombre de consultations, même s'il est élevé ? Comment favoriser l'apprentissage de cette posture ? Cette relation singulière qui se déroule lors de la consultation est encore à découvrir, à construire et à enseigner.

Nous faisons le constat que la main est un symbole identitaire fort de la profession. Cependant, nous avons également constaté que la main n'est pas le seul élément constitutif et essentiel à la pratique. Il y a des compétences d'ordre sensori-relationnel et cognitives dans le décryptage et l'enquête notamment, qui viennent s'ajouter à la dimension manuelle. La main est l'outil au service d'une perception et d'une intention préalablement documentée par une enquête. La démarche thérapeutique est complexe et multidimensionnelle. Pour reprendre l'expression de Jean-Marie Gueullette, l'ostéopathe doit avoir « des doigts qui pensent, sentent, voient, et savent » (2015).

Le discours sur les mains est trop restrictif et éloigné de la réalité du cabinet : la pratique ostéopathique n'implique pas uniquement la main, ni la possession de techniques mais engage toute la personne du thérapeute.

#### *1.5.1.1 Perspectives d'évolutions du métier de formateur ostéopathe*

L'un des premiers usages qui est fait de la didactique professionnelle est l'analyse du travail en vue de la formation. Même si au départ celle-ci s'est intéressée à l'analyse du travail telle qu'elle a été définie par Leplat (1997), c'est-à-dire en différenciant l'analyse de la tâche prescrite puis l'analyse de l'activité. Elle a également évolué dans une optique de formation par ces fondateurs qui s'intéressaient aux apprentissages professionnels et de la meilleure manière d'acquérir les aptitudes nécessaires (Pastré, Mayen et Vergnaud, 2006). Outre une meilleure connaissance du métier du formateur, et une meilleure connaissance du métier d'ostéopathe, notre recherche a également des visées et des retombées formatives.

Les résultats de l'analyse de l'activité que nous avons conduite sont susceptibles de guider l'activité de conception de formation à différents niveaux :

1. L'usage des situations critiques de travail : une fois identifiées et travaillées, elles peuvent devenir des éléments de la formation, mais aussi des moyens de formation (Métral, Tourmen, & Mayen, 2014) à travers, par exemple, de la simulation, de films issus de la recherche, des études de cas pédagogiques. Nous avons pu constater, à travers une recherche doctorale d'une formatrice sage-femme collègue de notre équipe (Burgy, 2017), à quel point l'usage de séquences filmées d'une pratique (en l'occurrence un examen neuro-morphologique d'un nouveau-né) peut permettre aux étudiants la réflexivité et le développement de leurs compétences ; en l'occurrence, les étudiantes ont pu identifier un mésapprentissage, un geste incomplet, une attribution erronée et accéder à un approfondissement de leur pratique. Nous envisageons donc, avec les formateurs de l'école qui le souhaitent, de développer cet usage de la vidéo des situations typiques dans une perspective de développement de la réflexivité des étudiants sur leur pratique. Leurs caractéristiques peuvent éventuellement aussi donner lieu à une adaptation des méthodes d'évaluation des compétences en situation professionnelle, qui est faite de manière beaucoup plus courante dans la formation professionnelle (Tardif & Dubois, 2010). Nous souhaitons apporter une inflexion aux modalités d'évaluation actuelles de l'école, par exemple, dans ce cadre proposer aux patients de participer à l'évaluation des résultats d'une consultation faite par des étudiants en clinique pédagogique.
2. L'exposition à une grande variété des situations composant l'activité. Il s'agit ici d'un modèle constructiviste de l'apprentissage sur lequel se base la didactique professionnelle. Les apprenants doivent être mis en activité, si possible en rencontrant une diversité de situations auxquelles ils seront confrontés une fois installés. Or, actuellement, nous avons relevé deux grandes catégories de situations d'apprentissage qui présentent des biais majeurs au regard d'une activité en cabinet : d'une part lors des enseignements techniques, les étudiants pratiquent en binôme les uns sur les autres un soin spécifique, or évidemment ils ne présentent pas les symptômes qu'il est question de repérer et de traiter : la pratique sur des corps sains ne peut qu'approcher celle sur des corps dysfonctionnels ; d'autre part, lorsqu'ils commencent la clinique pédagogique réelle (en 3<sup>ème</sup> année), les patients sont eux-mêmes moins représentatifs de la clientèle privée, ce que nous ont confirmé les confrontations collectives. Cependant, cette étape de passer à des corps sains, entre soi, dans un cadre formateur à des patients réels semble déjà une grande source d'apprentissage et de changement de posture, dans la mesure où les étudiants sont en autonomie (partielle) et

prennent en charge le patient du décryptage, au choix du protocole de soin, à sa mise en œuvre. De plus, les étudiants observés lors des enseignements filmés ont tendance à choisir un comparse proche avec lequel ils ont des affinités et de pratiquer le plus souvent possible avec lui ou avec un nombre restreint d'autres étudiants, ce qui réduit leur capacité de repérage et d'adaptation à différentes morphologies et type de communication qu'ils rencontreront plus tard. La multiplication peut là aussi être encouragée par une plus grande rotation entre les binômes lors de la pratique. Globalement, pour nos étudiants ostéopathes, cette diversification des situations doit encore être augmentée, par exemple au travers de la possibilité de stages variés en milieu hospitalier, dans lesquels ils pourront rencontrer un maximum de pathologies. Nous réfléchissons également à la possibilité d'offrir aux patients de la clinique un soin encore moins cher s'ils acceptent d'être sujets lors des séances d'enseignement technique, dans un groupe classe. Cela permettrait de dérouler la phase de recueil d'informations, de décryptage et de mise en œuvre de l'intervention (ainsi que les autres compétences) par le formateur aidé par les étudiants ou par les étudiants supervisés par le formateur selon l'avancement dans leur formation.

Il serait également intéressant de développer la clinique pédagogique sur des motifs de consultations plus spécialisés : sport, enfant, grossesse, handicap par exemple, cas qui échappent largement aux deux catégories de situations rencontrées par les étudiants.

3. Mettre l'accent sur le raisonnement et le processus d'enquête. Ces deux ressources identifiées sont les éléments que les jeunes professionnels doivent développer et acquérir. Vergnaud parle, en matière d'évaluation, de « descente vers le cognitif » (2001), l'évaluation ne devant plus uniquement porter sur les actions, mais également sur les modes de raisonnement, les connaissances, parfois non verbalisées et non conscientes, qui les sous-tendent. Ce type d'évaluation pourrait tout à fait intégrer des éléments de la méthode d'entretien d'explicitation. En effet, c'est une méthode particulièrement adaptée à l'appréhension des processus pré-conscients (Vermersch). Cela nécessite bien sûr, au préalable, une formation des évaluateurs à cette méthode, et l'intégration de ce type de questionnement dans un processus d'évaluation courant afin de familiariser les étudiants à identifier les fondements de leurs hypothèses et de leur choix. En effet, ce type d'évaluation pourrait aider les étudiants à prendre conscience des processus de construction de leur raisonnement, tout en favorisant l'explicitation de la part d'implicite de leur activité, très présente en ostéopathie.

Plusieurs produits sont issus de cette analyse de l'activité que nous détaillerons davantage dans la partie pragmatique. Il s'agit d'un dispositif de formation à destination des formateurs ostéopathes, de cas pédagogiques et d'évaluations, d'une initiation de la création de plusieurs référentiels de situations pour la formation (un référentiel de compétence du métier d'ostéopathe, un référentiel du formateur ostéopathe). Enfin, notre travail a permis la conception d'outils d'évaluation des compétences des formateurs plus proches de la réalité de l'activité.

### 1.5.2 « Une éducation thérapeutique » ostéopathique

L'éducation thérapeutique est un concept relativement récent qui recouvre des dimensions de prévention et d'autonomisation du patient. Ce concept introduit la gestion d'une pathologie par le patient en tant qu'acteur de sa souffrance, cela demande parfois une pédagogie forte de la part du professionnel pour faire prendre conscience au patient de son rôle dans la gestion de sa guérison, mais rencontre également une attente importante de certains patients quant à leur place et le respect de leurs choix dans leur parcours thérapeutique. La pédagogie en tant que telle peut se définir comme une pratique relationnelle (Lacroix, 2007). De là, est également apparue l'importance de la motivation et de l'engagement du patient, tant il est essentiel pour lui d'avoir avant tout « l'envie » de se soigner. Ainsi, Miller (2002) considère l'approche par l'entretien motivationnel comme le moyen idoine pour amener un patient à modifier ses comportements. Conformément à nos résultats, nous pourrions qualifier cette démarche d'éducation ostéopathique. Cette démarche présente une similitude avec la pratique médicale mais a également ses propres principes. Ainsi, tout comme en médecine, l'éducation thérapeutique intervient dans le conseil et dans la prise en charge de la douleur au quotidien. Nous avons pu ainsi observer dans les vidéos réalisées auprès des professionnels, qu'ils donnaient des conseils en matière d'étirements par exemple. L'ostéopathe accompagne le patient dans la perception de son dysfonctionnement et du recouvrement de sa souplesse ou de son amplitude notamment à la fin de l'entretien, lors des tests ; il rend aussi attentif son patient aux signes d'évolution qui peuvent survenir suite à la consultation. Il y a également une dimension d'éducation thérapeutique dans la démarche ostéopathique. Les données vidéo révèlent une démarche explicative relativement importante de la part des professionnels et qui a pour but à la fois de faire comprendre les problématiques individuelles mais également d'expliquer comment l'action thérapeutique va agir pour modifier l'état initial. Un patient qui adhère aux principes d'une thérapie ou en l'acte thérapeutique va amplifier les effets de ceux-ci. Il se crée une véritable relation de collaboration entre le patient et son thérapeute. Celle-ci a

également un autre effet, qui est de créer un niveau de confiance optimal et de relâchement suffisant de la part du patient, qui lui permet de s'ouvrir aux traitements et de donner un accès plus direct aux zones de tensions.

### 1.5.3 La combinaison de deux modèles ostéopathiques comme source de diversité des pratiques ?

Grâce à l'analyse des données vidéo, la question du modèle d'intervention ostéopathique nous est apparue également fondamentale dans la pratique du métier – nul doute qu'un travail épistémologique permettra d'apporter des éléments de réponses à cette interrogation. Nous avons cependant pu mettre en évidence ce « rapport » particulier qui se crée entre un thérapeute et son patient lors d'une consultation. Nous avons repris les propos de Carl Rogers et sa notion de non-directivité (1945) et de centration sur le patient. Cette dernière n'est pas nouvelle dans la profession, elle est d'ailleurs évoquée à de multiples reprises par les ostéopathes lors de séminaires en formation continue, mettant l'accent sur la disponibilité du thérapeute au patient. Cela concerne essentiellement la posture professionnelle de l'ostéopathe dans la relation à établir.

D'autres ostéopathes ont recours aux neurosciences et au modèle biopsychosocial pour tenter de cerner les mécanismes en jeu lors d'une consultation. Nous retrouvons ainsi des formations intitulées « les neurosciences appliquées à l'ostéopathie », initiées par Anne-Julie Morand, ostéopathe et spécialiste canadienne en neurosciences. Dans leur ouvrage « *les sept cerveaux de notre corps* », Darailans et Bonnal (2018) déclarent quant à eux que l'ostéopathie est d'un grand intérêt pour comprendre le fonctionnement du cerveau. En effet, avant d'être une thérapie, l'ostéopathie est pour eux une philosophie de la vie et de l'unité du corps humain. En s'appuyant sur les neurosciences, ils dégagent l'idée d'une interaction et d'une superposition de sept cerveaux<sup>54</sup> en un, qu'ils nomment « *le cerveau ostéopathique* ». Il est intéressant de noter l'émergence de cette idée qui se diffuse actuellement chez les ostéopathes par l'utilisation faite des neurosciences pour enrichir la compréhension disciplinaire. Nous ne pouvons qu'aller dans ce sens au vu des résultats de notre recherche. La place du cerveau et son fonctionnement semblent particulièrement sollicités par les thérapeutes lors de la consultation. Nous retrouvons un mode de fonctionnement analogue lors de l'effet placebo. Néanmoins, la définition du

---

<sup>54</sup> Le cerveau crâne, le cerveau ventre, le cerveau cœur, le cerveau étalé (peau et tissus conjonctifs), le cerveau de l'os, le cerveau sexuel et le cerveau de l'eau aux origines de la vie



placebo accentue sa dimension chimique : un placebo est un comprimé, un liquide, ou une injection administrée en pharmacologie comme témoin de l'activité d'un médicament (Haour, 2005). Peut-on considérer qu'une action manuelle puisse avoir le même effet qu'une molécule chimique ? Pour prendre en compte sa dimension psychosociale, on peut remonter au niveau du mécanisme de la formation des attentes. Agir sur les attentes du patient permet d'approcher les premières hypothèses posées par les neurologues sur ce phénomène qui évoquaient un phénomène psychique et mental capable d'annuler les effets d'une douleur (Benedetti, 2006). Les dernières recherches montrent qu'il y a bien une libération de molécules qui se fixent sur les récepteurs de la morphine et des endorphines (Fauchon & al., 2019) et que l'effet placebo n'est donc pas seulement un produit de notre imaginaire ou de notre mental mais qu'il agit concrètement sur le processus de guérison ou de soulagement. Ted Kaptchuk, professeur à la faculté de médecine de Harvard, indique que le « *traitement placebo fonctionne via les réseaux de neurones et les neurotransmetteurs qui sont dans le cerveau, pas dans l'imagination* »<sup>55</sup>. Dès lors, il est d'autant plus pertinent de se poser la question de la place du cerveau et de sa sollicitation indirecte par les ostéopathes lors de leurs consultations.

Une autre discipline vient également interroger les résultats de notre recherche : l'hypnose. Dans la mesure où celle-ci propose d'agir sur la formation des attentes et travaille à infléchir les représentations du patient (quant à la sensation de douleur, la possibilité d'amélioration de son état, la projection d'un processus de sortie d'une addiction, la visualisation d'une réussite sportive, etc.) Après mise au point de la demande du client, celle-ci se déroule en trois phases : l'induction, la phase thérapeutique, et enfin la sortie de « transe » (Gueguen & al., 2015). Nous pourrions superposer à ce modèle les différentes étapes de la consultation en ostéopathie. L'induction, qui doit servir à déclencher le processus hypnotique, pourrait correspondre à la phase de toucher, accompagnée de verbalisation ; la phase thérapeutique correspondrait à la phase perceptive puis curative de la manipulation, accompagnée par la voix de l'ostéopathe parlant calmement et insistant sur la perception par le patient des processus à l'œuvre, voire de la suggestion de l'amélioration de son état ; la phase de sortie de « transe » où le thérapeute termine son soin et cesse d'être en contact par le toucher. De nombreuses questions se posent à ce stade : est-ce que le toucher pourrait avoir le même rôle et la même influence en ostéopathie que la voix en hypnothérapie ? est-ce qu'il doit nécessairement être accompagné de verbalisation, et de quel type ? se suffit-il à lui-même, et à quelles conditions ?

---

<sup>55</sup> Sciences & Vie septembre 2019

De plus, nous savons que lors de la phase hypnotique certaines personnes sont plus réceptives que d'autres. Il existe actuellement plusieurs échelles permettant de mesurer cette « suggestibilité hypnotique » (Robin, 2013, p.87-114). L'échelle la plus couramment utilisée est la *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale* (Hilgard & al., 1961). Cette échelle de 12 questions permet de déterminer le degré de suggestibilité d'un individu et donc d'évaluer la pertinence de la méthode au regard du patient. Cela nous amène à nous interroger sur la question de la suggestibilité en ostéopathie. Les personnes ayant un résultat significatif sur la *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale* seraient-elles plus réceptives aux traitements ostéopathiques ? Doit-on créer une échelle de suggestibilité propre à l'ostéopathie ?

Différentes études en ostéopathie montrent que le simple fait de toucher un corps permet la sollicitation de certains récepteurs (les mécanorécepteurs) capables d'agir par exemple sur le centre de gravité et la posture, ou encore sur le relâchement de structures telles que les muscles (Baccarini & al., 2014). Nous faisons ici l'hypothèse que deux modèles se mêlent lors d'une consultation. Tout d'abord, un modèle que nous qualifierons de « physiologique manuel », dans le sens où une réaction physiologique survient par l'intermédiaire du toucher, qui pour la plupart des ostéopathes représente l'essence même du métier d'ostéopathe. De même, se dessine également un modèle « physiologique relationnel », capable de provoquer des réactions directement au niveau du cerveau. Nous émettons l'hypothèse que l'ostéopathie est parcourue par la combinaison de ces deux grands modèles qui pourrait être à l'origine de la diversité des pratiques. En effet, il nous semble que la quasi-totalité des thérapeutes adosse, de manière plus ou moins importante, leur pratique sur la prédominance de l'un ou l'autre de ces modèles, sans exclure l'autre. Il s'agirait d'une sorte de recours préférentiel à un modèle dans la pratique et dans le discours sur leur pratique. Certaines techniques solliciteraient plus passivement le cerveau comme les « techniques douces » qui relèvent d'un mécanisme d'induction comparable à celui de l'hypnose par son action indirecte. D'autres techniques, comme celles utilisant un point de levier corporel plus important, solliciteraient prioritairement un mécanisme physiologique, avec un rôle plus actif et direct du cerveau. Notons que les deux types de techniques peuvent solliciter les mêmes mécanismes de manière simultanée, mais à des degrés différents. Mais ceci n'est à ce stade que suppositions qui mériteraient d'être approfondies et vérifiées. Nous envisageons dans la suite de ce travail, une expérimentation dans laquelle des patients présentant une même problématique sont pris en charge et répartis en deux groupes. Un premier groupe qui effectuerait une consultation classique avec une verbalisation du thérapeute et un second groupe dans lequel il sera demandé au thérapeute de ne pas parler,

hormis les consignes nécessaires à l'exécution des techniques. L'idée étant de comparer en termes de douleur par exemple si une prise en charge avec une verbalisation minimale pourrait avoir le même effet sur les résultats d'une séance qu'une autre avec une verbalisation nourrissant l'échange.

#### 1.5.4 La place du corps dans la formation et dans la pratique

Dans le métier et la formation ostéopathique, la place du corps est impensée et étrangement peu abordée directement, comme le montrent les trois éléments suivants :

Tout d'abord il n'y a pas de prise en compte formalisée dans le cursus d'études d'une représentation du corps en cours d'élaboration par les étudiants, qu'il s'agisse de leur corps, qui sera un outil fondamental de l'activité ostéopathique, comme du corps de l'autre, sur lequel ils vont se former puis intervenir. Cette double dimension est occultée dans la formation, supposée se régler d'elle-même au cours des premières semaines de la formation. Il y a pourtant une préoccupation de la part des formateurs au travers d'incidents et de freins à la démonstration qui montrent que le rapport au corps n'est pas clarifié. Même si les formateurs connaissent cette difficulté d'intégration du travail, il semble qu'ils ne savent pas trop comment prendre en considération cet aspect. Il y a beaucoup d'implicite sur la place du corps, comme si le fait de s'engager dans la formation était déjà le témoin d'une certaine acceptation de cette idée comme le souligne les propos de ce formateur « *forcément ils savent bien qu'en faisant des études d'ostéopathie ils vont se retrouver à poil pendant leurs études, sinon faut qu'ils changent de métier* » (FO6, annexes p.274 ligne 19).

Les premières années de la formation semblent opérer un changement de relation face au corps. On passe de l'idée d'un corps physique exposé et s'exposant à la dimension de « corps ostéopathique » objet du soin tout en restant sujet psychique. Certains formateurs observent ainsi le processus de professionnalisation pour certains étudiants et une neutralisation des affects qui peut conduire à une certaine désinhibition dans la clinique, « *J'ai déjà vue une fille pratiquer en clinique alors que son patient avait sa tête dans sa poitrine* » (annexes FO18, p.281 ligne 11). Considérant essentiellement leur corps comme outil, ils peuvent omettre la dimension de corps désirant ou objet de désir pour les patients qu'ils reçoivent. La déconstruction de l'image du corps désirable doit également s'accompagner de la conscience de la bonne distance dans la relation au patient : intervenir avec intégrité pour respecter le patient en écartant des interactions de séduction, sans oublier que chacun agit par son corps dont tous les affects qu'il éprouve ou/ou suscite ne peuvent être niés. Cette prise en compte

d'un changement de posture nécessaire dans le cadre d'un tel métier ne va pas de soi et requiert la construction d'une représentation du corps méritant d'être réfléchi pour sortir du domaine de l'implicite. Cette absence de prise en compte de la dimension corporelle se confirme par l'absence d'unités d'enseignement dédiées à cet aspect. Cela est éventuellement évoqué selon le bon vouloir des formateurs qui l'intègrent ou pas dans leur unité d'enseignement.

C'est à l'étudiant et au futur professionnel d'effectuer cette transition, accompagné par une réflexion éthique sur les enjeux d'un métier qui l'engage totalement, y compris dans sa dimension corporelle.

Cela nous amène à nous interroger sur la question de l'éthique professionnelle. La professionnalisation passe aussi par l'action de se donner les normes et les valeurs de la profession (Wittorski), qui méritent d'être intégrées et acquises lors de la formation. Il existe actuellement des unités d'enseignement d'éthique de manière générale dans les métiers de la santé mais pas spécifiquement dans cette question du rapport au corps.

Notre travail révèle la part importante que joue l'éthique dans notre profession. Jusqu'à présent, le milieu de l'ostéopathie bénéficie d'une certaine « acceptation » sociale pour ce qui est de soigner le corps en le *touchant*. Pour une personne venant consulter un ostéopathe il paraît évident de devoir se mettre en sous-vêtements sans remise en question de ce principe. Il est acquis pour les patients ayant recours à l'ostéopathie que le soin nécessite d'autoriser le thérapeute à toucher son corps. Or, le corps incarne des dimensions psychiques et émotionnelles importantes qui doivent pouvoir être protégées. La vulnérabilité du patient est double : il arrive avec une douleur, une gêne ou un dysfonctionnement et il confie son corps partiellement dénudé au thérapeute parce que c'est un professionnel de confiance. Il n'est pas rare d'entendre certaines patientes reconnaître qu'elles ont plus de mal à se mettre en sous-vêtements devant leur mari que devant leur ostéopathe. Cela révèle l'importance de la neutralité du regard et de l'absence de jugement, mais également la primauté de l'établissement de la sécurité et de la confiance nécessaires de la part du professionnel. Force est de constater la possibilité pour des thérapeutes mal intentionnés de profiter de cette situation. Les abus sont très rares mais restent souvent passés sous silence par l'ensemble de la profession. Nommer les limites est pourtant un sujet d'actualité et de préoccupations comme en atteste la volonté de l'U.P.O<sup>56</sup> de créer et

---

<sup>56</sup> Unité Pour l'Ostéopathie est un regroupement de plusieurs syndicats de professionnels et de l'enseignement

de faire financer un projet de déontologie de l'ostéopathie par l'AFNOR<sup>57</sup>. Cette problématique révèle combien il est important que les syndicats se substituent à l'État en matière d'éthique et de déontologie professionnelles et souligne encore une fois la nécessité de la création d'un ordre présidant à la profession d'ostéopathe et qui serait garant des questions propres à la pratique professionnelle. Cela permettrait également de gagner en légitimité auprès des pouvoirs publics et de faire évoluer le statut législatif de la profession.

#### *1.5.4.1 Éducabilité de la perception du patient*

Nos résultats mettent en évidence une nécessité de la part du patient d'être dans un état de réception et d'accueil du soin. Ainsi, le professionnel, par son attitude bienveillante, par ses explications et sa présence est en mesure de favoriser cette éducabilité. C'est une compétence à part entière. Lorsqu'un thérapeute n'arrive pas à cette finalité d'éducabilité avec un patient, il se retrouve dans une situation critique (Durat, 2014) car il n'a pas complètement « accès » au patient pour la régulation de son action. L'éducation du patient intervient donc dans l'efficacité du soin qui lui est prodigué. Nous remarquons que les professionnels et les formateurs ne semblent pas prendre la mesure de l'importance de cette étape, qui se dégage pourtant comme un élément essentiel de la consultation dans les enregistrements vidéo confirmés par les auto-confrontations avec les professionnels. Cette éducabilité est du ressort de l'implicite ce qui la rend également absente lors de la formation. L'éducabilité du patient pose la question de la prise en compte de la situation réelle.

#### *1.5.4.2 Éducabilité de la perception de l'étudiant*

Comme expliqué précédemment, le futur professionnel va se retrouver en posture d'éduquer son patient. Il devra l'accompagner dans le développement d'une perception affinée de son schéma corporel. Néanmoins, pour atteindre cet objectif, le jeune thérapeute doit lui-même avoir une perception nuancée de son corps. Pour comprendre les manipulations qui lui sont enseignées, il faut qu'il puisse les sentir d'abord en lui, conscientiser son corps et donc verbaliser les effets des interventions thérapeutiques. Néanmoins, nous avons évoqué à de multiples reprises que l'étudiant est lui-même dans une phase de construction identitaire qui

---

<sup>57</sup> L'association AFNOR est un groupe international au service de l'intérêt général et du développement économique. Le groupe de 1250 collaborateurs, 40 implantations dans le monde et 77000 clients, conçoit des solutions fondées sur les normes volontaires, sources de progrès et de confiance depuis 1926. Sa vocation est d'accompagner les organisations et les personnes pour diffuser cette confiance.

l'empêche d'avoir pleine conscience et perception fine de son corps. La formation, en privilégiant la dimension technique du métier, tend à délaissier la formation perceptive des étudiants, alors même que celle-ci lui permettra de développer la compétence sensori-relationnelle.

Devant ce constat, certaines institutions intègrent des heures de sophrologie ou de yoga au cursus pour favoriser la conscience perceptive des étudiants. Citons ici les travaux de Danis Bois et de la fasciathérapie (Bourhis, 2017) qui ont justement travaillé sur le ressenti et la perception. Dans son ouvrage, Bois parle de la Méditation de Pleine Présence pour développer ses sens : est-ce une approche à intégrer dans la formation ? Nous préconiserons un travail approfondi pour développer la compétence des formateurs à accompagner la conscience perceptive par la verbalisation des étudiants.

### 1.5.5 Un travail épistémologique disciplinaire à construire

Notre travail a pour objet de recherche les formateurs ostéopathes, ce qui nécessite de comprendre les enjeux de la discipline et les fondements du métier. Même si nous avons conscience dès le départ du faible niveau de formalisation des pratiques et de leur diversité, nous n'avons réellement mesuré l'ampleur du travail de construction identitaire de l'ostéopathie qu'une fois notre recherche débutée. Avant de pouvoir mettre en place des formations de qualité, il faut stabiliser et unifier le corpus de savoirs, ainsi que le lexique professionnel commun, ce qui passe probablement par un travail de réflexion sur l'épistémologie de l'ostéopathie.

#### 1.1.5.1. *Le corpus à enseigner*

Nous avons évoqué précédemment le décalage entre les compétences enseignées et celles nécessaires en cabinet. Cela interroge sur le corpus à enseigner, c'est-à-dire l'ensemble des savoirs qui sont jugés fondamentaux et représentatifs de la profession. Et dans ce cas, quels critères choisir : l'efficacité d'une technique, sa facilité d'exécution (patient/ostéopathe), son usage courant ? Combien de techniques retenir : un grand éventail pour laisser chaque étudiant choisir ce qui lui convient, au risque de ne pas bien les maîtriser (insuffisamment de mise en pratique ou de répétition), un échantillon plus restreint pour faciliter la mémorisation et la maîtrise ? Seulement les techniques éprouvées (efficacité mesurée, comment ?), des techniques originales ? Des innovations ? Des techniques représentant plusieurs « courants » ? ou une spécialité ? Un seul courant représentatif des spécificités de l'école ?

Comment le déterminer, ce corpus ? Nous reviendrons sur cette question centrale. Cependant, notons qu'il s'agit là d'un problème d'ordre politique : de qui dépend cette réponse, est-ce au ministère de remplir ce rôle ? A chaque école, aux écoles collectivement ? Aux syndicats ? Aux chercheurs ? Nous sommes au centre de questions de pouvoir qui peuvent influencer l'évolution du métier. Cela met également en jeu des questions d'interprétation et de clarification de la discipline. Le « concept ostéopathique » on ne sait pas réellement ce que cela recouvre ! Les notions les plus implicites couramment utilisées comme « mobilité », ou « tension » revêtent une multitude de définitions. De plus, une partie des éléments qui forment le concept sont de l'ordre de la croyance et non de la démonstration, ce qui amène à se demander quelles sont les références à utiliser pour constituer les preuves. Pour établir les attendus de la norme professionnelle, il faut pourtant clarifier la manière de construire les savoirs ostéopathiques.

Nous sommes convaincus de l'intérêt d'une telle entreprise ainsi que des possibles orientations épistémologiques qui s'offrent. Ce travail sera essentiel dans les prochaines années car il permettra de donner un cadre à la discipline, d'en permettre une meilleure connaissance et donc une meilleure transmission. Actuellement, l'enseignement s'effectue par une approche basée sur les propos d'un fondateur. Or, une approche par l'inductivisme des « fondamentaux » exclut les débats théoriques de l'enseignement d'une discipline (Dollo, 2018). La stabilisation des savoirs d'une discipline favorise son enseignement.

#### *1.1.5.2. Se doter d'un lexique professionnel partagé*

Lors des journées de confrontations collectives nous avons pu constater que si le vocabulaire spécifique à l'ostéopathie est riche, il est également sujet à débats, et dans un souci de formation, il pourrait faire l'objet d'un travail de formalisation entre ostéopathes afin de devenir un outil de formation et de professionnalisation pour les étudiants. Partager des références clarifiées, tout en laissant ouvertes au débat certaines notions qui ne font pas consensus, renforcerait la capacité d'échanges entre professionnels et stabiliserait le « monde commun » de l'ostéopathie. Un lexique pourrait renforcer la vision du métier tout en permettant un meilleur apprentissage des apprenants (Mangiante, 2002). Lors de notre recherche nous avons souvent entendu les professionnels évoquer des termes tels que : la densité, l'élasticité. Ces notions semblent utilisées par tous les professionnels par contre l'usage qu'ils en font diffère. Ainsi pour certains la densité fait référence à une zone faiblement élastique, alors que pour d'autres ils font référence à une notion de « dur et mou ». Ce manque de lexique commun et de clarification des définitions accentue le phénomène d'ambiguïté.

### 1.1.5.3. Autres pistes ouvertes

Les autres questions qu'ont pu soulever notre recherche sont nombreuses et nous n'avons pu que les effleurer du doigt : qu'est-ce qu'un soin ? Qu'est-ce qu'une douleur ? Comment caractériser et mesurer la douleur ? Toutes ces interrogations renvoient à l'idée d'identifier les éventuelles controverses professionnelles (Clot, 2014). En les identifiant, nous donnons l'occasion de pouvoir les enrichir, de clarifier les positions dans le champ professionnel, de favoriser la réflexivité. Il paraît fondamental de poser un socle de base des pratiques pour évaluer l'efficacité de la formation en ostéopathie et donc déterminer les besoins en formation des formateurs.

Notre recherche soulève des questions fondamentales auxquelles nous ne pouvons pas pleinement répondre ici. Cependant, il nous paraît pertinent d'identifier les perspectives et les enjeux auxquelles l'ostéopathie devra s'atteler pour conforter son identité. Comment définir les fondements épistémologiques de l'ostéopathie ? Peut-on et doit-on considérer l'ostéopathie comme une science ? Comment évaluer cette discipline ? Selon quelles méthodes ?

La rigueur de la recherche semble particulièrement bien armée pour répondre à ces questions : elle peut en effet légitimer les savoirs disciplinaires ainsi que les savoirs d'action. Le ministère de la santé et les syndicats ont pour le moment partiellement échoué à identifier et formaliser les savoirs fondamentaux de la profession, à cause du manque de recherches objectives sur le sujet et de consensus. Pourquoi les syndicats seraient-ils plus pertinents que les experts pour mener à bien ce travail ? La recherche scientifique peut apporter des éléments de réponse objectifs à cette question et aider ainsi à progresser.

## 1.6 Discussion sur la méthodologie et l'épistémologie de la recherche

### 1.6.1 Intérêt de l'analyse de l'activité pour un métier non stabilisé

Le métier de formateur/enseignant représente une activité professionnelle particulièrement difficile à analyser. En effet, si les savoirs à transmettre occupent une place importante dans cette activité, il s'agit avant tout d'un métier où la part empirique et les dimensions humaines et relationnelles interagissent en permanence. En s'intéressant à l'activité des enseignants, Goigoux (2007, p.23) considère que :



« la didactique doit avoir pour objet de saisir ensemble toutes les dimensions de cette activité ; donc de dépasser le morcellement scientifique actuel : les savoirs aux didacticiens, les élèves aux psychologues, les situations de travail aux ergonomes, les contextes aux sociologues, les finalités et les valeurs aux philosophes, les pratiques et les émotions aux pédagogues des Sciences de l'éducation... ».

En reprenant la formulation de Goigoux et en l'appliquant à la formation des formateurs ostéopathes, nous pensons, avec lui, que nous n'accédons aux multiples dimensions de l'activité des formateurs qu'en nous appuyant sur le champ théorique de l'analyse de l'activité. C'est pour cela que nous nous sommes inscrits dans la proposition d'Albero et Guérin (2014) qui considère l'analyse de l'activité comme un « cadre organisateur commun ». Nous avons utilisé les apports des différents courants contributeurs à l'analyse de l'activité, notamment la didactique professionnelle et avons tenté d'ouvrir les « possibilités de dialogue » entre ces différents courants, comme nous y incite Champy-Remousenard (2005).

Nous pensons également que la démarche de l'analyse de l'activité est particulièrement adaptée aux métiers dont la construction n'est pas totalement achevée. L'analyse de l'activité se base sur des éléments objectifs comme par exemple les vidéos qui sont déterminantes dans le cadre d'une activité réelle. L'intérêt de la méthodologie par niveau micro, méso et macro est de pouvoir prendre en considération le contexte des situations socio-économique, politique et organisationnelle. Ces dimensions influencent les situations lorsque les contextes sont très instables ; la part de variabilité dans les situations sera alors très importante. L'analyse de l'activité peut renforcer ces processus. L'utilisation dans un cadre théorique d'un unique courant de l'analyse de l'activité aurait davantage orienté notre regard sur les intérêts de ce cadre. C'est par exemple le cas de la didactique professionnelle qui se concentre sur la didactique disciplinaire (en ostéopathie, la didactique d'un geste technique) sans forcément prendre en considération l'aspect de construction de la discipline qui au final a un impact déterminant sur cette transmission.

#### *1.6.1.1 Conséquences pour l'activité des formateurs étudiés dans notre recherche*

Les formateurs qui s'investissent dans des dispositifs de recherche utilisant le cadre de l'analyse de l'activité sont amenés à jouer des rôles nouveaux et à initier une démarche réflexive sur leur activité. Ces formateurs sont considérés comme des accompagnateurs, des animateurs qui

servent de médiateurs entre l'individu et son expérience (Tourmen, 2014). Les formateurs sont ceux qui connaissent le mieux leur activité et ses difficultés, ce sont eux par l'intermédiaire de leurs propos qui « donnent la parole » à l'activité.

Ils ont également un rôle de chercheur comme le montre le dispositif de « co-explicitation » comme le propose Vinatier (2015b), qui consiste en une analyse collective, dite de « co-analyse », sur la base de traces vidéo du travail. Ce dispositif avait plusieurs finalités : le développement des participants mais aussi la publication à travers la recherche. Cela se rapproche des formes de recherche collaborative où des non-spécialistes sont associés à de la production scientifique (Desgagné & al., 2001). Cependant, pour garantir une recherche collaborative, celle-ci doit s'accompagner de règles permettant de cadrer et réguler la parole collective (Vinatier, 2012, p.43). On peut y déceler une inspiration issue des groupes d'analyse de pratiques (Blanchard-Laville & Fablet, 2002) qui demandent à la fois de « comprendre sans juger », « la confidentialité du discours », « le respect des différences ».

Notre travail de recherche a également donné lieu à plusieurs productions scientifiques dans des colloques internationaux à Genève, à Montréal, dans la revue *Formation Emploi*, publications qui n'auraient pu se faire sans la participation des formateurs à la recherche. Nous pensons également que la participation à notre dispositif méthodologique a eu un impact sur la position des participants à la transformation du parcours de formation et à leur conception de la recherche. De plus, avant chaque rencontre, une restitution ainsi que nos explorations théoriques étaient exposées aux formateurs afin qu'ils puissent comprendre les enjeux mais aussi la vie de la recherche en train de se faire. Nos formateurs se retrouvent également impliqués dans des méthodes d'apprentissage expérientiel, de pédagogie active et de recherche-formation : « on apprend en faisant » pour reprendre les propos de Célestin Freinet que nous avons déjà cité. Il est fort à parier que les formateurs présents lors de nos rencontres ont pu développer des connaissances et des compétences en recherche et pour quelques-uns d'entre eux, un intérêt renforcé pour la recherche. Preuve en est, l'émergence chez certains d'un souhait de reprise d'étude allant du master à un doctorat.

Cette participation des formateurs n'est pas sans soulever certaines difficultés. D'abord, le recueil de propos teintés de jugement et les émotions qui peuvent être échangées. Lors de nos auto-confrontations collectives, l'un des formateurs nous a lu une lettre qu'il avait reçue de la part d'une étudiante remettant son évaluation en question. Nous venions de mettre à jour le lien entre le travail et les empêchements à l'activité et, lors de son récit, ce formateur a laissé transparaître une « incompréhension » et un certain désarroi face à cette situation qui l'a

particulièrement marqué. Que faire de ces émotions qui sont liées au travail, qui sans cesse affleurent et parfois explosent au cours du récit (Mayen & Perrier, 2006) ? On pense aux pistes ouvertes par des méthodologies faisant droit aux dimensions socio-affectives, et pas seulement conatives et cognitives comme opportunités d'apprentissage, où ce type de récit pourrait tout à fait être utilisé (notamment la méthodologie des incidents critiques, Durat). Mais cette gestion de la parole et des émotions demande de nouvelles compétences de la part du chercheur. Mayen et Perrier ont initié un travail de formalisation de ces compétences d'animation lors d'une recherche (2006). Cependant, en tant que chercheur nous prenons la mesure de l'importance des émotions et du jugement que cette recherche fait émerger sans immédiatement pouvoir lui apporter des réponses. Pour prendre un autre exemple, il est tout à fait possible que des formateurs puissent renforcer le sentiment de n'être pas écoutés, voire nourrissent de la « rancœur » face à la direction d'une école qui n'a pas pris en considération une demande d'évolution. La qualité de la relation du formateur à l'égard de la structure et de la hiérarchie serait alors influencée par les échanges nés à l'occasion de la recherche, ce qui est un effet inattendu de la part de celle-ci.

## 1.6.2 Limites méthodologiques

Comme dans toute recherche, le dispositif que nous avons mis en place présente des avantages et des inconvénients, dont la question des effets de l'enregistrement vidéo des professionnels et de la présence de coordinateurs avec les formateurs lors des entretiens collectifs.

### 1.6.2.1 La vidéo

Nous commencerons par évoquer les limites de l'utilisation de la vidéo dans notre recherche. Nous mesurons pleinement que la vidéo n'est qu'un réfléchissement partiel et sélectif de l'activité (Flandin, 2017, p. 201), la vidéo *n'est pas* l'activité. L'utilisation de cet outil implique de possibles biais, premièrement de la part des acteurs, par exemple lorsqu'ils pensent avant tout à l'image de soi que peut révéler la vidéo. Il est également envisageable que les acteurs sur-jouent ou modifient leur attitude face à la caméra, il est possible qu'ils n'agissent pas comme ils le feraient en temps normal. Il est également possible que certains biais émanent du chercheur lui-même par réductionnisme de l'activité, par exemple en pointant l'objectif de la caméra sur une situation qui n'est pas l'activité dans sa totalité.

Nous sommes conscients que cet outil induit un risque psychologique relatif à la confrontation à son image (Linard & Prax, 1984) et notamment lors des auto-confrontations, pour échapper à

un discours normatif ou à une rationalisation a posteriori qui n'était pas attendue. Il était primordial d'avoir l'accord des participants et qu'ils soient informés des retombées que l'utilisation de cet outil pouvait induire. Nous avons donc posé un cadre éthique et confidentiel quant à son utilisation, car il n'était pas question que les participants considèrent la vidéo comme un outil de surveillance ou de contrôle qui puisse générer de l'inquiétude (Falzon, 1996). Néanmoins globalement, nous avons observé que les appréhensions potentielles des professionnels étaient largement levées en quelques minutes, le réel de la situation et sa durée obligeant les formateurs comme les ostéopathes à se focaliser à nouveau sur leur démonstration ou leur intervention en cabinet et à faire abstraction de la caméra. De même lors des auto-confrontations, leur intérêt à découvrir la nature des informations recueillies a vite éclipsé les doutes qu'ils auraient pu nourrir sur les finalités de la méthode. Il est d'ailleurs à noter qu'ils ont montré un très grand intérêt à identifier, approfondir et expliciter leurs propres raisonnements dans l'action et qu'ils ont estimé que cela nourrissait leur réflexion sur leur pratique.

#### *1.6.2.2 Distance sociale lors des entretiens*

Concernant les entretiens, nous avons évoqué cette dynamique de co-construction du sens, et la dynamique conversationnelle au cours de laquelle plusieurs personnes sont en interaction, ce qui peut générer trois biais : les biais liés au dispositif de l'enquête, les biais associés à leur situation sociale respective et les biais qui sont rattachés au contexte de l'enquête (Poupart, 1997). Par exemple, lors de nos entretiens collectifs, nous avons la présence régulière de coordinateurs pédagogiques. De par la relation hiérarchique des coordinateurs sur les formateurs ( $N + 1$ ), nous pouvons envisager que certains propos prenaient en compte cette dimension de sorte qu'un formateur puisse avoir des propos allant dans le sens de sa hiérarchie ou inversement et qu'il n'ose pas exprimer un désaccord. Cet effet appelé en psychologie « distance sociale » est surtout visible lorsque l'autorité des uns est exercée pleinement sur les autres, par exemple des responsables d'ateliers ou des ingénieurs en chef en présence d'ouvriers. On repère alors des effets de légitimité ressentie et repérable à une participation faible voire nulle des personnes situées plus bas dans l'échelle socio-professionnelle. Cependant, nous pensons que le rapport d'autorité exercée n'est pas le même dans ce milieu de formation où tous les participants ont une double activité qui leur assure une moindre dépendance ; d'autre part, la qualité suffisamment bonne des relations entre les formateurs de

l'équipe a permis une indépendance dans l'énonciation des points de vue, que nous avons constatée lors d'expression de désaccords ou de divergences.

### *1.6.2.3 La multiplicité des données*

Notre recherche a donné lieu à une très grande quantité de données qu'il a fallu classer et hiérarchiser. Cela a généré des priorités et certaines données n'ont pas pu être exploitées, nous obligeant à analyser les données les plus significatives. On notera cependant que, même si l'ensemble des données n'a pu être totalement utilisée, nos recherches futures seront en mesure de pouvoir puiser dans ce corpus.

### *1.6.2.4 Un praticien-chercheur*

Ce travail de recherche, qui s'inscrit dans le cadre d'un doctorat, a la particularité d'être exécuté par un chercheur qui a une double posture, celle de chercheur et celle de formateur. Nous sommes conscients de cette oscillation entre deux réalités, celle du milieu universitaire et celle du milieu professionnel, ce qui place le doctorant dans une situation liminale, (Murphy, 1990) car il y a parfois déséquilibre entre ces deux milieux. Cette situation pourrait sans doute avoir une implication dans notre réflexivité. Même si le travail scientifique et doctoral est prioritaire sur l'activité professionnelle, au fur et à mesure que se construit la recherche il y a une distanciation avec le milieu professionnel qui se produit (Saint Martin, 2019). Dans notre situation, cette particularité du chercheur professionnel pouvait être également un atout surtout lors de la compréhension des phénomènes techniques qui supposaient un socle de connaissances théoriques relativement important. Il était également plus facile d'intégrer un milieu qui se veut difficile d'accès par une certaine distance nourrie de méfiance historique à l'égard des institutions scientifiques et universitaires.

### *1.6.2.5 Absence de regard sur la clinique*

Notre recherche s'est concentrée avant tout sur le formateur et sa tâche principale, à savoir l'enseignement d'une technique. Cependant, certains formateurs agissent également en tant qu'encadrant dans la clinique pédagogique de l'école, à savoir le lieu où se déroule la phase professionnalisante majeure de la formation. Les étudiants de troisième et de quatrième année pratiquent sur des patients qui viennent bénéficier de séances à moindre coût. Cette pratique est encadrée par des formateurs. Nous avons fait le choix de ne pas nous orienter sur cette partie de l'activité des formateurs et de la formation, prenant en compte que cette partie de

l'apprentissage fera l'objet d'une recherche ultérieure, certaines compétences cliniques ne pouvant s'acquérir qu'en situation de travail. Nous rappelons l'absence de données de recherche en sciences de l'éducation sur l'ostéopathie qui nous a également contraints à restreindre, dans cette première étude, le champ d'investigation. Certains de nos résultats nous amènent néanmoins à nous confronter à cette phase d'apprentissage. Nous pouvons d'ores et déjà retenir des compétences supplémentaires aux formateurs ostéopathes à savoir toutes les compétences d'encadrement en situations clinique, de briefing et débriefing qui ont fait l'objet de discussions lors des auto-confrontations collectives.

#### *1.6.2.6 L'absence du patient*

Nous avons tâché de réunir les principaux acteurs de la formation lors de cette recherche, à savoir les formateurs, les directions des écoles, les étudiants, les professionnels. En revanche, nous avons fait l'impasse sur les patients. C'est en avançant dans notre recherche que nous avons pris la mesure de l'importance et du rôle que pouvaient revêtir les patients dans l'orientation de la pratique de l'ostéopathie. Nous pourrions envisager une méthodologie par auto-confrontation simple et même une auto-confrontation croisée patient-thérapeute pour décrire le point de vue et confronter les perceptions de chacun. L'expression du ressenti du patient est un outil pour le thérapeute et une telle recherche pourrait permettre d'améliorer la formation en partant de la perspective du patient. Ce type de recherche pose néanmoins des questions d'éthique et de déontologie. Nous avons découvert des éléments que le thérapeute ne soupçonnait pas. Dans notre recherche, un des professionnels avait un kinésithérapeute comme patient, et le thérapeute a modifié sa pratique en imaginant une pratique plus proche de celle que connaît le patient en tant que kinésithérapeute en supposant que cela lui conviendrait davantage. En recueillant les propos du patient de manière tout à fait informelle, il est toutefois apparu que celui-ci s'attendait justement à d'autres techniques que celles qu'il connaissait en tant que professionnel. Cela nous a éclairé sur le décalage entre les attentes des uns et des autres et son effet sur l'activité effective. Il y a véritablement des enjeux sous-jacents lors de la consultation, qu'il s'agira de pouvoir mettre en lumière.

## **1.7 Recommandations et perspectives opérationnelles**

Avant de conclure notre recherche, nous proposons, dans cette partie, quelques recommandations d'amélioration des pratiques actuelles. Cela concerne aussi bien la discipline

en soi que des problématiques d'ingénierie pédagogique ou de formation. Nous développerons également quelques pistes de professionnalisation des formateurs dont certaines, en l'occurrence une formation par l'intermédiaire d'un diplôme d'université, ont déjà pu être mises en place.

### 1.7.1 Au plan du développement des compétences des étudiants

Nous avons montré les limites des différents référentiels de compétences de l'ostéopathe que nous avons croisés, même si la multitude des référentiels que nous avons pu obtenir sont le résultat d'une diversité des pratiques. Nous avons mis en lumière un aspect du métier que les autres référentiels ne semblent pas prendre en compte. Pourtant, cet aspect humain et relationnel semble faire partie des fondements du « concept ostéopathique » et de la prise en charge thérapeutique qui en découle en ostéopathie.

#### 1.7.1.1 *Formation à la perception et participation active des étudiants-patients*

Lors de la formation, les étudiants ostéopathes se retrouvent à la fois en position de thérapeute mais également en position de patient. Ils se servent ainsi mutuellement de modèle de mise en application des techniques. Cette posture d'étudiant-patient semble induire une certaine passivité dans l'apprentissage. Il y a un amalgame avec la posture passive dans laquelle les étudiants-patients se retrouvent et l'absence d'apprentissage qui en découle, partant d'un principe qu'on apprend uniquement quand on effectue soi-même le geste. Il y aurait tout un apprentissage à développer sur un rôle actif de l'étudiant-patient. En effet, il faudrait davantage donner de l'importance à son rôle, car lors de la pratique des étudiants sur leur propre corps, ils sont amenés à ressentir les difficultés d'apprentissage de la pratique et ainsi, commencer à élaborer leurs propres stratégies de remédiation lors des phases les plus difficiles. Ainsi, dans une perspective de développement de la réflexivité, d'explicitation de l'implicite mais aussi de mise en lumière du guidage mutuel, nous pensons qu'une verbalisation conjointe est nécessaire pour accompagner le développement de la perception. Il s'agirait pour l'étudiant-thérapeute de nommer son intention et son geste en l'effectuant, et pour l'étudiant-patient d'exprimer les différences de perception en fonction des gestes pratiqués par son binôme. La prise de conscience des écarts de perception de chacun est riche d'enseignement et nourrira la représentation des effets possibles de la technique, voire des questions et demandes de confirmation auprès des formateurs. Nous avons nommé cette compétence une compétence « sensori-relationnelle » pour caractériser l'imbrication de la perception sensorielle avec la compétence d'établir une relation thérapeutique. Ce type d'approche pourrait contribuer à

développer cette compétence spécifique. La verbalisation accompagnant la pratique en formation va également faciliter l'identification et l'évaluation des processus suivis pour mettre en œuvre le geste ; le formateur pourra mieux se rendre compte de ce que cherche l'étudiant-thérapeute et de la manière dont il s'y prend afin de compléter son acte ou de le corriger.

Dès le départ de notre recherche, nous avons évoqué ce caractère pratiquement unique ou l'étudiant peut ressentir tous les soins qu'il prodiguera un jour. C'est indéniablement un avantage dans la compréhension et la communication avec les futurs patients, mais c'est aussi un formidable outil d'apprentissage qui ne semble pas valorisé actuellement par les formateurs. Il faudra sans doute accompagner les formateurs pour qu'ils puissent prendre la mesure de l'importance pour ces étudiants qui peuvent exploiter davantage cette double posture d'apprentissage.

#### *1.7.1.2 Participation des patients en clinique à l'évaluation des résultats*

Nous avons mis en évidence l'importance des résultats dans le cadre d'une consultation en ostéopathie. Cet aspect n'est pourtant pas pris en compte dans la formation. L'évaluation est actuellement pratiquée par les formateurs, cependant, les formateurs sont-ils en mesure de juger de l'efficacité d'un soin ? Nous proposons de faire davantage participer les patients de la clinique pédagogique à l'évaluation de leurs soins. Cela pourrait prendre la forme d'une échelle d'évaluation de la douleur/gêne/dysfonction ressentie à remplir à plusieurs jours ou plusieurs semaines de la consultation et qui permette de comparer la situation avant et après soin. L'EVA par exemple est une échelle de 0 à 10 permettant d'évaluer la douleur. Un SMS pourrait être envoyé au patient à plusieurs jours d'intervalle de la consultation, il n'aurait alors qu'à rentrer le niveau de la douleur par un retour de SMS. Ce type d'évaluation aurait deux avantages. Tout d'abord permettre une évaluation qui soit plus en lien avec la notion d'efficacité, tout en ayant un jugement neutre de la part d'un patient, et mettre l'étudiant face à l'attente de résultat, qui est la situation qu'il connaîtra une fois installé.

#### 1.3.2. Au plan de l'environnement d'apprentissage

L'organisation spatiale a une véritable importance dans les processus d'apprentissage. Un psychologue travaillant sur les problématique environnementale, Moser (2009, p.7), indique qu'« il est impossible de comprendre l'individu sans rendre compte des contextes environnemental, (...) dans lesquels il perçoit, donne du sens et interagit avec le monde ». Si l'on reprend les propos de cet auteur, l'environnement est donc l'ensemble constitué par les



composantes et caractéristiques d'un milieu alors que l'atmosphère et le climat sont des éléments qui correspondent à la représentation et à la perception que l'individu en a.

### *1.7.1.3 L'importance du dispositif spatial pour l'enseignement*

Fischer et Fousse (2002), psychologues eux-aussi, ont montré l'impact des aménagements sur le bien-être, la satisfaction et l'efficacité des personnes. Ainsi, la disposition du mobilier, les couleurs, la présence de verdure sont des éléments stimulants alors que les nuisances sonores, les odeurs représentent des freins à l'épanouissement. Meirieu (2012) estime que la plupart des dispositifs des écoles ne répondent pas aux priorités pédagogiques actuelles. Il ajoute également qu'il n'existe pas de bonne ou de mauvaise organisation spatiale en soi, puisqu'elle dépend entièrement de l'enseignement à y effectuer. Cette idée d'organisation spatiale prend particulièrement de l'importance dans notre recherche puisqu'elle a été évoquée par les formateurs. Ils estiment que le dispositif spatial dans la forme actuelle est aujourd'hui un frein à l'enseignement.

Pour que le lecteur puisse se représenter le dispositif actuel en école d'ostéopathie, nous avons pris plusieurs photos des salles d'enseignements. L'analyse de ces images montre une salle organisée en rangs. Cette configuration s'inscrit clairement dans un paradigme transmissif de l'apprentissage. Ainsi, le formateur a une posture de « savant » qui délivre le savoir aux étudiants. Le dispositif actuel permet une meilleure représentation du paradigme de l'apprentissage actuellement à l'œuvre. Notons que ce dispositif ne permet pas une visibilité optimum de l'enseignant par les étudiants.

Nous pouvons observer sur la figure 11, les difficultés de captation visuelle auxquelles sont confrontés les étudiants dans l'école de Strasbourg. Plusieurs d'entre eux n'hésitent pas à faire usage de différentes stratégies pour contre balancer cette difficulté. Nous observons donc des étudiants qui se rapprochent, qui se décalent, qui montent sur les chaises ou les tables. Toujours sur cette même photo, nous pouvons également observer certains étudiants ne faisant même pas l'effort de s'adapter à la situation, par dépit.

### *1.7.1.4 Proposition des formateurs*

Une proposition de brainstorming sur l'espace de travail a été faite avec les formateurs. Pour ce faire, il a été projeté au tableau une salle de pratique. Les formateurs pouvaient changer l'ordre des tables, du bureau, etc. Il était également possible d'y incorporer des outils

numériques tels que des caméras, des écrans. La consigne a été donnée de ne pas se censurer et de laisser libre cours à ses envies pour en arriver à la salle « idéale » à leurs yeux. Le résultat est montré sur le schéma suivant.

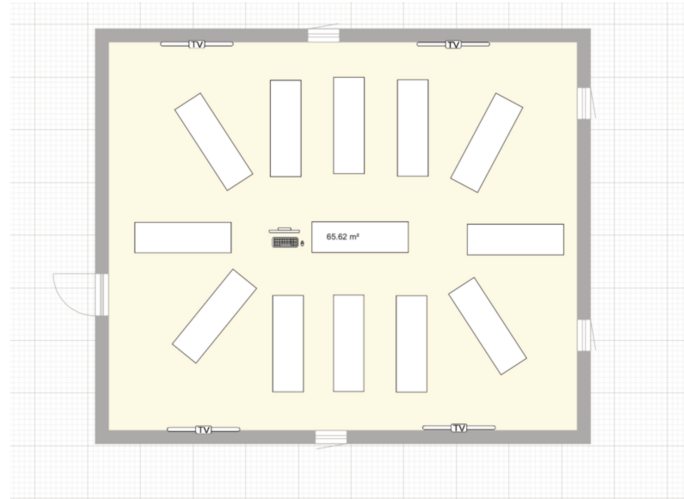


Figure 10. : Proposition d'un dispositif spatial d'une salle de pratique.

Pour cette salle, le besoin en superficie est estimé à 65,62 m<sup>2</sup>. Elle se compose de 12 tables de pratique, ainsi qu'une table de bureau pour le formateur, et qui est placée en position centrale. Une caméra (non représentée sur le schéma) surplomberait la table du formateur et permettrait d'enregistrer les séquences de démonstration du formateur, vue du haut, et de les projeter par la suite sur les quatre écrans de TV répartis dans la salle.

Cette disposition spatiale offrirait plusieurs avantages. Tout d'abord elle permet un meilleur accès visuel à l'ensemble des étudiants présents, le formateur n'ayant qu'à refaire une fois la démonstration pour les étudiants étant de dos au départ. Cela peut également obliger les étudiants lorsqu'ils sont de dos à se focaliser sur la posture du formateur, les jambes, l'orientation des pieds qu'ils n'ont pas l'habitude d'observer mais qui ont cependant une grande importance dans la réalisation de la plupart des techniques. Dans cette configuration, le formateur en position centrale peut aussi observer tous les étudiants effectuer les techniques une fois la démonstration finie. Lorsqu'ils rencontrent des difficultés, le formateur peut également beaucoup plus facilement montrer à nouveau la technique sans que les étudiants soient obligés de se déplacer. Un travail de « guidage » et de mise en situation simultanée peut également être fait par le formateur – ce qui est plus difficile dans une configuration traditionnelle. Ce dispositif permet également de favoriser les rétroactions et les débriefings collectifs. Le retour au collectif en effet fait partie des éléments qui doivent être davantage favorisés. L'outil vidéo peut être utilisé lors des phases de mise en application pour que les

étudiants puissent -en même temps qu'ils effectuent la gestuelle- la revoir. La vidéo serait le support à l'apprentissage permettant cette restitution dynamique du mouvement. Le formateur pourrait également varier la vitesse, permettant une diffusion au ralenti de la gestuelle et, ainsi, une meilleure acquisition (Courraud, 2020) des points délicats.

Enfin, dernier point important concernant l'aspect matériel mais qui n'a pas pu être représenté sur le schéma, les tables de pratique seraient des tables électriques. En effet, les étudiants apprennent actuellement sur des tables manuelles. Celles-ci représentent deux gros désavantages pour eux. Tout d'abord elles ne sont pas facilement réglables car cela nécessite plusieurs personnes (elles sont lourdes pour assurer leur stabilité). Les profils différents en termes de poids et de taille des étudiants leur demandent des stratégies d'adaptation de leur posture qui rajoutent des difficultés d'apprentissages car ils ne peuvent se concentrer sur la perception. La table manuelle est actuellement un frein à l'apprentissage de la perception car elle ne met pas l'étudiant dans une posture de confort suffisant pour favoriser le ressenti. Pourtant, une fois installés en cabinet, la plupart des étudiants auront des tables électriques. On peut également penser que ceux-ci n'auront pas acquis lors de la formation une certaine familiarité d'utilisation.

#### 1.7.1.5 *Un arbitrage avantages-coûts*

La problématique pour les écoles est le coût d'installation : équiper une telle salle en outils numériques et en tables électriques représente un coût de plusieurs dizaines de milliers d'euros pour seulement une salle. Une école d'ostéopathie possède environ une dizaine de salles à équiper. L'idée pourrait être d'équiper les salles au fur et à mesure permettant au moins sur quelques heures à tous les enseignants de s'acclimater à leur futur environnement de travail. De plus, certains enseignements ne nécessitent pas obligatoirement une telle configuration.

Il devient impératif d'adapter l'espace de travail pour que l'environnement soit favorable au collectif et favorise les capacités cognitives et kinesthésiques des étudiants tout en permettant un travail ergonomique. Il est évident que cela implique une véritable politique de restructuration de l'espace ayant un coût et devant se faire en concertation avec la direction administrative des établissements. Il serait particulièrement profitable pour les étudiants qu'ils puissent bénéficier des outils auxquels ils auront accès une fois installés. Il reste cependant des possibilités d'adaptation et de mise en place qui n'impliquent pas de coûts supplémentaires

mais qui restent cependant à l'initiative du formateur, ce qui demande un changement de paradigme quant à la vision de l'apprentissage.

### 1.3.3. Au plan du développement des compétences des formateurs

Plusieurs éléments mis en avant lors de notre recherche font appel à une remise à plat de l'ingénierie de formation telle que nous avons pu l'observer. L'autonomisation est un des points fondamentaux de cette évolution. Néanmoins, il est lié à un changement de représentations sur le rôle de chacun des partenaires dans les études : étudiants, formateurs, direction. L'implication plus forte des étudiants en les rendant acteurs de la formation semble nécessaire. La capacité à se questionner plutôt qu'à donner la réponse devra sans doute être favorisée. Cependant, cela va demander de changer la structuration des cours. Il y a un ancrage historique fort dont il va falloir s'éloigner dans les prochaines années.

#### 1.7.1.6 *Ingénierie de formation*

Les évaluations devront également bénéficier d'une remise à plat. Les évaluations en l'occurrence théoriques que nous avons pu observer se focalisent davantage sur l'acquisition des connaissances que des compétences. Nous pouvons imaginer que les formateurs ne savent pas évaluer celles-ci sans passer par une évaluation des connaissances du cours. Nul doute que les participants aux formations continues auront des armes supplémentaires pour une évaluation au plus proche des compétences. En prenant les éléments mis en avant dans la recherche, à savoir l'importance de la compétence sensori-relationnelle, les évaluations devront être repensées en prenant en considération ces éléments. Cependant, cela nous amène à soulever certaines questions. Est-ce qu'un travail de fond permettrait de définir l'efficacité ou plutôt le soin optimal relatif, comment évalue-t-on cette relativité ? Chaque évaluateur doit prendre en compte la situation de l'examen pour mener son évaluation. Comment fait-il ? Comment évaluer l'incident critique si le patient ne laisse pas « entrer » son thérapeute ? Comment le professionnel peut-il gérer cela ? Comment former les étudiants à cela ? Nous avons à poser les bases de cette nouvelle forme d'évaluation dans une réflexion collective afin d'être le plus alignés possibles entre des objectifs de formation et l'évaluation des compétences mises en œuvre.

### 1.7.1.7 Recommandations pédagogiques autour d'une démonstration technique

Ayant fait le constat que les compétences essentielles dans la pratique en cabinet sont sous-estimées et peu préparées en formation, nous souhaitons axer nos recommandations sur le développement de celles-ci. Dans un premier temps, nos observations ont montré que le formateur ne provoque pas le questionnement avant la présentation de la technique, il passe immédiatement du contexte à la réponse par la technique enseignée, en faisant l'impasse sur le raisonnement à mener pour établir le diagnostic. Or, c'est ce raisonnement qui est primordial et si difficile à acquérir pour les étudiants. Il s'agit donc de donner l'occasion aux étudiants, en les accompagnant, de se familiariser à mener leur propre enquête, peu au début, puis de manière plus complète avec l'avancement dans le cursus, ce qui correspond dans le schéma présenté ci-dessous, à l'étape 2.

Nous avons ensuite constaté qu'aucun support écrit ou représentation visuelle (photo, schéma, vidéo) n'accompagne la partie théorique ni démonstrative et que les étudiants n'ont pas matériellement le temps de prendre des notes s'ils ne veulent pas manquer une partie de la démonstration, si bien que très peu de traces écrites subsistent pour s'y référer après la séance. De plus, lors de cette partie démonstrative nous avons pu observer comme le montre la photo ci-jointe, que l'ensemble des étudiants n'a pas accès à un visuel satisfaisant de manière à pouvoir observer l'ensemble des paramètres de la technique.



Figure 11. : Photo d'un cours de pratique montrant les difficultés visuelles des étudiants

Il revient au formateur de s'assurer de la bonne visibilité pour l'ensemble des apprenants. Il nous paraît ainsi opportun de proposer une démonstration de la technique devant un petit nombre d'étudiants. Après avoir effectué cette mise en pratique, le formateur laisse directement effectuer la gestuelle aux étudiants. Nous pensons qu'avant cette étape une verbalisation par un ou deux étudiants permettrait de davantage solliciter une démarche de raisonnement (Ammirati,

2011). Enfin pour finaliser l'étape 5 et 6, il serait intéressant de donner une limite de temps aux étudiants. En effet, notre recherche montre une compétence de gestion de temps relativement importante pour le professionnel. Celle-ci devrait donc être sollicitée pendant le cursus, par exemple en proposant des mises en situation de pseudo-consultation. Nous terminerons par les étapes 7 et 8, sans doute les deux étapes qui font le plus défaut à la formation actuellement. Les corrections des étudiants se font de manière empirique sans laisser de place à la réflexivité qui pourtant est un élément fondamental permettant à l'apprenant de prendre conscience de ses stratégies d'apprentissage (Bouissou & Brau-Antony, 2005, p.113-122). Actuellement la réponse à une problématique est donnée d'emblée, sans laisser de place au questionnement qui permettrait aux étudiants d'ouvrir les possibles, de proposer des hypothèses. Lors des phases de correction individuelle, il serait également intéressant de pouvoir demander aux étudiants de verbaliser leur action pour leur permettre de se rendre compte des difficultés qu'ils peuvent générer dans l'effectuation du geste (Piot, 2005). L'étape 8 est une étape de retour au collectif. Dans cette étape le formateur synthétise les questions, les récurrences de difficultés. Un récapitulatif des points clés à retenir peut-être évoqué, permettant un temps dédié à la prise de notes. Actuellement, si il n'y a pas de questionnement de la part des étudiants, le cours s'arrête généralement sans retour, et sans points récapitulatifs.

Nous synthétisons ceci sous la forme d'une fiche d'accompagnement pédagogique à destination des formateurs enseignant une technique ostéopathique (figure 8). Cette fiche, indiquant les différentes étapes à suivre, pourrait être proposée aux formateurs pour qu'ils l'amendent et la discutent.



Figure 12. : Proposition des étapes d'enseignement d'une technique ostéopathique

### 1.7.1.8 Une identité professionnelle de formateur ostéopathe à construire ?

La profession de formateur ostéopathe souffre actuellement d'un manque de reconnaissance. Même l'État, lors de la publication des décrets, semble avoir délaissé ce rôle en n'y prêtant que peu d'importance, ce qui produit indéniablement des conséquences sur la représentation des formateurs de leur propre rôle. Selon Dubar (2000), l'identité professionnelle se construit autour de trois dimensions : le moi, le nous, et les autres.

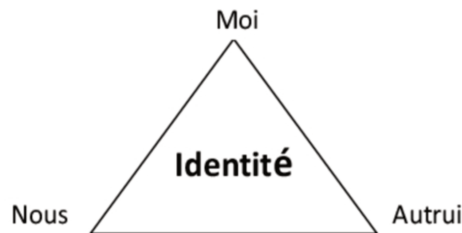


Figure 13. : Les trois dimensions de l'identité selon Dubar (2000)

L'identité professionnelle d'un individu est une dimension de l'identité globale de la personne, et celle-ci se développerait dans des formes de vie sociales (Gohier, 2000). L'identité est une composante individuelle mais pas uniquement. Elle se construit sur les bases d'une individualité, d'un collectif et du regard d'autrui. Des travaux de sociologues ont bien montré l'importance d'autrui dans la reconnaissance, il ne suffit pas de se déclarer soi-même compétent pour l'être, il y a une légitimité à acquérir (Merchiers & Pharo, 1992). Pour faire émerger une véritable identité professionnelle, nous avons pensé proposer une formation dédiée aux formateurs-ostéopathes (voir ci-après). Nous proposons également de développer un syndicat de formateurs capable de regrouper le « nous », le collectif social du triangle.

### 1.7.1.9 Développer un syndicat des formateurs ?

L'identité professionnelle est avant tout une identité sociale qui est ancrée dans une profession (Gentili, 2005b). Cette notion d'identité sociale pourrait tout à fait être alimentée par les attributions d'un syndicat. Un syndicat des formateurs pourrait permettre de regrouper des individus ayant la même activité, des problématiques communes, afin d'y apporter des éléments de solutions. De par la place et l'importance que revêt le corps dans la formation, un syndicat pourrait tout à fait créer une charte déontologique et éthique du formateur ostéopathe, importante pour encadrer d'éventuels abus ou dérives. Il pourrait également faire en sorte de développer davantage les compétences du métier, tout en constituant une instance représentative face à l'État, par exemple dans le cadre d'une éventuelle modification des décrets



actuellement en place. De plus, le modèle de statut de travailleur à la fois en situation activité libérale et en salarié, demande une connaissance particulière administrative de ce mode de fonctionnement qui permettrait de mieux appréhender les droits des professionnels concernés. La récente parution des décrets soulève des questions en termes de couverture sociale, de retraite, qui demandent une véritable connaissance des pratiques qui ne sont pas du ressort des écoles mais qui seront pourtant déterminantes dans la perspective d'une éventuelle évolution du métier.

*1.7.1.10 Développer une formation de formateur ?*

Nous souhaitons que le travail collaboratif mené durant ces trois années avec les formateurs porte rapidement ses fruits et que les avancées conceptuelles puissent être mises au service des formateurs en ostéopathie de façon opérationnelle. Nous avons donc conçu un programme pédagogique issu de nos résultats, défendu son intérêt et obtenu la création d'un D.U.

Depuis la rentrée 2019-2020, le centre de formation continue de l'université de Haute-Alsace, en partenariat avec le collège ostéopathique Strasbourg Europe, a permis la mise en place du premier diplôme d'université propre aux formateurs ostéopathes. Dès la première année, cette formation a suscité un fort intérêt : les 20 places prévues ont toutes été pourvues.

La durée de ce D.U. est de 100 heures réparties sur trois semaines. Les objectifs décrits dans la plaquette<sup>58</sup> sont de permettre aux formateurs d'améliorer la maîtrise des différents aspects de leur métier, en prenant en compte les spécificités du concept ostéopathique et de la formation à l'acquisition des compétences globales des étudiants, grâce à différents outils conceptuels, pédagogiques et méthodologiques. Les quatre unités d'enseignements du D.U sont les suivantes :

1. Apprentissage et développement professionnel des étudiants
2. Didactique de l'ostéopathie
3. Déontologie de l'enseignement ostéopathique
4. Ingénierie pédagogique

Nous avons été heureux de pouvoir opérationnaliser les premiers éléments de résultats de notre recherche pour contribuer à créer le programme de la formation. La responsabilité pédagogique

---

<sup>58</sup> La plaquette de formation du D.U. se trouve en annexes p.547

est placée sous la direction du Pr. Laurence Durat. La maquette du diplôme contenant la programmation est consultable en annexe.

#### *1.7.1.11 Perspective de développement des formateurs*

En créant le D.U., nous avons l'intention de poser les fondations de la formation des formateurs dans le domaine de l'ostéopathie. Nous pensons que cette formation devrait se poursuivre dans les prochaines années et s'approfondir, notamment grâce aux retours des participants qui sont eux-mêmes en poste dans différentes écoles françaises d'ostéopathie. Nous faisons intervenir plusieurs chercheurs emblématiques dans le monde de l'ostéopathie, c'est le cas par exemple du Pr. Jean-Marie Gueullette, grand spécialiste de Still (le médecin fondateur de l'ostéopathie) qui a le premier identifié le besoin de formation en ostéopathie, et est responsable du diplôme d'université « Philosophie de l'ostéopathie » dans le cadre de l'Université Catholique de Lyon. La finalité de ce diplôme est de permettre à des ostéopathes d'exprimer ce qu'est l'ostéopathie tout en interrogeant la dimension éthique de la relation en ostéopathie. Ce D.U. intéresse déjà un grand nombre de formateurs intervenant dans les écoles. Le D.U. de Formateur en Ostéopathie de l'UHA se centre sur la formation, et plus exactement propose de faire dialoguer les différents niveaux de compétence : les compétences professionnelles, les compétences du formateur et les compétences à acquérir par les étudiants. Mais il nous paraît également important de former les formateurs à la recherche en les sensibilisant à la dimension évolutive de leur discipline et en leur donnant le goût de participer à cette évolution. Nous avons pu observer au travers de l'enquête que les formateurs sont mis en difficultés dans les activités de recherche. Ils ont pourtant comme tâche d'encadrer les mémoires des étudiants de fin de cursus. Bien entendu, c'est l'objectif des cursus de master en université, mais les masters existants sont dédiés soit à la pédagogie médicale (à l'Université de Strasbourg par exemple) soit à l'ingénierie pédagogique ou plus globalement à la formation de formateurs non spécialisés. Il ne nous est pas interdit d'imaginer voir un jour la création d'un master « Pédagogie, recherche et philosophie de l'ostéopathie », même si l'engagement dans deux années d'études ne semble pour l'instant pas prioritaire ni facilement accessible aux formateurs actuels (comme l'a montré notre enquête). Pour autant, ce travail doctoral a fait émerger l'importance de la recherche dans la pratique ostéopathique.

*1.7.1.12 Vrai ou faux problème de la diversité de pratiques ?*

Notre travail de recherche a confirmé la diversité des pratiques utilisées tant dans la pratique que dans la formation. Nous interrogeant sur le bien-fondé de cette diversité, il nous paraît plus intéressant d'évoquer l'idée de genre et de style (Clot, 2000). Cette proposition fait sens car cette diversité de style se trouve dans une multitude de corps de métiers et n'est pas propre à l'ostéopathie. Par exemple, le métier de cuisine repose sur des bases communes à maîtriser (émincer, associer les saveurs, cuire, dresser etc.) mais laisse à chaque cuisinier la possibilité de pratiquer un style de cuisine différente (traditionnelle, moléculaire, etc.) voire d'inventer son style. Notre recherche a permis de dégager plusieurs modèles qui constituent vraisemblablement ce que Clot nommerait le genre, c'est-à-dire le socle commun à tous ces thérapeutes, dans lequel ils puisent et associent pour produire leur manière personnalisée d'agir. Pour l'instant, la plupart des ostéopathes véhiculent et donc renforcent l'idée que chaque ostéopathe pratique une autre ostéopathie et à travers notre recherche, nous nous inscrivons en faux par rapport à cette rhétorique. Il y a beaucoup à gagner, en termes d'identification des substrats conceptuels, de reconnaissance de leur identité et de qualité de la formation, à faire la démonstration d'un genre professionnel ostéopathique. L'étude et l'approfondissement de ce genre, de ce socle doivent être poursuivis et élargis à un échantillon plus large de professionnels. De plus, comme le souligne Gueullette dans son ouvrage (2014), nous observons une importante référence à Still lors de la pratique, comme pour justifier de son acte en tant que professionnel. Pour que la profession puisse connaître ses fondements tout en s'autorisant une évolution qui est légitime, elle devra passer par l'identification de tout ce qui dépasse dans la conception et la pratique une référence quasi systématique à son fondateur. L'ostéopathie a un ancrage historique très fort, cependant c'est en créant son propre avenir qu'elle pourra davantage contribuer à son essor et à sa légitimité, cette étape ne pouvant se faire sans une implication plus forte de ses acteurs dans la recherche afin d'établir la meilleure connaissance qui soit du métier.

*1.7.1.13 Développer la recherche en ostéopathie*

Lors de notre découverte du milieu de l'ostéopathie, nous avons été surpris par les approximations et le manque de connaissances fondamentales de cette discipline par ses professionnels. La profession s'en contente, les écoles enseignent sans réelle remise en question d'un modèle historique qui a indéniablement déjà connu des évolutions de par la transmission

au départ orale qui a pu générer des pertes ou des modifications de l'information, mais aussi des infléchissements et des enrichissements.

Pour relever ces nombreux défis que peuvent entraîner le manque de connaissances stabilisées sur la discipline et le métier, nous souhaitons développer dans la continuité de ce travail de recherche, un véritable programme de recherche au sein du réseau Franc'ostéo. Nous pensons que la recherche sera en mesure d'apporter des évolutions et des connaissances à la discipline qui permettront un meilleur usage et une meilleure transmission. La recherche en ostéopathie se base actuellement sur un modèle exclusivement biomédical qui ne semble pas en mesure d'évaluer au mieux cette discipline puisqu'il ne prend pas en compte ses particularités.

La recherche est actuellement approchée par des ostéopathes intéressés mais ayant peu de connaissances et d'expérience dans ce domaine. Cependant, nous notons, ces dernières années, une volonté d'acquérir des compétences nouvelles de la part des ostéopathes – preuve en est le nombre croissant de thèses soutenues. Il s'agira de pouvoir unir toutes ces compétences qui se sont ainsi développées dans les dernières années pour planifier et prioriser les futurs travaux de recherche en ostéopathie. Cette étape nécessite une structuration progressive que nous développerons dans le point suivant.

### *1.7.1.14 La création d'un programme de recherche Franc'ostéo*

À partir de 2021, le réseau Franc'ostéo souhaite structurer ses ambitions de recherche en réunissant les forces en matière de recherche de ses six écoles d'ostéopathie françaises. Cette décision est l'aboutissement de réflexions provenant notamment de notre recherche et du processus de légitimation au sein de la profession. L'identification de référents de recherche dans chaque école et l'allocation d'un temps dédié de ces personnes ressources doit générer l'émergence de projets de recherche, suscitant ainsi une dynamique collective et des retombées scientifiques pour les différentes écoles. Plusieurs enseignants détiennent déjà un doctorat ou sont en cours de finalisation de celui-ci ou encore souhaiteraient entrer dans une telle démarche et ceci dans des domaines variés, à savoir la biomécanique, la physiologie, les sciences de l'éducation, etc. La coordination de ces travaux va permettre d'ouvrir les possibilités de réflexions et d'orientations nouvelles en matière de recherche. Jusqu'à présent, les personnes-ressources étaient avant tout chargées d'enseignement dans les écoles tout en n'ayant pas réellement de temps dégagé pour la recherche. Cette coordination va permettre d'en avoir davantage. Voici quelques objectifs déjà identifiés pour les années à venir :

1. Améliorer les pratiques d'enseignement et de formation des écoles du réseau en s'appuyant sur une activité de recherche scientifique.
2. Développer une activité de recherche et de développement dédiée à l'évaluation, à l'amélioration et à l'innovation du métier et de ses pratiques de soins.
3. Doter le réseau de compétences de recherche.
4. Valoriser l'institut dans les réseaux universitaire, scientifique et hospitalier.

Trois grands axes de recherche ont été identifiés :

1. Le développement et l'innovation des techniques de soins.
2. L'enseignement et la formation tout au long de la vie.
3. Les connaissances et les évolutions de la profession.

Par l'intermédiaire de ces axes il sera notamment question d'initier un véritable travail épistémologique pour la discipline, préalable indispensable à toute activité de recherche et permettant de situer l'ostéopathie dans un cadre scientifique qui prendra en compte les spécificités de sa pratique. Une fois stabilisé, ce projet pourra également développer des partenariats avec des laboratoires et universités.

#### *1.7.1.15 Les possibles leviers de mise en applications des résultats*

Nous nous interrogeons à présent sur la manière dont les résultats de notre recherche pourront être communiqués et pris en compte. Nous donnons toute la mesure de ce rôle aux écoles alors que la discipline est en cours de construction, que les syndicats par leur dispersion jouent peu leur fonction principale de rassemblement. Les pouvoirs publics sont quant à eux sous la pression d'autres disciplines comme la kinésithérapie ou la médecine qui défendent leur champ d'intervention. La charge de la diffusion et de la communication de nos résultats revient donc aux écoles qui semblent les mieux placés pour effectuer ce travail de compréhension et de recherche disciplinaire et comprennent qu'il en va de leur intérêt.

A nos yeux, la formation est le levier le plus important d'évolution lorsqu'une discipline est en cours de structuration. Nous pensons également que le DU pour les formateurs en ostéopathie peut initier une démarche de réflexion sur les pratiques pédagogiques et de changement en utilisant comme vecteur les formateurs diplômés. Les projets de recherche identifiés et validés par le réseau Franc'Ostéo seront également une partie importante de ce processus d'évolution de la discipline tout en veillant à assurer une neutralité scientifique.

De plus, comme pour tous travaux scientifiques, nous envisageons des communications et la publication d'articles issus de cette thèse, notamment l'organisation de colloques dédiés à la discipline pouvant permettre des communications à destination du milieu professionnel de l'ostéopathie. Ainsi, des thématiques telles que la pédagogie en ostéopathie ou la place des sciences en ostéopathie devraient susciter l'intérêt de nombreux acteurs de la discipline.

### *5.1.1.1 Sous-conclusion de la discussion*

Notre travail a pu comparer plusieurs référentiels existants sur les compétences des ostéopathes. Nous avons pu observer une grande hétérogénéité des compétences. Les six référentiels que nous avons à disposition montrent un décalage de vision de l'activité d'un thérapeute. Cela nous interroge sur la construction même des référentiels. Nous pensons que cette disparité provient à la fois de la difficulté de référentialiser un métier non stabilisé, mais également sur les méthodologies de conception qui présentent un écart avec l'activité réelle.

Un ostéopathe est avant tout jugé sur des résultats, cependant ceux-ci ne peuvent intervenir que dans le cadre d'une véritable relation de « partenariat » entre le thérapeute et son patient. Il devient alors capital pour un professionnel de mettre tout en œuvre pour créer cette alliance thérapeutique qui sera à l'origine de la réussite de sa prise en charge. Nous avons nommé cette étape de la consultation : la compétence sensori-relationnelle. Deux autres compétences sont apparues lors de notre recherche. Tout d'abord, celle de gestion de temps, qui oblige nos praticiens à guider leur pratique dans le cadre de contraintes temporelles, matérielles et humaines. Enfin, la compétence de décryptage repose sur l'identification de la bonne zone du corps à traiter à travers trois entrées : la perception du toucher, la perception visuelle et la verbalisation. Toutes ces entrées sont à l'origine de la construction de l'image opérative (Ochanine, 1978) du corps du patient.

Ces différentes compétences remettent en question l'idée initiale qui consiste à croire que l'ostéopathie est uniquement une profession manuelle. Il semble qu'il se dégage des processus de soins bien plus complexes que celui qui repose uniquement sur le toucher dans l'action thérapeutique des ostéopathes. Nous dégageons deux modèles de pratiques qui se basent à des degrés divers sur l'aspect technique, manuel et sur un aspect cognitif utilisant d'avantage les neurosciences comme c'est le cas par exemple de l'hypnose (Robin, 2013)

Avec cette nouvelle vision de la profession et de l'acte de soins qui se dégage, nous avons pu objectiver un décalage entre les compétences réelles et les compétences enseignées. Les

professionnels n'ayant pas conscience de leur propre pratique, ils ne sont pas en mesure d'enseigner l'activité telle qu'ils la pratiquent. Pourtant les étudiants une fois diplômés arrivent parfaitement à travailler. Comment alors compensent-ils ce décalage d'enseignement de l'activité une fois installés ? Est-ce une étape dans la formation ? N'y aurait-il pas un processus d'apprentissage de l'ostéopathie plus complexe qui s'organise tout au long de la vie ? Il ne s'agit ici, que des suppositions que nos prochaines recherches devront éclaircir.

Enfin, un travail épistémologique semble constituer l'étape indispensable pour constituer le corpus à enseigner et déterminer la véritable conception du métier.

## 1.8 Et pour finir ...

Cette thèse est le résultat d'un contrat de collaboration avec le réseau Franc'Ostéo. Son ambition était de faire un état des lieux des pratiques pédagogiques actuellement en place dans les écoles d'ostéopathie en vue de l'amélioration du niveau de compétences des formateurs.

De par notre positionnement épistémologique et le dispositif méthodologique employé lors de notre recherche, l'implication et la participation des formateurs ont été centrales et primordiales pour décrire et comprendre leur travail. Nous avons pu recueillir les propos d'une vingtaine de formateurs et analyser 14 séquences vidéos d'enseignement d'une technique ostéopathique. Nos questionnaires d'enquêtes ont recueilli 960 réponses d'étudiants et 80 de formateurs à travers six écoles réparties sur toute la France. Enfin, quatre consultations de professionnels ont été filmées donnant lieu chacune à une séance d'auto-confrontation individuelle avec le thérapeute. Nous avons pu ainsi recueillir une masse importante de données nous apportant de nouvelles connaissances sur le métier d'ostéopathe, celui de formateur, et sur la formation.

Pour arriver à la vision la plus large d'analyse prenant en compte tous les niveaux de l'activité nous avons eu recours à plusieurs courants de l'analyse de l'activité à savoir : l'ergonomie, la didactique professionnelle (Pastré, Vergnaud & Mayen, 2006), la clinique de l'activité (Yves Clot, 2006). Cette multiplicité des courants utilisés comme le suggèrent certains auteurs (Albéro & Guérin, 2014) nous a permis de distinguer trois niveaux de l'activité : un niveau micro, un niveau méso, et un niveau macro. Certains éléments de ces niveaux ont été mis en évidence par des méthodologies propres. Grâce à ce cadre nous avons pu percevoir les imbrications et les interdépendances des différents niveaux entre eux. C'est par exemple le cas du manque de professionnalisation du métier de formateur (au niveau macro) qui a un impact sur la manière d'enseigner (niveau méso). En orientant notre regard sur un seul niveau de l'activité la

compréhension globale de l'activité n'aurait pu être produite aussi largement. Dans le cadre de l'ostéopathie qui est une discipline en cours de construction, ce dispositif de l'analyse de l'activité à plusieurs niveaux nous paraît tout à fait approprié pour en connaître tous les enjeux qui peuvent en découler dans la connaissance de l'activité. Plusieurs résultats significatifs ont pu découler de cette recherche.

Cette thèse a été à l'origine de plusieurs communications scientifiques. Tout d'abord une première à Genève en 2018, une seconde à Montréal en 2020 lors du congrès annuel de didactique professionnelle et enfin un article dans la revue Formation Emploi en 2020.

Lors de cette recherche nous avons également pu apporter des éléments sur la connaissance du métier, qui est une étape indispensable pour enrichir la formation.

La discipline est actuellement victime d'un manque de cadre épistémologique clair et d'une référence encore trop présente à ses fondateurs. Il semble primordial que l'ostéopathie puisse connaître une évolution comme la plupart des disciplines ont pu la connaître. L'ostéopathie de par son histoire, possède un fort ancrage dans la médecine. Cependant nous pensons que pour ouvrir ses perspectives de développement, elle devra s'émanciper du modèle médical tout en gardant à l'idée ce qui rapproche ces deux modèles. Notre travail soulève un certain nombre de questions dont les réponses ne pourront provenir que de la profession elle-même. Avec une meilleure structuration des fondations de l'ostéopathie et une véritable analyse des pratiques, celle-ci gagnerait à davantage de lisibilité et de reconnaissance de la part des autres disciplines et des pouvoirs publics. Il est également important pour nous de souligner la difficulté que représente le manque de cadre épistémologique spécifique à cette discipline. En effet, on entend souvent dire qu'il y a « autant d'ostéopathies que d'ostéopathes ». Cette phrase résume à elle seule la schizophrénie que peuvent ressentir les professionnels entre eux lorsqu'ils doivent communiquer sur leur discipline. Cette complexité et le manque de définition commune à la profession ont indéniablement une répercussion sur la formation. Il s'agira sans doute, dans un avenir proche, de définir une épistémologie de l'ostéopathie permettant à tous les ostéopathes de se retrouver dans une vision aussi proche que possible de leur pratique.

**Le concept ostéopathique, n'est pas qu'une histoire de « main » :** Pour appréhender la notion de concept ostéopathique nous avons dès le départ de notre recherche tâché d'en donner une définition à partir des écrits de la profession. Il en est ressorti par exemple la globalité du patient, la règle de l'artère. Nous avons pu découvrir les divergences qui peuvent exister sur ces différents principes qui font pourtant partie des fondements de la discipline. En interrogeant l'activité réelle de quatre professionnels nous avons ainsi pu mettre en lumière un concept



ostéopathe qui va bien au-delà des définitions traditionnelles que les professionnels en donnent actuellement.

La connaissance et la perception se font à partir d'une entrée à trois niveaux. Un ostéopathe cherche à mettre en cohérence ce qu'il a entendu, ce qu'il a ressenti ou vu des doigts et ce qu'il a observé. La vision classique que l'on peut se faire de l'ostéopathie qui n'utilise que sa main pour diagnostiquer et soigner semble incomplète. Notre recherche a pu mettre en lumière trois compétences qui n'ont pas été évoquées ou de manière partielle jusqu'à présent : une compétence sensori-relationnelle ; une compétence de décryptage ; une compétence à mener une enquête avant d'intervenir ; une compétence de gestion de temps. Cela a permis de nous interroger sur la pertinence des référentiels existants et de leur méthodologie de construction mais surtout la manière dont ils décrivent l'activité. Nous pensons qu'une description de l'activité, en partant des situations, semble plus fidèle à la réalité de celle-ci, permettant de mettre en avant l'importance du caractère situé de la compétence.

La difficulté du manque de cadre de la profession et des compétences implicites, sont à l'origine d'un décalage entre les compétences exigées par la pratique et les compétences réellement enseignées.

Tous ces résultats nous encouragent à continuer et à développer des processus de recherche dans la profession pour en améliorer sa compréhension et donc sa transmission. Malgré plus d'un siècle d'existence, l'ostéopathie reste une discipline en cours de développement, certains de ces mécanismes demeurant encore inconnus des professionnels eux-mêmes, ce qui lui donne une part de « mystère ».

Nous espérons que cette recherche marquera le début d'une nouvelle ère dans la construction et la compréhension de l'ostéopathie.

## Bibliographie

- Abehsera, A. et Cormillot, P. (1986). *Traité de médecine ostéopathique - Tome 1, Histoire et principes de l'ostéopathie à ses débuts*. Diffusion Maloine.
- Abehsera, A. (2001). Maladies des os, ou les os de la maladie ? Quel nom pour quelle ostéopathie. *Apostill*, 9.
- Aggeri, F. (2016). La recherche-intervention : fondements et pratiques. Dans Barthélemy, J. et Mottis, N. (dir.), *A la pointe du management. Ce que la recherche apporte au manager*. Dunod, (p.79-100). hal-01230457
- Albero, B. et Guérin, J. (2014). L'intérêt pour l'activité en sciences de l'éducation. Vers une épistémologie fédératrice ? (Note de synthèse). *TransFormations*, 11, 11-45.
- Altet, M. (1991). Comment interagissent enseignant et élèves en classe, note de synthèse. *Revue française de pédagogie*, 107, 123-139.
- Altet, M. (2002). Une démarche de recherche sur la pratique enseignante : l'analyse plurielle. *Revue française de pédagogie*, 138 (1), 85-93. doi.org/10.3406/rfp.2002.2866
- Altet, M., Paquay, L. et Perrenoud, P. (2002). *Formateurs d'enseignants*. De Boeck Supérieur.
- Dewey, J. (1993). *La théorie de l'enquête*. Presses Universitaires de France.
- Amigues, R. et Kherroubi, M. (2003). Editorial. *Recherche et formation*, 44, 5-10.
- Anders Ericsson, K. et Simon, H. (1980). Verbal reports as data. *Psychological Review*, 87 (3), 215-251. doi.org/10.1037/0033-295X.87.3.215
- Astier, I. (2007). Se raconter aux autres. *Sciences Humaines*, 184, (7), 5-5.
- Astolfi, J.P. (2014). *L'Erreur, un outil pour enseigner*. ESF éditeur.
- Audétat, M.Cl., Laurin, S. et Sanche, G. (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. doi.org/10.1051/pmed/2011109
- Auquier, O. (2007). *Ostéopathie principes et applications ostéoarticulaires*. Elsevier Masson.
- Baccarini, M. et al. (2014). Tool Use Imagery Triggers Tool Incorporation in the Body Schema. *Frontiers in Psychology*, 5 (mai). doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00492
- Bakhtine, M. (1977). *Le marxisme et la philosophie du langage*. Les Editions de Minuit.
- Bakhtine, M. (1978). *Esthétique et théorie du roman*. Gallimard.
- Bakhtine, M. (1984). *Esthétique de la création verbale*. Gallimard.

- Balas, S. (2011). *Le référentiel, un outil de formation, un instrument de développement du métier : Le métier de masseur-kinésithérapeute en référence*. [Thèse de doctorat, CNAM]. [www.theses.fr/2011CNAM0806](http://www.theses.fr/2011CNAM0806)
- Stéphane Balas. (2012, Juillet). Transmettre un métier ? L'exemple des masseurs-kinésithérapeutes. [Communication orale]. Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles, Paris, France. halshs-00790594
- Barbier, J.M. (1996). *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Presses Universitaires de France.
- Barbier, J.M. (2009). Voies pour la recherche en formation. *Éducation et didactique*, 3 (3), 120-129. [doi.org/10.4000/educationdidactique.588](https://doi.org/10.4000/educationdidactique.588)
- Barbier, J.M. (2011). *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Presses Universitaires de France.
- Barbier, J.M. (2013a). *Activité*. De Boeck Supérieur.
- Barbier, J.M. (2013b). Un nouvel enjeu pour la recherche en formation : entrer par l'activité. *Savoirs*, 33 (3), 9-22. [doi.org/10.3917/savo.033.0009](https://doi.org/10.3917/savo.033.0009)
- Barbier, J.M. et Durand, D. (2003). L'activité : un objet intégrateur pour les sciences sociales ? *Recherche & formation*, 42 (1), 99-117.
- Barel, Y. (1977). L'idée de système dans les sciences sociales. *Esprit*, 1, (1), 69-82.
- Barth, B.M. (1985). Jérôme Bruner et l'innovation pédagogique. *Communication & Langages*, 66 (1), 46-58. [doi.org/10.3406/colan.1985.3656](https://doi.org/10.3406/colan.1985.3656)
- Barthes, R. (1985). *L'Aventure sémiologique*. Seuil.
- Baudry de Vaux, M. et al. (1996). Qu'est-ce qu'un métier ? *Formation Emploi*, 55 (1), 115-115.
- Benedetti, F. (2006). Placebo Analgesia. *Neurological Sciences*, 27 (S2), 100-102. [doi.org/10.1007/s10072-006-0580-4](https://doi.org/10.1007/s10072-006-0580-4)
- Bernard, H., Postiaux, N. et Salcin, A. (2000). Les paradoxes de l'évaluation de l'enseignement universitaire. *Revue des sciences de l'éducation*, 26 (3), 625-50. [doi.org/10.7202/000293ar](https://doi.org/10.7202/000293ar)
- Berthiaume, D et al. (2011). L'évaluation des enseignements par les étudiants (EEE). *Recherche & formation*, (juillet), 53-72. [doi.org/10.4000/rechercheformation.1387](https://doi.org/10.4000/rechercheformation.1387)
- Blanchard-Laville, C. et Fablet, D. (2002). Analyse des pratiques. Approches psychosociologique et clinique. *Recherche & formation*, 39 (1), 5-7. [doi.org/10.3406/refor.2002.1737](https://doi.org/10.3406/refor.2002.1737).
- Blanchet, A. (1991). *Dire et faire dire : l'entretien*. Armand Colin.
- Blanchet, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Armand Colin.

- Boubée, N. (2010). La méthode de l'autoconfrontation : une méthode bien adaptée à l'investigation de l'activité de recherche d'information ? *Études de communication, langages, information, médiations*, 35 (décembre), 47-60. doi.org/10.4000/edc.2265
- Bouissou, C. et Brau-Antony, S. (2005). Réflexivité et pratiques de formation. *Carrefours de l'éducation*, 20 (2), 113-22.
- Bourdeaut, F. (2006). Les émotions dans la relation de soin : des racines de leur répression aux enjeux de leur expression. *Éthique & Santé*, 3, (3) 133-37. doi.org/10.1016/S1765-4629(06)70580-3
- Bourgeois, E. et al. (2013). *Expérience, activité et apprentissage*. Presses Universitaires de France.
- Bourhis, H. (2017). Un parcours de recherche dans le soin et le toucher de relation. *EM-Consulte*, 66 (229). www.em-consulte.com/article/1106282/alerteM
- Boyer, S., Rix-Lièvre, G. et Récopé, M. (2015). L'arbitrage de haut niveau, une affaire d'équipe. *Movement & Sport Sciences*, 87 (1), 91-101. doi.org/10.3917/sm.087.0091
- Braccini, V., Garnier, F. et Durat, L. (2020). La professionnalisation des formateurs dans le cas d'un métier en devenir, celui d'ostéopathe. *Formation emploi*, 149 (1), 87-111.
- Bronckart, J.P. (2004). Pourquoi et comment analyser le travail de l'enseignant (e). *Il mestiere dell'insegnante. Analisi dell'azione docente*, 9-35.
- Bronckart, J.P. (2010). *Une introduction aux théories de l'action*. Université de Genève, FPSE.
- Bronckart, J.P. et Dolz, J. (2002). *La notion de compétence : quelle pertinence pour l'étude de l'apprentissage des actions langagières ? L'énigme de la compétence en éducation*. De Boeck Supérieur.
- Brousseau, G. (1990). Le contrat didactique : le milieu. *Recherches en Didactique des Mathématiques*, 9 (9.3), 309-36.
- Brown, J. S., Collins A. et Duguid, P. (1989). Situated cognition and the culture of learning. *Journal of American Education research association*, 18 (janvier), 32-34. doi.org/10.3102/0013189X018001032
- Brun, J.P. et Dugas, N. (2005). La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens. *Gestion*, 30 (2), 79-88.
- Burgy, C. (2017). *L'accompagnement des étudiants en santé en milieu authentique clinique*. Thèse en préparation, Mulhouse. www.theses.fr/s222297
- Campo, M. et Djaït, R. (2016). *La dimension mentale en rugby*. De Boeck Supérieur.
- Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique*. Presses Universitaires de France.

- Carignan, N. (2001). Dans Bosman, C., Gerard, F.M. et Roegiers, X. (dir.) (2000). Quel avenir pour les compétences ? *Revue des sciences de l'éducation*, 27 (janvier), 447-448. doi.org/10.7202/009944ar
- Caroly, S. et Clot, Y. (2004). Du travail collectif au collectif de travail : développer des stratégies d'expérience. *Formation Emploi*, 88, (1), 43-55. <https://doi.org/10.3406/forem.2004.1737>
- Champy-Remoussenard, P. (2005). Les théories de l'activité entre travail et formation. *Savoirs*, 8 (2), 9-50.
- Champy-Remoussenard, P. (2008). Incontournable professionnalisation. *Savoirs*, 17 (2), 51-61.
- Chauvigné, C. et Lenoir, Y. (2010). Les référentiels en formation : enjeux, légitimité, contenu et usage. *Recherche & formation*, 64 (juillet), 9-14.
- Chouinard, I. et Caron, J. (2015). Le recours aux approches réflexives dans les métiers relationnels : modélisation des conceptions de la réflexivité. *Phronesis* 4 (3), 11-21. doi.org/10.7202/1035269ar
- Clément, E. (2003). L'analyse de l'activité dans les situations de résolution de problèmes. *Psychologie et Psychométrie*, 24, (4) (janvier), 25-36.
- Clot, Y. et Litim, M. (2008). Activité, santé et collectif de travail. *Pratiques Psychologiques*, 14 (1), 101-114. doi.org/10.1016/j.prps.2007.12.003
- Clot, Y. (1995). *Le travail sur l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*. La Découverte.
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Presses Universitaires de France.
- Clot, Y. (2008). Travail et pouvoir d'agir. *Recherche & formation*, 1 (60), 151-153.
- Clot, Y. et Béguin, P. (2004). L'action située dans le développement de l'activité. *Activités*, 1, (2). doi.org/10.4000/activites.1237
- Clot, Y. Faïta, D., Fernandez, G. et Scheller, L. (2000). Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 2 (1). doi.org/10.4000/pistes.3833
- Clot, Y. et Fernandez, G. (2005). Analyse psychologique du mouvement : apport à la compréhension des TMS. *Activités*, 2 (2-2). doi.org/10.4000/activites.1818
- Clot, Y. et Faïta, D. (2000). Genres et styles en analyse du travail. Concept et méthodes. *Travailler*, 4, 7-42.
- Coffey, A. et Atkinson, P. (1996). *Making sense of qualitative data: Complementary research strategies*. Sage Publications, Inc.
- Coggi, C. et Maccario, D. (2009). Contribution des étudiants à l'évaluation de la didactique universitaire : une réduction à de plus justes proportions. Dans Coggi, C. et

- Romainville, M., *L'évaluation de l'enseignement par les étudiants*, (p. 165-190). De Boeck Supérieur.
- Combessie, J.C. (2007). *La méthode en sociologie*. La Découverte.
- Cooper, J. (2007). Socrate et la philosophie comme manière de vivre. *Études platoniciennes*, 4 (octobre), 297-321. doi.org/10.4000/etudesplatoniciennes.918
- Coues, E., Hoffman H. et Comeaux, Z. (2012). *L'âme de l'ostéopathie*. Frison-Roche.
- Coulet, J. C. (2016). Les notions de compétence et de compétences clés : l'éclairage d'un modèle théorique fondé sur l'analyse de l'activité. *Activités*, 13 (1). doi.org/10.4000/activites.2745
- Courraud, C. (2020). La psychopédagogie perceptive : une pédagogie de la perception de soi. *Revue Française de Yoga*, 61, (janvier).
- Courraud, C. (2019). *Fascias, le nouvel organe-clé de votre santé*. Editions Leduc Pratique.
- Croibier, A. (2005). *Diagnostic ostéopathique général*. Ostéopathie. Elvessier Masson.
- Daniellou, F. (2005). The French-speaking ergonomists' approach to work activity: cross-influences of field intervention and conceptual models. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 6 (5), 409-427. doi.org/10.1080/14639220500078252
- Darraillans, B. (2018). *Les 7 cerveaux de notre corps. Un pont entre ostéopathie et neurosciences*. Dangles.
- Davezies, P. (2012). Enjeux, difficultés et modalités de l'expression sur le travail : point de vue de la clinique médicale du travail. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 14 (2), (octobre). doi.org/10.4000/pistes.2566
- De Jong, O. et Driel, J.V. (2001). The Development of Prospective Teachers' Concerns about Teaching Chemistry Topics at a Macro-micro-symbolic Interface. *Research in science education: Past, present, and future*, 271-276. doi.org/10.1007/0-306-47639-8\_37
- De Ketele, J.M. (1989). *Guide du formateur, Pédagogie en développement*. De Boeck Supérieur.
- De Ketele, J. M. et Maroy C. (2006). *Quels critères de qualité pour les recherches en éducation ? L'analyse qualitative en éducation*. De Boeck Supérieur.
- Deci, E. et Ryan, R. (2012). Self-determination theory. Dans Van Lange P., Kruglanski, A. et Higgins E. (dir.) *Handbook of theories of social psychology*, 1, (p. 416-436). Sage Publications Ltd. doi.org/10.4135/9781446249215.n21
- Dejours, C. (2001). *Le Corps, d'abord*. Payot.
- Dejours, C. (2003). *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel*. Editions Quæ. doi.org/10.3917/quæ.dejou.2003.01

- Dejours, C. (2007). Psychanalyse et psychodynamique du travail : ambiguïtés de la reconnaissance. Dans Caillé, A. (dir.), *La quête de reconnaissance. Nouveau phénomène social total*, (p. 58-70). La Découverte.
- Delacroix, J. M. (2004). Corps, identité et contemplation. *Cahiers de Gestalt-thérapie*, 15 (1), 19-43. doi.org/10.3917/cges.015.0019
- Demaret, J. (2014). Le processus de construction de légitimité des contrôleurs de gestion. *Gestion et management*. Université François Rabelais. tel.archives-ouvertes.fr/tel-00997829
- Denzin, N. et Lincoln, Y. (1994). *Handbook of qualitative research*. Sage Publications Inc.
- Desgagné, S. et al. (2001). L'approche collaborative de recherche en éducation : un rapport nouveau à établir entre recherche et formation. *Revue des sciences de l'éducation*, 27, (1), 33-64. doi.org/10.7202/000305ar
- Desjardins, J. et Bernard, H. (2002). Les administrateurs face à l'évaluation de l'enseignement. *Revue des sciences de l'éducation*, 28, (3), 617-648. doi.org/10.7202/008336ar
- Desjeux, D. (2004). *Les sciences sociales*. Presses Universitaires de France.
- Devoto, G. (2015). *Vade-mecum d'ostéopathie*. Quintessence.
- Dewey, J. (1993). *Logique la théorie de l'enquête*. Presses Universitaires de France.
- Dewey, J. (2018). *Démocratie et éducation*. Armand Colin.
- Diallo, M. D. et Clot, Y. (2003). L'exploration de l'expérience dans l'analyse de l'activité : problèmes de méthode. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 32 (2), 203-217. doi.org/10.4000/osp.2720
- Dieumegard, G. (2011). Dimensions cognitives et sociales dans l'étude de l'activité des élèves. La représentation comme inférence individuelle-sociale dans le cours d'expérience. *Éducation et didactique*, 5 (3), 33-60. doi.org/10.4000/educationdidactique.1103
- Dion, I. (2017). De la théorie à la pratique : l'exemple des stages de la Division de la gestion de documents et des archives de l'Université de Montréal. *Archives*, 46 (2), 91-112. doi.org/10.7202/1040382ar
- Dölken, M. (2002). Was muss ein Manualtherapeut über die Physiologie des Bindegewebes und die Entwicklung einer Bewegungseinschränkung wissen ? *Manuelle Medizin*, 40 (3), 169-176. doi.org/10.1007/s00337-002-0138-3
- Dollo, C. (2018). D'une conception épistémologique d'une discipline scolaire à sa mise en œuvre dans la classe : quelles difficultés pour un professeur débutant ? L'exemple de la définition de la population active en sciences économiques et sociales (classe de Seconde). *Éducation et didactique*, 12 (1), 43-58. doi.org/10.4000/educationdidactique.2946

- Drapeau, M. (2004). Réflexion épistémologique sur la recherche qualitative et la psychanalyse : refaire une place au rêve et à l'imaginaire. *Le Coq-héron*, 177 (2), 124-129. doi.org/10.3917/cohe.177.0124
- Dubar, C. (1998). Trajectoires sociales et formes identitaires. Clarifications conceptuelles et méthodologiques. *Sociétés contemporaines*, 29 (1), 73-85.
- Dubar, C. et Tripier. P. (2003). *Sociologie des professions*. Armand Colin.
- Ducoux, B. (2008). Le chemin de l'ostéopathie. [Support de formation] Saint-Germain-au-Mont-d'Or, 26-28 septembre.
- Dumez, H. (2011). Qu'est-ce qu'un concept ? *Le Libellio d'AEGIS*, 7 (1), 67-79. hal-00574166
- Durand, M. et Plazaola Giger, I. (2007). La formation des enseignants : une approche centrée sur l'activité. *Revue des HEP de Suisse romande et du Tessin*, 6, 5-8.
- Durand, M. et Laurent F. (2009). *Travail et formation des adultes. Formation et pratiques professionnelles*. Presses Universitaires de France.
- Durand, M. Saint-Georges I. (de) et Meuwly-Bonte, M. (2006). Le curriculum en formation des adultes : Argumentation pour une approche "orientée-activité". *Raisons éducatives*, (janvier), 185-202.
- Durand, M. Saury J., et Sève C. (2006). *Apprentissage et configuration d'activité : une dynamique ouverte des rapports sujets-environnements*. Presses Universitaires de France.
- Durat, L. (2012). Logique de l'emploi et stratégies des dirigeants territoriaux dans un nouveau contexte institutionnel. *Revue française d'administration publique*, 141 (1), 223-237. doi.org/10.3917/rfap.141.0223
- Durat, L. (2014). Les expériences d'incidents critiques, des ressources pour le développement des compétences ? *Activités* 11 (11-2). doi.org/10.4000/activites.1062
- Durat, L. et Kern, D. (2019). Accompagner la réflexivité sur l'expérience : une médiation cognitive et socio-affective vers l'apprentissage. *Activités*, 16 (1). doi.org/10.4000/activites.4027
- Durat, L. et Mohib, N. (2008). Le développement des compétences au regard de l'engagement dans l'agir professionnel. *Questions Vives*, 10, 11-31.
- Durrive, L. (2010). L'activité humaine, à la fois intellectuelle et vitale. *Revue de didactique professionnelle*, 6, 25-45.
- Eckert, M. (2013). *Le concept de globalité en ostéopathie*. De Boeck Supérieur.
- Faingold, N. (2011). *Approches pour l'analyse des activités*. L'Harmattan. hal-normandie-univ.archives-ouvertes.fr/hal-02345467
- Faïta, D. (1997). La conduite du TGV : exercices de styles. *Camps visuels*, (6), 75-86.



- Faïta, D. et Clot, Y. (1996). *Signer la ligne. Recherche sur la dimension humaine de la conduite des trains*. IREPT. SNCF – CCE-SNCF.
- Falzon, P. et Teiger C. (1995). Construire l'activité. *Performances humaines et techniques*, (HS), 34-39.
- Fauchon, C. et al. (2019). Brain Activity Sustaining the Modulation of Pain by Empathetic Comments. *Scientific Reports*, 9 (1), 83-98. doi.org/10.1038/s41598-019-44879-9
- Faverge, J.-M., Leplat, S et Guiguet, B. (1958). *L'adaptation de la machine à l'homme*. Presses Universitaires de France.
- Faye, H. et Falzon, P. (2009). Strategies of Performance Self-Monitoring in Automotive Production. *Applied Ergonomics*, 40 (5), 915-921. doi.org/10.1016/j.apergo.2009.01.005
- Ferron, F. Longhi, S., Canard, B. et Karlin D. (2006). A Practical Overview of Protein Disorder Prediction Methods. *Proteins: Structure, Function, and Bioinformatics*, 65 (1), 1-14. doi.org/10.1002/prot.21075
- Ferry, G. (1989). Houssaye (Jean). — Théorie et pratiques de l'éducation. *Revue française de pédagogie*, 88 (1), 101-3.
- Figari, G. (1994). *Évaluer : quel référentiel ?* De Boeck Université.
- Filliettaz, L. Saint-Georges I. (de), et Duc, B. (2008). “ Vos mains sont intelligentes ! ” : Interactions en formation professionnelle initiale. *Cahiers de la Section des Sciences de l'éducation*, 117.
- Fischer, G.-N. et Fousse C. (2002). Espaces de travail et communication – Une lecture psychosociale. *Communication et organisation*, 21 (mai). doi.org/10.4000/communicationorganisation.2651
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique, *Psychological Bulletin*, 51, (4).
- Flandin, S. (2017). Vidéo et analyse de l'activité. Dans Barbier, J. M. et Durand, M., *Encyclopédie d'analyse des activités*, (p. 193-205). PUF. hal.archives-ouvertes.fr/hal-01400139
- Fourez, G. et Larochelle, M. (2002). *Apprivoiser l'épistémologie*. De Boeck Supérieur.
- Freinet, C. (1943). *L'éducation du travail*. Ophrys.
- Fumat, Y. (2003). *Analyser les situations éducatives*. ESF Editeur. www.unige.ch/fapse/life/archives/livres/alpha/F/Fumat+alii\_2003\_A.html
- Gagnepain, J. J. et André J. C. (2011). Les savoirs de l'ingénieur. Dans Barbier, J. M. (dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, (p. 91-100). Presses Universitaires de France. doi.org/10.3917/puf.barbi.2011.01.0091

- Garnier, F. et Braccini, V. (2017). Enquête préparatoire à la création d'un référentiel de compétences propre au métier de formateur en ostéopathie, *La Revue de l'Ostéopathie*, 18, 29-36.
- Gasparski, W. (2009). The stakeholder organisation theory and its systemic foundation. *International Journal of General Systems*, 38 (août), 659-665.  
doi.org/10.1080/03081070902865665
- Gatti, M. (2016). La querelle des barbiers, chirurgiens et médecins (XIIIe -XVIIIe siècles) ». *Actualités Odonto-Stomatologiques*, 3 (mars). doi.org/10.1051/aos/2016013
- Gentili, F. (2005). *La rééducation contre l'école, tout contre*. ERES.
- Gerring, J. (1999). What Makes a Concept Good? A Criterial Framework for Understanding Concept Formation in the Social Sciences. *Polity*, 31 (3), 357-393.  
doi.org/10.2307/3235246
- Gillot, P. (2003). Corps et individualité dans la philosophie de Spinoza. *Methodos. Savoirs et textes*, 3 (avril). doi.org/10.4000/methodos.114
- Glaser, B. et Strauss, A. (2017). *La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative*, (2<sup>e</sup> ed.). Armand Colin.
- Goffman, E. (1987). *Façon de parler*. Les éditions de Minuit.
- Goffman, E. et Isaac J. (1991). *Les cadres de l'expérience*. Les éditions de Minuit.
- Gohier, C. (2000). Enseignant-formateur : la construction de l'identité professionnelle. [Recensions]. *Revue des sciences de l'éducation*, 29 (1), 214-215.  
doi.org/10.7202/009501ar
- Goigoux, R. (2007). Un modèle d'analyse de l'activité des enseignants. *Education didactique*, 1 (3), 47-69.
- Granger, G. G. (1992). A quoi sert l'Epistémologie ? *Droit et Société*, 20 (1), 39-44.  
doi.org/10.3406/dreso.1992.1134
- Grize, J.-B. (2011). Savoirs théoriques et savoirs d'action : Point de vue logico-discursif. Dans Barbier, J.M., *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, (p. 119-129). Presses Universitaires de France. doi.org/10.3917/puf.barbi.2011.01.0119
- Guba, E. G. (1990). *The paradigm dialog*. Sage Publications, Inc.
- Gueguen, J. Barry C., Hassler, C. et Falissard, B. (2015). « Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose ». [Rapport] INSERM U1178.
- Guérin, F. et al. (2007). *Comprendre le travail pour le transformer*. Anact.
- Gueullette, J.-M. (2014). *L'ostéopathie une autre médecine*. Presses Universitaires de Rennes.

- Guitton, C. (2000). La professionnalisation, nouvelle catégorie de l'intervention publique : L'exemple du programme « Nouveaux services, nouveaux emplois. *Formation Emploi*, 70 (1), 13-30. doi.org/10.3406/forem.2000.2904
- Haour, F. (2005). Mécanismes de l'effet placebo et du conditionnement : Données neurobiologiques chez l'homme et l'animal. *Médecine/sciences*, 21 (3), 315-19. doi.org/10.1051/medsci/2005213315
- Héran, F. (1982) Latreille Geneviève — La naissance des métiers en France : 1950- 1975. Etude psycho-sociale. *Population*, 37 (3), 683-685.
- Hilgard, Ernest R. André M., Weitzenhoffer, Judah Landes, et Rosemarie K. Moore. (1961). The distribution of susceptibility to hypnosis in a student population: A study using the Stanford Hypnotic Susceptibility Scale. *Psychological Monographs: General and Applied*, 75 (8), 1-22. doi.org/10.1037/h0093802
- Houssaye, J. (1998). *Deligny, éducateur de l'extrême. L'éducation spécialisée au quotidien*. ERES.
- Houssaye, J. (2014). *La Pédagogie traditionnelle. Une histoire de la pédagogie. Suivi de « petite histoire des savoirs sur l'éducation »*. Fabert.
- Huberman, M. et Miles M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes*. De Boeck Université.
- Huteau, B. et Usureau, O. (2016). *Ostéopathie. Diagnostic et traitement*. Maloine.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers* 102 (3), 23-34.
- Issartel, L. (1983). *L'ostéopathie exactement*. Robert Laffont.
- Jobert, G. (2014). *Exister au travail. Les hommes du nucléaire*. ÉRÈS.
- Jobert, G. (2002). La professionnalisation, entre compétence et reconnaissance sociale. Dans Altet, M., Paquay, L. et Perrenoud, P., *Formateurs d'enseignants. Quelle professionnalisation ?* (p. 247-260) De Boeck Supérieur.
- Jonnaert, P. (2002). *Compétences et socioconstructivisme : un cadre théorique*. De Boeck Supérieur.
- Jonnaert, P. (2017). La notion de compétence : une réflexion toujours inachevée. *Éthique publique*, 19 (1). doi.org/10.4000/ethiquepublique.2932
- Jonnaert, P. Barrette J. et Masciotra, D. (2006) *Revisiting the Concept of Competence as an Organizing Principle for Programs of Study: From Competence to Competent Action*, ORE/UQAM.
- Jorro, A. et Pana-Martin, F. (2012). Le développement professionnel des enseignants débutants : Entre accompagnement et reconnaissance professionnelle. *Recherches & éducations*, 7 (octobre), 115-131. doi.org/10.4000/rechercheseducations.1413

- Jorro, A. et Wittorski, R. (2013) De la professionnalisation à la reconnaissance professionnelle. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ere nouvelle*, 46 (4), 11-22.
- Journé, B. et Raulet-Croset, N. (2008). Le concept de situation : contribution à l'analyse de l'activité managériale en contextes d'ambiguïté et d'incertitude. *Management*, 11 (1), 27-55.
- Jovic, L. (2008). Les conditions d'émergence d'une discipline scientifique et professionnelle. *Recherche en soins infirmiers*, 93 (2), 68-71.
- Karnas, G. et Salengros, P. (2017). L'analyse du travail trente ans après Ombredane et Faverge. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 19 (2). doi.org/10.4000/pistes.5122
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research : Introducing focus groups. *BMJ*, 311, 299-302.
- Krampe, R. et Ericsson K, A. (1996). Maintaining Excellence: Deliberate Practice and Elite Performance in Young and Older Pianists. *Journal of Experimental Psychology General*, 125 (4), 331-359. doi.org/10.1037//0096-3445.125.4.331
- Krueger, R., Casey, (2000). M. Focus groups: a practical guide for applied research, (3.ed). *Sage publications*.
- Lacourt, I. (2013). Le compagnonnage dans les métiers de l'humain. Description d'un dispositif d'auto-formation basé sur l'échange de bonnes pratiques. *Pensée plurielle*, 32 (1), 129-137.
- Lacroix, A. (2007). Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? *Santé Publique*, 19 (4), 271-282.
- Lahire, B. (2007). *L'esprit sociologique*. La Découverte.
- Lahire, B. (2012). *Monde pluriel. Penser l'unité des sciences sociales*. Seuil.
- Lahy, J.M. et Laugier. (1933). *Le travail humain*.
- Lancry, A. (2009). *L'ergonomie*. Presses Universitaires de France.
- Lang, V. (1999). La professionnalisation des enseignants : sens et enjeux d'une politique institutionnelle. *Recherche & formation*, 30, 190-193.
- Langley, D., Ronen, M. et Bat-Sheva E. (1997). Light Propagation and Visual Patterns: Preinstruction Learners' Conceptions. *Journal of Research in Science Teaching*, 34 (4), 399-424. doi.org/10.1002/(SICI)1098-2736(199704)34:4<399::AID-TEA8>3.0.CO;2-M.
- Latour, B. Godmer L. et Smadja, D. (2012). L'œuvre de Bruno Latour : une pensée politique exégétique. *Raisons politiques*, 47 (3), 115-48. doi.org/10.3917/rai.047.0115
- Lave, J. (1988). *Cognition in practic*. Cambridge University Press.

- Lavezzari, R. (1949). *Une nouvelle méthode clinique et thérapeutique : l'ostéopathie*. G. Doin.
- Le Bellu, S. Lahlou, S. et Nosulenko, V. (2010). Capter et transférer le savoir incorporé dans un geste professionnel. *Social Science Information*, 49 (3), 371-413. doi.org/10.1177/0539018410372582
- Le Boterf, G. (1997). *De la compétence à la navigation professionnelle*. Editions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2005). *Construire les compétences individuelles et collectives : la compétence n'est plus ce qu'elle était*. Editions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2011). Apprendre à agir et à interagir en professionnel compétent et responsable, *Education permanente*, 188 (3), 97-112.
- Leblanc, S. Ria, L. et Veyrunes, P. (2013). Analyse vidéo de situations d'enseignement dans le programme du cours d'action. Dans Veillard L. et Tiberghien A. (dir.) *VISA Instrumentation de la recherche en Education*. (p. 63-94). Maison des Sciences de l'Homme. hal.archives-ouvertes.fr/hal-00804095
- Leclercq, G. (2003). Interpréter et développer des dispositifs de formation. *Revue des sciences de l'éducation*, 29 (3), 499-524. doi.org/10.7202/011401ar
- Legendre, P. (1993). Spatial Autocorrelation : Trouble or New Paradigm ? *Ecology*, 74 (6), 1659-1673. doi.org/10.2307/1939924
- Leplat, J. (1978). L'équivalence des situations de laboratoire et de terrain. *Le Travail Humain*, 41 (2), 307-318.
- Leplat, J. (1995). À propos des compétences incorporées. *Éducation permanente*, 123.
- Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail : Contribution à la psychologie ergonomique*. Presses Universitaires de France.
- Leplat, J. (2000). L'environnement de l'action en situation de travail. Dans Centre de recherche du CNAM (dir.), *L'Analyse de la singularité de l'action* (p. 107-132). Presses Universitaires de France. doi.org/10.3917/puf.derec.2000.01.0107
- Leplat, J. (2002). De l'étude de cas à l'analyse de l'activité. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 4 (2). doi.org/10.4000/pistes.3658
- Lessard, C. (2006). Le débat américain sur la certification des enseignants et le piège d'une politique éducative evidence-based. *Revue française de pédagogie*, 154 (1), 19-32.
- Lessard, C. et Meirieu, P. (2008). *L'obligation de résultats en éducation. Évolutions, perspectives et enjeux internationaux*. De Boeck Supérieur.
- L'Hermite, P.-L. (2018). *Recherches juridiques sur la médicalité de l'ostéopathie en droit français*. [Thèse, Toulouse 1]. www.theses.fr/2018TOU10018

- Lichtenberger, Y. (1999). Compétence, organisation du travail et confrontation sociale. *Formation Emploi*, 67 (1), 93-107. doi.org/10.3406/forem.1999.2364
- Linard, M. (1989). *Des machines et des hommes. Apprendre avec les nouvelles technologies*. L'Harmattan.
- Linard, M. (2001). Concevoir des environnements pour apprendre : l'activité humaine, cadre organisateur de l'interactivité technique. *Sciences et techniques éducatives*, 8 (3), 211-238. doi.org/10.3406/stice.2001.1485
- Linard, M. et Prax, I. (1984). *Images vidéo images de soi. ou narcissisme au travail*. Dunod.
- Magoun, H. (2004). *Ostéopathie dans le champ crânien*. Sully.
- Maître de Pembroke, E. (2003). Les apports des sciences humaines à une pédagogie de la communication interculturelle. Dans Groux D. et Holec H. (éd.). *Une Identité Plurielle*. (p. 121-139). L'Harmattan.
- Malglaive, G. (1981). *Politique et pédagogie en formation d'adultes*. Ligue de l'enseignement et de l'éducation permanente.
- Mangiante, J-M. (2002). Place et rôle du lexique spécialisé dans les discours de français commercial et économique. *Recherche et pratiques pédagogiques en langues de spécialité*, 21 (4), 27-39. doi.org/10.4000/apliut.4109
- Marc, E. (2016). *La construction identitaire de l'individu. Identité(s)*. Editions Sciences Humaines.
- Maturana, H. et Varela, F. (1987). *The Tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. New Science Library/Shambhala Publications.
- Maubant, P. et Piot, T. (2011). Étude des processus de professionnalisation dans les métiers adressés à autrui. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ere nouvelle*, 44 (2), 7-11.
- Mayen, P. et Gagneur, C. A. (2010). Le territoire est-il une situation de développement ? *Éducation permanente*, 184 (3).
- Mayen, P. (1999). Des situations potentielles de développement. *Éducation permanente*, 139, 65-86.
- Mayen, P. (2010). Les situations de travail. Références pour les référentiels. *Recherche & formation*, 64, 31-46.
- Mayen, P., Métral J. F. et Tourmen, C. (2010). Les situations de travail. Références pour les référentiels. *Recherche & formation*, 64 (juillet), 31-46. doi.org/10.4000/rechercheformation.191
- Mayen, P. et Olry, P. (2012). Expérience du travail et développement pour de jeunes adultes en formation professionnelle. *Recherche & formation*, 70 (2), 91-106.
- Mayen, P. et Perrier, D. (2006). *Pratiques d'information-conseil en VAE : Une analyse des pratiques par le réseau des conseillers PCR en Bourgogne*. Raison et Passions.

- Meirieu, P. et Cédelle, L. (2012). *Un pédagogue dans la Cité*, Desclée de Brouwer.
- Menger, P. M. (2009). L'art analysé comme un travail. *Idées économiques et sociales*, 158 (4), 23-29.
- Merchiers, J. et Pharo, P. (1992). Eléments pour un modèle sociologique de la compétence d'expert. *Sociologie du travail*, 34 (1), 47-63. doi.org/10.3406/sotra.1992.2582
- Merri, M. (2007). *Activité humaine et conceptualisation. Questions à Gérard Vergnaud*. Presses Universitaires du Mirail.
- Métral, J. F., Tourmen, C. et Mayen, P. (2014). Évaluer la compétence par l'activité en situation. Dans Dierendonck, C., Loarer, E. et Rey, B. (dir.) *L'évaluation des compétences en milieu scolaire et en milieu professionnel*, (p. 243-255). De Boeck Supérieur. doi.org/10.3917/dbu.dinck.2014.01.0243
- Meunier, F. (1985). L'homme producteur : autour des mutations, du travail et des savoirs. [Compte rendu de lecture]. *Formation Emploi*, 11 (1), 80-80.
- Meyerson, D. et Martin, J. (1987). Cultural Change : An Integration of Three Different Views[1] ». *Journal of Management Studies*, 24 (6), 623-647. doi.org/10.1111/j.1467-6486.1987.tb00466.x
- Mialaret, G. (2004). *Méthodes de recherche en sciences de l'éducation*. Presses Universitaires de France.
- Miller, W. et Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*, (2e éd.), The Guilford Press.
- Mohib, N. (2011). Développer des compétences ou comment s'engager dans l'agir professionnel. *Formation emploi*, 114 (juillet), 55-71.
- Mollo, V. et Falzon, P. (2004). Auto- and Allo-Confrontation as Tools for Reflective Activities. *Applied Ergonomics*, 35 (6), 531-540. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2004.06.003>
- Montmollin (de), M. (1974). *L'analyse du travail : Préalable à la formation*. Armand Colin.
- Morin, A. (1985). Critères de « scientificité » de la recherche-action. *Revue des sciences de l'éducation*, 11 (1), 31-49. doi.org/10.7202/900478ar
- Mosconi, N., Blanchard-Laville, C. et Beillerot, J. (2000). *Formes et formations du rapport au savoir*. L'Harmattan.
- Moser, G. (2009). *Psychologie environnementale : Les relations homme-environnement*. Armando Editore.
- Moutin, L. et Mann, G. A. (1913). *Manuel d'ostéopathie pratique, théorie et procédés*, G. A. Mann éditeur.
- Murphy, R. (1990). *Vivre à corps perdu*, Plon.

- Ochanine, D.A. (1978). Le rôle des images opératives dans la régulation des activités de travail. *Psychologie et éducation*, 2.
- Oddone, I., Re A. Briante, G. et Clot, Y. (1981). *Redécouvrir l'expérience ouvrière : vers une autre psychologie du travail ?* Éditions sociales.
- Ogden, C. K. et Richards, I. A. (1923). *The Meaning of Meaning*. (8e éd.). Brace & World, Inc.
- Olry, P. (2008). *Apprendre au travail. Inscription sociale de la didactique professionnelle*. [Thèse, Université Paris VIII Vincennes-Saint Denis]. tel.archives-ouvertes.fr/tel-00725325
- Ombredane, A. et Faverge, J. M. (1955). *L'analyse du travail, ruptures et évolutions*. Octarès.
- Ouvrier-Buffet, C. (2004, juillet). "Research" as a way of learning new concepts: the particular case of constructing definitions. 10th International Congress on Mathematical Education (ICME10), TSG "Innovative approaches to the teaching of mathematics", Copenhagen, Denmark.
- Olry, P., Froissart-Monet, M. T. et Lang, N. (2005). Distance thérapeutique et corps à corps. *Education permanente*, 165.
- Pacherie, E. (1993). L'hypothèse de la structuration des connaissances par domaines et la Question de l'architecture Fonctionnelle de l'esprit. *Revue Internationale de Psychopathologie*, 9, 63-89.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (4e éd.). Armand Colin.
- Paquay, L. et Sirota, R. (2001). Le praticien réflexif : le diffusion d'un modèle de formation. *Recherche & formation*, 36, 5-16.
- Parent, F. (2014). « Seuls les médecins se piquent d'acupuncture » ? *Terrains travaux*, 25 (2), 21-38.
- Pasche Gossin, F. (2010). « Une approche centrée sur l'activité d'un formateur d'enseignants : réflexions à propos d'un « entretien en dyade » ». *Éducation et francophonie*, 38 (2), 6-20.
- Pastré, P. (2011). *La didactique professionnelle. Approche anthropologique du développement chez les adultes*. Presses Universitaires de France.
- Pastré, P. (1999). Travail et compétences : un point de vue de didacticien. *Formation Emploi*, 67 (1), 109-25. doi.org/10.3406/forem.1999.2365
- Pastré, P. (2002). L'analyse du travail en didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*, 138 (1), 9-17. doi.org/10.3406/rfp.2002.2859
- Pastré, P., Mayen, P. et Vergnaud, G. (2006). La didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*, 154 (mars), 145-98. doi.org/10.4000/rfp.157



- Perez-Roux, T. (2012). *Processus identitaires en formation initiale des enseignants : entre cohérence du programme et logique(s) des acteurs. La formation des enseignants en quête de cohérence*. De Boeck Supérieur.
- Perrenoud, P. (2011). *Construire des compétences dès l'école*. (6<sup>e</sup> ed.), ESF éditeur.
- Perrenoud, P. (2001). *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant. Professionnalisation et raison pédagogique*. ESF.
- Pesqueux, Y. (2008). Le changement, dérive organisationnelle. *L'Expansion Management Review*, 129 (2), 10-16. doi.org/10.3917/emr.129.0010
- Piaget, J. (1956). Motricité, perception et intelligence. *Enfance*, 9 (2), 9-14.
- Piaget, J. (1974). *La prise de conscience*. Presses Universitaires de France.
- Pineau, G. et Le Grand J. L. (2013). *Les histoires de vie*. (5<sup>e</sup> éd.) Presses Universitaires de France.
- Piot, T. (2005). *La verbalisation de l'activité par l'élève. Pratiques d'enseignement et difficultés d'apprentissage*. ERES.
- Pomey, M. P. et al. (2015). « Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé ». *Santé Publique*, (HS-S1), 41-50.
- Postiaux, N., Bouillard, P. et Romainville, M. (2010). Référentiels de compétences à l'université. Usages, rôles et limites. *Recherche & formation*, 64 (2), 15-30.
- Postiaux, N. et Salcin, A. (2009). Au croisement de l'évaluation de l'enseignement et de l'évaluation de programme : les étudiants finissant évaluent leur apprentissage à partir d'un référentiel de compétences. Dans Romainville, M. (dir.) *L'évaluation de l'enseignement par les étudiants* (p. 95-122). De Boeck Supérieur. doi.org/10.3917/dbu.romai.2009.01.0095
- Poteaux, N. (2014). Accompagnement et pratiques pédagogiques dans l'enseignement supérieur. *Recherche & formation*, 77 (décembre), 87-100. doi.org/10.4000/rechercheformation.2328
- Poupart, J. (1981). La méthodologie qualitative en sciences humaines : une approche à redécouvrir. *Apprentissage et Socialisation*, 4 (1), 41-47.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans Poupart J., Deslauriers, J. P., Groulx, L. H. et al., *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 28 (2), 173-209.
- Prairat, E. (2014). L'approche par les normes professionnelles ». *Recherche & formation*, 75 (avril), 81-94. doi.org/10.4000/rechercheformation.2178
- Prévoist, P. et al. (2018). Approche plurididactique pour l'élaboration curriculaire dans l'enseignement des sciences techniques en formation professionnelle : propositions à partir de l'exemple de l'agronomie. *Éducation & didactique*, 12 (2), 53-71.

- Quinquis, B. (2013). Philosophie et transmission : l'inévitable perte ? L'exemple de Platon. Collection préprint de L'ISHS-UBO. [geoarchi.univ-brest.fr/sitec/ishs/28-Philosophie-et-transmission-l-inevitable-perde-Lexemple-de-Platon.html](http://geoarchi.univ-brest.fr/sitec/ishs/28-Philosophie-et-transmission-l-inevitable-perde-Lexemple-de-Platon.html)
- Quintin, J. J. (2013). L'autonomie en question(s). *Les Langues Modernes*, 4 (décembre), 17-29.
- Rabardel, P. (1995). *Les hommes et les technologies ; approche cognitive des instruments contemporains*. Armand Colin. [hal.archives-ouvertes.fr/hal-01017462](http://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01017462)
- Rabardel, P. (2003). From computer to instrument system: a developmental perspective, *Interacting with Computers édition*, 15 (5), 665-691.
- Rabardel, P. et Pastré, P. (2005). *Modèles du sujet pour la conception Dialectiques activités développement*. Octarès.
- Rege Colet, N. et Berthiaume, D. (2009). Savoir ou être ? Savoirs et identités professionnels chez les enseignants universitaires. Dans Hofsteter, R. et Schneuwly, B., *Savoirs en (trans)formation*, (p. 137-162). De Boeck Supérieur. [doi.org/10.3917/dbu.hofst.2009.01.0137](https://doi.org/10.3917/dbu.hofst.2009.01.0137)
- 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.
- Rey, B. (2010). Les référentiels. Entretien de Bernard Rey réalisé par Christian Chauvigné et Yves Lenoir. *Recherche & formation*, 64 (juillet), 117-120. [doi.org/10.4000/rechercheformation.219](https://doi.org/10.4000/rechercheformation.219)
- Rey, B. (2014). Compétence et évaluation en milieu scolaire : une relation complexe. Dans Dierendonck, C., Loarer, E. et Rey, B., *L'évaluation des compétences en milieu scolaire et en milieu professionnel*, (p. 23-34). De Boeck Supérieur. [doi.org/10.3917/dbu.dinck.2014.01.0023](https://doi.org/10.3917/dbu.dinck.2014.01.0023)
- Rézeau, J. (2002). Médiation, médiatisation et instruments d'enseignement : du triangle au « carré pédagogique ». *ASp*, 35-36 (décembre), 183-200. [doi.org/10.4000/asp.1656](https://doi.org/10.4000/asp.1656)
- Ria, L. (2016). Analyses croisées autour d'un même corpus : Les gestes des enseignants comme objet d'étude et objet de formation ? [Journée d'étude]. ENS de Lyon.
- Robert, A. D. et Bouillaguet, A. (1997). *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France.
- Robert, A. (2008). Vous avez dit « didactique des mathématiques » ? *Repères IREM*, 71 (avril), 41-64.
- Robin, F. (2013). *Hypnose*. De Boeck Supérieur.
- Rogalski, J. (2004). La didactique professionnelle : une alternative aux approches de « cognition située » et « cognitiviste » en psychologie des acquisitions. *Activités*, 1 (1-2). [doi.org/10.4000/activites.1259](https://doi.org/10.4000/activites.1259)

- Rogalski, J., Plat, M. et Antolin-Glenn, P. (2002). Training for collective competence in rare and unpredictable situations. Dans Boreham N., Samurçay R., Fischer M. (dir), *Work Process Knowledge*, (p. 134-147). Routledge.
- Rogers, C. R. (1945). The Nondirective Method as a Technique for Social Research. *American Journal of Sociology*, 50 (4), 279-283. doi.org/10.1086/219619
- Romainville, M. (2009). *L'évaluation de l'enseignement par les étudiants. Approches critiques et pratiques innovantes*. De Boeck Supérieur.
- Roquet, P. (2012). Comprendre les processus de professionnalisation : une perspective en trois niveaux d'analyse. *Phronesis*, 1 (2), 82-88. doi.org/10.7202/1009061ar
- Rosch, E. (2013). Le Grinch qui a volé la sagesse. Dans: Ferrari M., Weststrate N., *The Scientific Study of Personal Wisdom*. doi.org/10.1007/978-94-007-7987-7\_11
- Royer, I. et Zarlowski, P. (2014). *Le design de la recherche*. Dunod.
- Saint Martin, C. de. (2019). « Praticien-chercheur. (researcher practitioner – praticante investigador) ». Dans Vandevelde-Rougale A. (éd.) *Dictionnaire de sociologie clinique*, (p. 476-479). ERES.
- Saint-Dizier De Almeida, V. (2015). *Etude de l'activité en psychologie du travail*. [Habilitation à diriger des recherches, Université de Reims Champagne-Ardenne]. hal.archives-ouvertes.fr/tel-01175803
- Salmanoff, A. (1958). *Secret et sagesse du corps*. La Table ronde.
- Samurçay, R. et Pastré, P. (1995). La conceptualisation des situations de travail dans la formation des compétences. *Education permanente*, 123.
- Samurçay, R. et Pierre, P. (2004). *Recherches en didactique professionnelle*. Octarès.
- Savoie-Zajc, L. (2000). La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques ». *Canadian Journal of Criminology*, 42 (4), 522-526. doi.org/10.3138/cjcrim.42.4.522
- Schleip, R. (2003). Fascial Plasticity – a New Neurobiological Explanation: Part 1. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 7 (1), 11-19. doi.org/10.1016/S1360-8592(02)00067-0
- Schön, D. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. Basic Books.
- Schön, D. (1994). *Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Logiques.
- Schön, D. (2011). A la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et de ce qu'elle implique pour l'éducation des adultes. Dans Barbier, J. M., *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, (p. 201-222). Presses Universitaires de France. doi.org/10.3917/puf.barbi.2011.01.0201

- Schwartz, Y. (1996). Ergonomie, philosophie et exterritorialité. Dans Daniellou F. (dir.), *L'ergonomie en quête de ses principes – débats épistémologiques*. Octarès.
- Schwartz, Y. (1997). *Reconnaissances du travail pour une approche ergologique*. Presses Universitaires de France.
- Schwartz, Y. (2000). Activité(s) et usages de soi : quel(s) « milieu(x) » pour l'humain ? *Les Etudes philosophiques*, 1 (201), 93-123.
- Séraphin, A. (2016). L'enseignant face à la difficulté de la classe : Capacité à agir et décrochage enseignant. *Questions Vives*, 25. doi.org/10.4000/questionsvives.1942
- Simondon, G. (1989). *L'Individuation psychique et collective*. Aubier.
- Simonet, P., Sandrine, C. et Clot, Y. (2011). Méthodes d'observation de l'activité de travail et prévention durable des TMS. Action et discussion interdisciplinaire entre clinique de l'activité et ergonomie. *Activités*, 8 (1). doi.org/10.4000/activites.2481
- Six-Touchard, B. (1998). Développement de la compétence tutorale par outil d'auto-analyse du travail. *Education permanente*, 135 (juin), 87-98.
- Sonntag, M. (2007). Les formations d'ingénieurs. Des formations professionnelles et professionnalisantes. Orientations, contenus, contextes. *Recherche & formation*, 55 (octobre), 11-26. doi.org/10.4000/rechercheformation.844
- Sorel, M. (2011, mai). Les référentiels sont partout... Université et métiers de la formation : quels enjeux, quelles spécificités ? Colloque du réseau des Universités préparant aux Métiers de la Formation, Avignon.
- Stark, J. E. (2013). An Historical Perspective on Principles of Osteopathy. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 16, (1), 3-10. doi.org/10.1016/j.ijosm.2012.10.001
- Stern, D. (2005). Le désir d'intersubjectivité. Pourquoi ? Comment ? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 35 (2), 29-42. doi.org/10.3917/ctf.035.0029
- Stewart, M. et al. (2000). The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *The Journal of Family Practice*, 49 (9), 796-804.
- Still, A.T. (2001). *Ostéopathie, recherche et pratique*. Sully.
- Still, A. T. (2017). *Autobiographie du fondateur de l'ostéopathie*. Sully.
- Still, C. E. Jr. (2015). *Frontier Doctor, Medical Pioneer : The Life and Times of A.T. Still and His Family*. Truman State University Press.
- Stroobants, M. (2007). La fabrication des compétences, un processus piloté par l'aval ? *Formation emploi*, 99 (juillet), 89-94.
- Suchman, L. (1987). *Plans and situated actions: the problem of human machine interaction*. Cambridge University Press.

- Taddei, F. (2018). *Apprendre au XXI<sup>e</sup> siècle*. Calmann-Lévy.
- Tardif, J. (1999). *Pour un enseignement stratégique - L'apport de la psychologie cognitive*. Logiques.
- Tardif, J. (2003). Développer un programme par compétences : de l'intention à la mise en œuvre. *Pédagogie collégiale*, 16 (3), 16-44.
- Tardif, J. et Dubois, B. (2010). Construire des dispositifs en vue de l'évaluation du développement des compétences. Comment ? Dans Paquay, L., Van Nieuwenhoven C. et Wouters P. (dir.) *L'évaluation, levier du développement professionnel ?*, (p. 131-146). De Boeck Supérieur. doi.org/10.3917/dbu.paqua.2010.01.0131
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences : documenter le parcours de développement*. Chenelière éducation. Montréal.
- Teiger, C. et Lacomblez, M. (2013). *(Se) Former pour transformer le travail : Dynamiques de constructions d'une analyse critique du travail*. Presses Universitaires de Laval et European Trade Union Institute.
- Theureau, J. (2006). *Le cours d'action : méthode développée*. Octarès.
- Theureau, J. et Jeffroy, F. (1994). *Ergonomie des situations informatisées*. Octarès.
- Theureau, J. (1997). *Verbalisations provoquées*. Octarès.
- Theureau, J. (2010). Les entretiens d'autoconfrontation et de remise en situation par les traces matérielles et le programme de recherche "cours d'action". *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4-2 (2), 287-322. doi.org/10.3917/rac.010.0287
- Theureau, J. (2004). *Le cours d'action méthode élémentaire*. Octarès.
- Thiétart, R.A. (2007). *Méthodes de recherche en management*. Dunod.
- Toupin, L. (1998). La compétence comme matière, énergie et sens. *Education Permanente*, 135.
- Tourmen, C. (2014). Usages de la didactique professionnelle en formation : principes et évolutions. *Savoirs*, 36 (3), 9-40.
- Tricot, P. (2005). *Approche tissulaire de l'ostéopathie*. Éditions Sully.
- Trudel, P. et Wade, G. (1999). Compléter la formation des chercheurs avec le logiciel NUD.IST. *Recherches qualitatives*, 20, 87-111.
- Tyreman, S. (2013). Re-Evaluating Osteopathic Principles. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 16 (1), 38-45. doi.org/10.1016/j.ijosm.2012.08.005
- Vacher, Y. (2015). *Construire une pratique réflexive*. De Boeck Supérieur.
- Varela, F. J. (1989). *Autonomie et connaissance*. Seuil

- Velmuradova, M. (2014,). Communication pour le développement et l'intégration sociale des nouveaux dispositifs : les modèles existants d'acceptation et d'appropriation et le rôle de la Valeur perçue d'usage. [Communication orale]. Tic, industries culturelles et industries créatives : Appropriation sociale et diversité culturelle. Communication & Changements sociaux en Afrique, 3e Colloque international. Douala.
- Vergnaud, G. (1990). La théorie des champs conceptuels. *Recherches en didactique des mathématiques*, 10 (2.3), 133-170.
- Vergnaud, G. et Samurçay, R. (2000). Que peut apporter l'analyse de l'activité à la formation des enseignants et des formateurs ? *Carrefour de l'éducation*, 10, 49-53.
- Vergnaud, G. (2011). Au fond de l'action, la conceptualisation. Dans Barbier, J. M., *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, (p. 275-292). Presses Universitaires de France. doi.org/10.3917/puf.barbi.2011.01.0275
- Vermersch, P. (1991). Travail et pédagogie. *Revue française de pédagogie*, 97, 128-130.
- Vermersch, P. (2000). X - Approche du singulier. Dans Centre de recherche du CNAM (dir.), *L'Analyse de la singularité de l'action*, (p. 239-256). Presses Universitaires de France. doi.org/10.3917/puf.derec.2000.01.0239
- Vermersch, P. (2004). Aide à l'explicitation et retour réflexif. *Education Permanente*, 160, 71-80.
- Vermersch, P. (2011). *L'entretien d'explicitation*. ESF Editeur.
- Vermersch, P. (2012). *Explicitation et phénoménologie*. Presses Universitaires de France.
- Veyrac, H. et Bouillier-Oudot, M. H. (2011). Les concepts de représentations de la tâche en ergonomie pour la formation professionnelle des enseignants débutants. Dans Maubant, P. et Martineau, S., *Fondements des pratiques professionnelles des enseignants*, (p. 219-242). Presses de l'Université d'Ottawa. hal.archives-ouvertes.fr/hal-01558064
- Viau, R. (2009). *La motivation en contexte scolaire*. (5e éd.). De Boeck.
- Vilatte, J.C. (2007). Méthodologie de l'enquête par questionnaire. [Support de formation] Laboratoire Culture & Communication Université d'Avignon. 1 et 2 février. Grisolles.
- Vinatier, I. (2012). *Réflexivité et développement professionnel*. Octarès. halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01132390
- Vinatier, I. (2015). Un dispositif d'analyse du travail : quel cheminement induit chez une professionnelle du conseil ? *TransFormations*, 13-14.
- Vygotski, L. (2017). *Conscience, inconscient, émotions*. La dispute.
- Wallon, H. (1983). *Les origines du caractère chez l'enfant*. Presses Universitaires de France.
- Wallon, H. (1930). *Principes de psychologie appliquée*. Armand Colin.

- Wanlin, P. (2007). L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Recherches Qualitatives*, HS (3), 243-272.
- Wigfield, A. et Eccles, J. S. (2002). *Development of achievement motivation*. Academic Press. doi.org/10.1016/B978-012750053-9/50006-1
- Wisner, A. (1995). *Réflexions sur l'ergonomie*. Octarès.
- Wittorski, R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel*. L'Harmattan.
- Wittorski, R. (2012). La professionnalisation de l'offre de formation universitaire : quelques spécificités. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, 28 (1).
- Wittorski, R. (1998). De la fabrication des compétences. *Éducation permanente*, 135, 57-69.
- Wittorski, R. (2008). La professionnalisation. *Savoirs*, 17 (2), 9-36.
- Wittorski, R. (2009). A propos de la professionnalisation. Dans Barbier, J. et al. (dir.) *Encyclopédie de l'éducation et de la formation*, 781-93. Presses Universitaires de France. hal.archives-ouvertes.fr/hal-00601567
- Wood, D., Bruner, J. et Ross, G. (1976). The Role of Tutoring in Problem Solving. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17 (2), 89-100. doi.org/10.1111/j.1469-  
[REDACTED]@
- Yin, R.K. (1994). Discovering the Future of the Case Study. *Evaluation Practice*, 15 (3), 283-290. doi.org/10.1177/109821409401500309
- Yin, R.K. (2003). *Applications of Case Study Research*. Sage.
- Yvon, F. et Clot, Y. (2003). Apprentissage et développement dans l'analyse du travail enseignant. *Pratiques psychologiques*, 1 (janvier), 19-35.
- Yvon, F. et Garon, R. (2006). Une forme d'analyse du travail pour développer et connaître le travail enseignant : l'autoconfrontation croisée. *Recherches qualitatives*, 26 (1), 51-80.
- Zarifian, P. (1999). *Objectif compétence*. Editions Liaisons.
- Zarifian, P. (2001). *Le modèle de la compétence. Trajectoire historique, enjeux actuels et propositions*. Editions Liaisons. halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00439007
- Zeichner, K., M. Hutchinson, E. et Tochon, F. (2004). Le rôle du portfolio de l'enseignant comme outil pour identifier et développer les compétences des enseignants. *Recherche & formation*, 47 (1), 69-78. doi.org/10.3406/refor.2004.1928

## Résumé :

La structuration du métier et de la formation en ostéopathie est très récente. Les décrets régissant leur mise en application ne datent que de 2014. Ces derniers imposent aux écoles de recruter des formateurs sur le seul critère d'une expérience professionnelle de 5 années en tant qu'ostéopathe diplômé. Cette obligation apparaît très insuffisante comme l'atteste les difficultés exprimées par le terrain quant à l'acquisition par les étudiants, de la technicité et surtout de la professionnalité qu'exige les métiers de la santé. Pour les écoles appartenant au réseau Franc'ostéo qui a initié et financé cette recherche, se pose donc la question de la professionnalisation de ses formateurs. Si la commande initiale était de proposer un référentiel de compétences spécifique au métier de formateur ostéopathe, notre recherche a finalement soulevé de manière plus globale et systémique des questions liées au développement de la discipline, au fonctionnement des écoles et à la didactique ostéopathique pour éclairer la profession de formateur ostéopathe. Notre approche, inductive, nous a conduit à inscrire notre recherche dans le champ de l'analyse de l'activité, issu de l'ergonomie. Comme le suggèrent certains auteurs, toute activité humaine relative aux métiers de l'éducation peut s'inscrire dans ce « cadre organisateur » que nous avons choisi d'appliquer à plusieurs échelles simultanément, en menant l'analyse à la fois aux niveaux micro, méso et macro de l'activité. En effet, l'interdépendance de ces niveaux s'exprimant à travers les caractères contextualisés et situés de l'activité ont rendu indispensable leur complémentarité pour la perception, la compréhension et la transformation des situations réelles. C'est pourquoi nous avons puisé les ressources conceptuelles dans l'ergonomie, la didactique professionnelle, la clinique de l'activité et mobilisé diverses méthodologies propres au champ de l'analyse de l'activité, telles que le recueil de traces vidéo, les entretiens collectifs ou d'explicitations, les auto-confrontations simples et collectives. Ainsi, cette thèse identifie les freins et facilitations de l'activité, tente de mettre en lumière la part d'implicite du métier d'ostéopathe afin de rétroagir sur le métier de formateur ostéopathe et sur les dispositifs de formation des futurs ostéopathes. Elle tente également de montrer les effets pratiques de la dynamique de construction de la discipline toujours en cours malgré son siècle d'existence, à la fois sur les écoles et les formateurs. Enfin, notre recherche ouvre des perspectives de recherche et d'intervention pour la discipline ostéopathique.



**Mots clés :** Professionnalisation, ostéopathie, compétence, analyse de l'activité, auto-confrontation, entretien collectif, entretien d'explicitation.

## Abstract :

For osteopathy, the structuring of the profession and its training is a very recent development. The decrees governing their implementation only date back to 2014. These require schools to recruit trainers based on the sole criterion of 5 years' professional experience as a graduate osteopath. This obligation appears highly insufficient, as evidenced by the difficulties expressed in the field as regards students acquiring the technicality and especially the professionalism required by the healthcare sector. For schools in the Franc'Ostéo network, which initiated and funded this research, the question therefore arises of how to professionalise its trainers. While the initial brief was to propose a repository of skills specific to the profession of osteopath trainer, our research finally raised more global and systemic issues related to the discipline's development, the functioning of schools and osteopathic didactics to shed light on this occupation. Our inductive approach has led us to place our research in the field of activity analysis, derived from ergonomics. As some authors suggest, any human activity relating to the education professions can form part of this "organising framework", which we have chosen to apply on several scales at once, by simultaneously conducting analysis at the micro, meso and macro levels of activity. In fact, the interdependence of these levels, expressed through the contextualised and situated characteristics of the activity, made their complementarity essential for perceiving, understanding and transforming real-life situations. For this reason, we have drawn conceptual resources from ergonomics, professional didactics and clinical practice of the activity, and mobilised various methodologies specific to the field of activity analysis, such as collecting video recordings, collective or explanatory interviews, and simple and collective self-confrontations. This thesis thus identifies the brakes and facilitations for the activity and seeks to highlight the implicit part of the osteopath's profession in order to gain feedback on the role of the osteopath trainer and the training systems for future osteopaths. It also aims to show the practical effects that the dynamic of construction found in the discipline, still in progress despite its century of existence, has on both schools and trainers. Finally, our research opens up prospects for research and intervention in the osteopathic discipline.

**Keywords:** Professionalisation, osteopathy, skill, activity analysis, self-confrontation, collective interview, explanatory interview

## Table des illustrations

Figure 1. :	Le triangle conceptuel simple (Ogden & Richards, 1923). .....	15
Figure 2. :	Évolution du nombre d'ostéopathes depuis 2010 .....	33
Figure 3. :	Répartition des praticiens (site R.O.F).....	35
Figure 4. :	Le triangle pédagogique, Houssaye 1989, p.102. ....	45
Figure 5. :	mind map représentant la superposition des six compétences du ministère de la santé avec les différents référentiels existants .....	172
Figure 6. :	Le dessin ci-dessus montre la prise de notes d'un étudiant de 3 <sup>e</sup> année.....	194
Figure 7. :	Photo issue d'un polycopié à destination des étudiants montrant un formateur à plusieurs étapes d'une technique. ....	195
Figure 8. :	Schéma du déroulement des tests d'une consultation ostéopathique issue de L'ouvrage de Bernard Huteau « Diagnostic ostéopathique », 2011, p 9 .....	202
Figure 9. :	Schéma du déroulement de la consultation ostéopathique issue de l'ouvrage de Alain Croibier « Diagnostic ostéopathique général », 2005, p. 76 .....	202
Figure 10. :	Proposition d'un dispositif spatial d'une salle de pratique. ....	247
Figure 11. :	Photo d'un cours de pratique montrant les difficultés visuelles des étudiants	250
Figure 12. :	Proposition des étapes d'enseignement d'une technique ostéopathique.....	252
Figure 13. :	Les trois dimensions de l'identité selon Dubar (2000) .....	253

## Liste des tableaux

Tableau 1. :	Nombre d'ostéopathes dans plusieurs pays en fonction de la population, source : site du R.O.F	22
Tableau 2. :	Evolution de la fréquentation des ostéopathes en France Sources : Sondage OpinionWay (Syndicat de Médecine Manuelle ostéopathique de France en 2010).	35
Tableau 3. :	Répartition des volumes horaires de la formation en ostéopathie	48
Tableau 4. :	Exemple de fiche descriptive des différentes unités d'enseignement	49
Tableau 5. :	Synthèse des traces de l'activité en fonction des niveaux d'analyse.	117
Tableau 6. :	Récapitulatif des phases méthodologiques de la recherche.	120
Tableau 7. :	Le système des informations satellites de l'action vécue (Vermersch, 2004, p 45)	135
Tableau 8. :	Calendrier des entretiens exploratoires des formateurs.	138
Tableau 9. :	Exemples de questions ouvertes lors de nos entretiens collectifs	139
Tableau 10. :	Thèmes et variables du questionnaire destiné aux formateurs.	147
Tableau 11. :	Variables descriptives du profil des formateurs	148
Tableau 12. :	Calendrier des entretiens exploratoire avec les étudiants par année.	158
Tableau 13. :	Exemples de questions actuellement utilisées dans le questionnaire d'évaluation des formateurs	179
Tableau 14. :	Tableau des vidéos descriptives des informations utilisés pour l'analyse	184
Tableau 15. :	Tableau de synthèse des vidéos montrant la présence des différentes étapes chez les formateurs lors de l'enseignement d'une technique.	186