



**HAL**  
open science

# Aborder son métier de soin auprès d'un patient en situation de handicap : débriefing et interprétation lors du tutorat

Yves Olivier Espenant

► **To cite this version:**

Yves Olivier Espenant. Aborder son métier de soin auprès d'un patient en situation de handicap : débriefing et interprétation lors du tutorat. Education. Université Bourgogne Franche-Comté, 2021. Français. NNT : 2021UBFCH051 . tel-04041418v2

**HAL Id: tel-04041418**

**<https://theses.hal.science/tel-04041418v2>**

Submitted on 22 Mar 2023

**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 Bourgogne Franche-Comté**  
École Doctorale SEPT- Société, Espaces, Pratiques, Temps

## **THÈSE**

Pour obtenir le grade de  
Docteur de l'Université de Bourgogne  
Disciplines Sciences de l'Éducation

Par

**Yves Olivier ESPENANT**

Présentée et soutenue publiquement le 25 octobre 2021

# **Aborder son métier de soin auprès d'un patient en situation de handicap Débriefing et interprétation lors du tutorat**

Sous la direction du Professeur Paul OLRV

Membres du Jury :

<b>Éliane BAUTZER</b>	Maître de Conférences-HDR, Université de Paris- Sorbonne	Rapporteure
<b>Laurence DURAT</b>	Professeure, Université de Haute Alsace	Rapporteure
<b>Denis LOIZON</b>	Maître de Conférences-HDR Université de Bourgogne Franche-Comté	Examineur
<b>Thérèse PEREZ-ROUX</b>	Professeure, Université de Montpellier3	Présidente
<b>Joris THIÉVENAZ</b>	Professeur, Université Paris Est Créteil	Examineur

## **Remerciements**

**À toutes celles et tous ceux qui m'ont aidé tout au long de mon cheminement ; les patients, les stagiaires, le personnel de l'Institution nationale des Invalides et sa Direction, les membres de l'unité de recherche Formation et apprentissages professionnels de l'Institut Agro Dijon, les doctorants et le Professeur Paul Olry.**

# Sommaire

<b>Liste des acronymes</b> .....	16
<b>Table des illustrations</b> .....	17
<b>Liste des tableaux</b> .....	19
<b>Introduction</b> .....	<b>23</b>
<b>Partie I : Enjeux pratiques, en jeux scientifiques</b> .....	<b>26</b>
1. Les enjeux pratiques les mises en lumière de la situation professionnelle et de la situation connexe d'enquête-exploration .....	26
1.1 La construction de la situation professionnelle .....	26
1.2 Le processus de réhabilitation .....	26
1.3 Le processus de professionnalisation .....	27
1.4 Les buts de santé .....	28
1.5 La situation professionnelle une entité intégrative .....	28
1.6 Les enjeux scientifiques .....	31
1.7 La situation professionnelle un espace interactionnel .....	31
1.8 La situation professionnelle, un emboîtement de perspectives .....	31
1.9 La situation professionnelle portée par la fonction tutorale dans le plan sociétal.....	33
1.10 L'émergence de la situation d'enquête-exploration .....	33
1.11 Les situations, professionnelle et d'enquête-exploration portées par la fonction tutorale avec l'aide des tuteurs et aux moyens d'espaces interactionnels .....	34
1.12 Les situations, professionnelle et d'enquête-exploration portées par la fonction tutorale en rapport avec la personne du patient et avec l'utilisation de l'objet.....	36
1.13 La question sociale : le rapprochement des enjeux pratiques et scientifiques.....	38
<b>Partie II : Le champ thématique et les cadres théoriques</b> .....	<b>40</b>
2. Introduction.....	40
2.1 L'expérience-vécue .....	41
2.11 La création et l'utilisation d'une expérience-vécue.....	41
2.12 L'expérience-vécue de la valuation /évaluation.....	41
2.13 L'expérience-vécue de la réflexivité.....	42
2.14 L'expérience-vécue du corps .....	42
2.15 L'expérience-vécue porteuse d'une relation .....	43
2.16 L'expérience-vécue au travers des actions .....	44

2.17 L'expérience-vécue de l'objet technique et de la médiation technique .....	45
2.18 L'expérience-vécue liée aux soins .....	45
2.19 L'expérience-vécue et les genèses professionnelles .....	47
2.191 L'expérience-vécue vectrice d'un développement / apprentissage .....	48
2.192 L'expérience vécue, le schème d'action et le blending .....	49
2.193 Le couplage schème d'action /situation vécue .....	51
2.2 Le sujet .....	52
2.21 Le corps du sujet égocentré.....	52
2.22 Le sujet égocentré et son système de représentations.....	52
2.23 Le milieu .....	53
2.24 L'unité corps–cerveau du sujet, le schéma corporel, la perception .....	53
2.25 Le milieu comme cadre de développement du sujet, les genèses .....	55
2.26 Le sujet "écologique" et son milieu associé.....	55
2.27 Les modifications de l'écosystème et la notion de trajectoire .....	56
2.3 L'objet du soin .....	58
2.31 Introduction .....	58
2.32 L'objet frontière ou intermédiaire .....	58
2.33 L'objet social.....	58
2.34 L'objet et l'activité .....	59
2.35 L'objet de travail composite.....	59
2.36 L'objet et la dimension culturelle .....	59
2.37 L'objet du soin et les espaces interactionnels .....	60
2.38 L'objet du soin et le fonctionnement du handicap et de la santé chez le patient .....	60
2.39 L'objet du soin son potentiel relationnel.....	62
2.4 La clinique .....	64
2.41 Les champs d'expériences cliniques .....	64
2.42 La maladie .....	65
2.43 La conscience de la maladie ou de la lésion .....	66
2.44 La guérison.....	67
2.45 Le handicap .....	68
2.46 L'inscription du handicap en rapport avec l'environnement de la personne.....	69
2.47 La situation de réhabilitation du patient reliée à l'environnement .....	70
2.48 La situation de professionnalisation du stagiaire son inclusion dans les organisations du travail .....	71

2.5 L'expérienciation .....	73
2.51 L'expérienciation, une activité .....	73
2.52 L'expérienciation, l'apport des neurones miroirs .....	75
2.53 L'expérientialisme.....	75
2.54 L'expérienciation activée, contrôlée par le blending expérientiel lors du discours .....	76
2.55 L'expérienciation liée aux dispositifs techniques des soins .....	76
2.56 L'expérienciation en rapport avec des activités coopératives patient-soignant .....	77
2.57 Le cycle d'expérienciation incarnée-située comme un mécanisme facilitateur de la coopération .....	80
2.58 Le cycle d'expérienciation incarnée-située comme "modélisateur" de la situation professionnelle .....	81
2.6 La situation professionnelle composée des cycles de l'expérienciation, des expériences-vécues, des objets du soin, des acteurs et de leur milieu.....	83
2.7 La problématique de recherche .....	84
2.71 Penser les situations professionnelles au contact du patient.....	84
2.72 L'objet du soin, la clé de voûte de la situation professionnelle .....	84
2.73 Le contrôle de la situation professionnelle par l'entremise de l'objet du soin .....	87
2.74 La situation professionnelle son rattachement à une Situation d'Enquête-Exploration (SEE) grâce à l'objet du soin .....	87
2.75 La liaison des situations par la mise en tension dialectique de l'objet du soin .....	88
2.76 La question de recherche et l'objet de recherche avec en visée, le schème d'action, son cycle d'expérienciation et l'objet du soin .....	89
<b>Partie III : Méthodologie .....</b>	<b>90</b>
3.1 Introduction.....	90
3.11 Un terrain de stage exigeant .....	90
3.12 Recueillir l'expérience de stagiaires aux prises avec des personnes en situation de handicap .....	91
3.13 La mise en récit d'expérience de la situation de handicap.....	92
3.14 Le débriefing entre activités de production et de construction.....	94
3.15 Le débriefing : l'enquête coopérative .....	94
3.2 La démarche méthodologique .....	95
3.21 Introduction .....	95
3.22 Le raisonnement idiographique.....	95
3.23 La comparaison des données.....	96

3.24 L'éclatisme des sources pour une comparaison des données .....	97
3.25 La saturation .....	97
3.26 La variation et la comparaison des sources .....	98
3.27 La durée prolongée sur le terrain.....	98
3.28 L'imprégnation distanciée et la posture du chercheur .....	98
3.3 Les procédés de recension.....	99
3.31 Introduction .....	99
3.32 Le schéma-cible son utilisation lors des débriefings .....	100
3.33 Le schéma-cible déclencheur d'un discours chez le stagiaire. ....	101
3.34 Le schéma cible : l'avantage que procure la spatialisation des données .....	102
3.35 Le schéma cible : l'imprégnation distanciée et le travail collectif.....	102
3.36 L'apparition d'autres procédés de recension.....	103
3.37 Une vue quantitative sur les procédés de recension.....	103
3.4 L'approche inductive .....	104
3.41 Introduction .....	104
3.42 L'échantillonnage théorique .....	104
3.5 L'étude de cas .....	105
3.51 Introduction .....	105
3.52 Le choix des cas.....	106
3.6 Le traitement des données .....	109
3.61 Introduction .....	109
3.62 Le discours ou flux représentationnel, son séquençage en extraits événements .....	109
3.63 Le discours ou flux représentationnel : une rapportabilité consciente .....	111
3.64 Le flux représentationnel ou expérience-vécue, sa transposition en flux schématique ou de schèmes .....	112
3.65 L'utilisation des tâches pour situer les schèmes, les objets du soin et délimiter la situation professionnelle .....	113
3.66 Les buts des schèmes ou objectifs de soins, le repérage des objets du soin .....	113
3.67 La relation entre le schème d'action et l'objet du soin : le cycle d'expérientiation.....	114
3.68 Le cycle d'expérientiation, le modeleur des expériences-vécues du stagiaire .....	115
3.69 Le cycle d'expérientiation traversé par des affleurements d'Expériences- Vécues (afEV) .....	116

3.70 Une mise en perspective de l'objet du soin et du schème d'action en utilisant la Classification Internationale du fonctionnement, du Handicap et de la santé (CIH-2) .....	117
3.71 L'horizon temporel du schème d'action et de l'objet du soin .....	117
<b>Partie IV : Les résultats .....</b>	<b>118</b>
4.1 Résultats descriptifs .....	118
4.11 Le maniement de la Situation d'Enquête-Exploration (SEE) par le chercheur .....	118
4.12 La double préoccupation du stagiaire .....	118
4.13 La structuration des résultats .....	119
4.2 Étude de cas n°1 .....	123
4.22 L'extrait issu des entretiens .....	123
4.23 Présentation de la patiente et de sa pathologie .....	124
4.24 L'horizon des apprentissages .....	127
4.241 Le cadre conceptuel mobilisé .....	127
4.242 Le parcours du stage .....	133
4.243 Des étapes du parcours de stage : les Expériences-Vécues enquête-exploration, ressources (1 <sup>er</sup> semaine) et assimilation/élaboration (2 <sup>ème</sup> semaine) .....	139
4.244 Un état des valuations-évaluations auprès du patient : l'horizon des apprentissages .....	141
4.25 L'horizon des soins .....	143
4.251 Le cycle d'expérenciation .....	143
4.252 Le schème d'enquête du stagiaire .....	143
4.253 Le schème d'enquête-exploration du stagiaire .....	144
4.254 Le pilotage de la situation professionnelle .....	145
4.255 Le repérage des Point de Réduction Expérientielle (PRExp) .....	145
4.256 La création d'une Base d'Orientation (BO) .....	146
4.257 La position du cycle d'expérenciation étudié .....	148
4.258 L'étude du cycle d'expérenciation T3/R3 .....	150
4.259 Un état de rapprochement des points de vue avec la patiente: l'horizon des soins .....	153
4.26 L'horizon des donations .....	154
4.261 La patiente et sa pathologie, les actions du stagiaire .....	154
4.262 L'expérience-vécue du stagiaire au contact de la patiente par l'intermédiaire de l'objet du soin .....	155
4.262 Un processus pour une composition de l'expérience-vécue .....	156
4.263 L'agrégat expérientiel sa composition et son rôle fonctionnel .....	157

4.264 Les stratégies d'agencement des agrégats expérientiels par le schème d'action .....	158
4.265 La matrice expérientielle et l'objet du soin en transformation .....	161
4.266 L'étude du cycle d'expérientiation T3/R3 et la constitution d'une visée commune.....	163
4.267 Un état de travail coopératif avec le patient : l'horizon des donations .....	167
4.27 Le déploiement d'un espace transactionnel à venir (cas n°1) .....	169
4.271 Les coactivités .....	169
4.28 Le croisement des horizons.....	173
4.281 Le temps des échanges .....	173
4.282 Le schème d'action et l'objet du soin : les activateurs d'un espace transactionnel .....	173
4.283 L'interactivité relationnelle / les visées communes.....	174
4.284 L'interactivité pragmatique / le croisement des horizons .....	175
4.285 L'interactivité épistémique / les théorèmes en acte.....	176
4.286 Un espace transactionnel.....	177
4.287 La genèse d'un outil dans un espace transactionnel .....	178
4.3 Étude de cas n°2 .....	181
4.31 L'extrait issu des entretiens .....	181
4.32 Présentation du patient et de sa pathologie .....	181
4.33 L'horizon des apprentissages .....	183
4.331 Le parcours du stage .....	183
4.332 Une étape du parcours du stage : l'Experience-Vécue Assimilation-Élaboration (un dispositif de cadrage des activités du patient).....	188
4.333 Un état des valuations-évaluations auprès du patient : l'horizon des apprentissages .....	189
4.34 L'horizon des soins .....	191
4.341 La position du cycle d'expérientiation étudié .....	191
4.342 L'étude du cycle d'expérientiation T7/R7 .....	192
4.343 Un état de rapprochement des points de vue avec le patient : l'horizon des soins.....	195
4.35 L'horizon des donations .....	196
4.351 L'étude du cycle d'expérientiation T7/R7 et la constitution d'une visée commune.....	196
4.352 Un état de travail coopératif avec le patient : l'horizon des donations .....	200
4.36 Le déploiement d'un espace transactionnel à venir (cas n°2) .....	202
4.37. Le croisement des horizons.....	204

4.371 Le schème d'enquête-exploration et l'objet du soin activateurs d'un espace transactionnel .....	204
4.372 L'interactivité relationnelle / les visées communes.....	204
4.373 L'interactivité pragmatique / un schéma d'action d'une situation professionnelle .....	204
4.374 L'interactivité épistémique / les théorèmes en acte.....	208
4.375 Un espace transactionnel régit par un concept organisateur et un Objet Clinique à Partager .....	208
4.376 La genèse d'un instrument dans un espace transactionnel.....	208
4.4 Étude de cas n°3 .....	210
4.41 L'extrait issu des entretiens .....	210
4.42 Présentation du patient et de sa pathologie .....	210
4.43 L'horizon des apprentissages .....	212
4.431 Le parcours du stage .....	212
4.432 Des étapes du parcours de stage : les Expériences-Vécues Épreuve et Assimilation/Élaboration (la continuité des troubles).....	216
4.433 Un état des valuations-évaluations auprès du patient : l'horizon des apprentissages .....	218
4.44 L'horizon des soins .....	219
4.441 La position du cycle d'expérenciation étudié .....	219
4.442 L'exploration du cycle d'expérenciation T11/R11 .....	220
4.443 Un état de rapprochement des points de vue avec le patient : l'horizon des soins.....	225
4.45 L'horizon des donations .....	226
4.451 L'étude du cycle d'expérenciation T11/R11 et la constitution d'une visée individuelle .....	226
4.452 Un état de coaction avec le patient : l'horizon des donations .....	229
4.46 L'impossibilité d'un déploiement d'une espace transactionnel (cas n°3) .....	230
4.461 Les coactions .....	230
4.47 Le croisement des horizons.....	232
4.471 Le schème d'enquête-exploration et l'objet du soin non activateurs d'un espace transactionnel .....	232
4.472 Une genèse instrumentale dans un espace non transactionnel .....	232
4.5 Étude de cas n°4 .....	234
4.51 L'extrait issu des entretiens .....	234
4.52 Présentation du patient et de sa pathologie .....	234
4.53 L'horizon des apprentissages .....	238
4.531 Le parcours du stage .....	238

4.532 Une étape du parcours de stage : l'Expérience-Vécue Épreuve (l'adaptation des séances de massokinésithérapie).....	242
4.533 Un état des valuations-évaluations auprès du patient : l'horizon des apprentissages .....	244
4.54 L'horizon des soins .....	246
4.541 La position du cycle d'expérenciation étudié .....	246
4.542 L'étude du cycle d'expérenciation T3/R3 .....	247
4.543 Un état de rapprochement des points de vue avec le patient : l'horizon des soins.....	251
4.55 L'horizon des donations .....	252
4.551 L'étude du cycle d'expérenciation T3/R3 et la constitution d'une visée commune.....	252
4.552 Un état de travail coopératif avec le patient : l'horizon des donations .....	256
4.56 Le déploiement d'un espace transactionnel à venir (cas n°4) .....	258
4.561 Les coactivités .....	258
4.57. Le croisement des horizons.....	262
4.571 Le schème d'enquête-exploration et l'objet du soin activateurs d'un espace transactionnel .....	262
4.572 L'interactivité relationnelle / les visées communes.....	262
4.573 L'interactivité pragmatique / une ébauche d'un schéma d'action d'une situation professionnelle .....	263
4.574 L'interactivité épistémique /les théorèmes en acte.....	264
4.575 Un espace transactionnel régit par un concept organisateur et un Objet Clinique à Partager .....	265
4.576 La genèse d'un instrument dans un espace transactionnel.....	265
4.6 Étude de cas n°5.....	267
4.61 L'extrait issu du débriefing .....	267
4.62 Présentation du patient et de sa pathologie .....	267
4.63 L'horizon des apprentissages .....	271
4.631 Le parcours du stage .....	271
4.632 Une étape du parcours de stage : l'Expérience-Vécue Épreuve (les douleurs lombaires).....	275
4.633 Un état des valuations-évaluations auprès du patient : l'horizon des apprentissages .....	276
4.64 L'horizon des soins .....	278
4.641 La position du cycle d'expérenciation étudié .....	278
4.642 L'exploration du cycle d'expérenciation T2/R2 .....	279

4.643 Un état de rapprochement des points de vue avec le patient : l'horizon des soins.....	283
4.65 L'horizon des donations .....	284
4.651 L'étude du cycle d'expérenciation T2/R2 et la constitution d'une visée commune.....	284
4.652 Un état de travail coopératif avec le patient : l'horizon des donations .....	287
4.66 Le déploiement d'un espace transactionnel à venir (cas n°5) .....	289
4.661 Les coactivités .....	289
4.67 Le croisement des horizons.....	292
4.671 Le schème d'enquête-exploration et l'objet du soin activateurs d'un espace transactionnel .....	292
4.672 L'interactivité relationnelle / les visées communes.....	292
4.673 L'interactivité pragmatique/ un schéma d'action d'une situation professionnelle .....	293
4.674 L'interactivité épistémique /les théorèmes en acte.....	294
4.675 Un espace transactionnel régit par un concept organisateur et un Objet Clinique à Partager .....	294
4.676 Une genèse instrumentale dans un espace transactionnel .....	294
4.7 Étude de cas n°6.....	298
4.71 L'extrait issu de l'entretien .....	298
4.72 Présentation du patient et de sa lésion .....	299
4.73 L'horizon des apprentissages .....	300
4.731 Le parcours du stage .....	300
4.732 Une étape du parcours de stage : l'Expérience-Vécue assimilation/élaboration (construction d'une base d'orientation).....	307
4.733 Un état des valuations-évaluations auprès du patient : l'horizon des apprentissages .....	308
4.74 L'horizon des soins .....	310
4.741 La position du cycle d'expérenciation étudié .....	310
4.742 L'étude du cycle d'expérenciation T9/R9.....	311
4.743 Un état du rapprochement des points de vue avec le patient : l'horizon des soins.....	315
4.75 L'horizon des donations .....	316
4.751 L'étude du cycle d'expérenciation T9/R9 et la constitution d'une visée commune.....	316
4.752 Un état de travail coopératif avec l'aidante familiale et non avec le patient : l'horizon des donations.....	320
4.76 Le déploiement d'un espace transactionnel à venir (cas n°6) .....	322

4.761 Les coactivités .....	322
4.77 Le croisement des horizons.....	325
4.771 Le schème d'enquête-exploration et l'objet du soin activateurs d'un espace transactionnel .....	325
4.772 L'interactivité relationnelle / les visées communes.....	325
4.773 L'interactivité pragmatique/ un schéma d'action d'une situation professionnelle .....	326
4.774 L'interactivité épistémique / les théorèmes en acte.....	327
4.775 Un espace transactionnel régit par un concept organisateur et un Objet Clinique à Partager .....	327
4.776 La genèse d'un outil / instrument dans un espace transactionnel .....	327
4.8 Résultats interprétatifs .....	330
4.811 Introduction .....	330
4.812 Des valuations/évaluations liées au parcours du stage .....	330
4.813 Des points de réduction expérientielle pour cerner l'objet du soin.....	330
4.814 Un cycle d'expérientiation pour extraire l'OCP de l'objet du soin.....	331
4.815 Résultats des transformations de l'objet du soin .....	331
4.816 La situation professionnelle une modélisation incluant un espace transactionnel et un processus de transformation de l'objet du soin .....	334
4.817 L'émergence d'une situation professionnelle : une double préoccupation du stagiaire vécue au contact du patient .....	334
<b>Partie V : Réflexions et conclusion .....</b>	<b>336</b>
5.1 Introduction.....	336
5.2 Une réflexion au sujet de l'OCP.....	337
5.21 Cas n°1, un aperçu de l'inclusion au sein du schème d'action, de la mise en travail de l'OCP : les mobilités et le cas échéant les douleurs des articulations de l'hémicorps droit hémiparétique .....	337
5.22 Cas n°2 et n°3, un aperçu au sein du schème d'action, de la mise en travail de l'OCP, la récupération/préservation des capacités d'équilibration et de l'objet du soin, la prise de décision .....	340
5.23 Cas n°4, un aperçu de l'inclusion au sein du schème d'action, de la mise en travail de l'OCP : les douleurs de la région lombaire .....	343
5.24 Cas n°5, un aperçu de l'inclusion au sein du schème d'action, de la mise en travail de l'OCP : les douleurs de la région lombaire et les limitations fonctionnelles provoquées.....	346
5.25 Cas n°6, un aperçu de l'inclusion au sein du schème d'action, de la mise en travail de l'OCP : la prévention des complications de l'état cutané chez un patient tétraparétique .....	349
5.26 Un processus menant à la création d'un l'OCP transformé?.....	351

5.3	Un réflexion au sujet d'une approche écologique de la situation professionnelle ...	353
5.31	Une modélisation de la situation de réhabilitation .....	353
5.32	La situation de handicap et l'intégration de facteurs environnementaux .....	353
5.33	La situation de handicap devient une situation de réhabilitation .....	354
5.34	Un dispositif de captation des données expérientielles mis en place par le stagiaire .....	355
5.35	Une approche écologique des situations de réhabilitation et de professionnalisation par un stagiaire-artisan .....	356
5.36	Une capacité écologique du stagiaire-artisan pour agir sur des situations de réhabilitation et de professionnalisation .....	358
5.37	La situation professionnelle abordée par le stagiaire selon une approche écologique .....	358
5.38	Une trajectoire de la situation professionnelle : un produit du stage ? .....	360
5.4	Une réflexion au sujet d'un schème d'action écologique .....	362
5.41	Le schème d'action et le champ de l'expérience globale .....	362
5.42	Le schème d'action du sujet écologique et un milieu associé .....	362
5.43	Les capacités de projection du schème d'action écologique .....	364
5.44	Le schème d'action écologique la rencontre du patient et du stagiaire .....	365
5.45	Une genèse de matériaux expérientiels lors du recouvrement des milieux associés du stagiaire et du patient.....	367
5.46	Un milieu du soin qui appelle la présence d'un "schème d'action écologique" ? .....	369
5.6	Une réflexion au sujet de l'activité du tuteur au contact du binôme stagiaire-patient.....	370
5.61	Susciter chez le stagiaire l'appréhension d'une trajectoire de la situation professionnelle ? .....	370
5.7	Conclusion.....	372
5.71	L'existence d'une reliance formative entre le stagiaire et le patient ? .....	372
5.72	Quelques réflexions.....	372
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>374</b>
	ANNEXES.....	0
	Table des annexes .....	0
	Figures.....	0
	Figure A : Explorations des champs cliniques et thérapeutiques.....	0
	Figure B : Débriefings stagiaires par filière métier.....	1
	Figure C : Sources matériaux de recherche.....	1
	L'étude de cas n°1 .....	2
	La composition de l'extrait vue par le schème d'action.....	2

Les objets de savoirs/connaissances potentiellement mobilisés/mobilisables par le stagiaire pour la mise en travail de l'objet du soin (12 thématiques) .....	3
Le schème d'action et sa mise en correspondance avec la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé .....	10
Les autres cycles d'expérimentation en rapport avec les horizons des soins et des donations (T1/R1, T2/R2, T4/R4, T5/R5) .....	11
<b>L'horizon des soins</b> .....	11
Le cycle d'expérimentation T1/R1 .....	11
Le cycle d'expérimentation T2/R2 .....	13
Le cycle d'expérimentation T4/R4 .....	15
Le cycle d'expérimentation T5/R5 .....	18
<b>L'horizon des donations</b> .....	20
Le cycle d'expérimentation T1/R1 .....	20
Le cycle d'expérimentation T2/R2 .....	22
Le cycle d'expérimentation T4/R4 .....	23
Le cycle d'expérimentation T5/R5 .....	25
L'étude de cas n°2 .....	28
La composition de l'extrait vue par le schème d'action .....	28
Les objets de savoirs/connaissances potentiellement mobilisés/mobilisables par le stagiaire pour la mise en travail de l'objet du soin (8 thématiques) .....	29
Le schème d'action et sa mise en correspondance avec la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé .....	38
Les autres cycles d'expérimentation en rapport avec les horizons des soins et des donations .....	40
<b>L'horizon des soins</b> .....	40
Le cycle d'expérimentation T8/R8 .....	40
Le cycle d'expérimentation T9/R9 .....	42
<b>L'horizon des donations</b> .....	45
Le cycle d'expérimentation T8/R8 .....	45
Le cycle d'expérimentation T9/R9 .....	47
L'étude de cas n°3 .....	49
La composition de l'extrait vue par le schème d'action .....	49
Les objets de savoirs/connaissances potentiellement mobilisés/mobilisables par le stagiaire pour la mise en travail de l'objet du soin (3 thématiques) .....	49
Le schème d'action et sa mise en correspondance avec la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé .....	53
L'étude de cas n°4 .....	54
La composition de l'extrait par les schèmes d'action .....	54

Les objets de savoirs/connaissances potentiellement mobilisés/mobilisables par le stagiaire pour la mise en travail de l'objet du soin (7 thématiques) .....	56
Le schème d'enquête exploration et sa mise en correspondance avec la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé .....	62
Les autres cycles d'expérientiation en rapport avec les horizons des soins et des donations .....	64
<b>L'horizon des soins</b> .....	64
Le cycle d'expérientiation T4/R4 .....	64
Le cycle d'expérientiation T5/R5 .....	66
Le cycle d'expérientiation T6/R6 .....	68
Le cycle d'expérientiation T7/R7 .....	70
<b>L'horizon de la donation</b> .....	73
Le cycle d'expérientiation T5/R5 .....	75
Le cycle d'expérientiation T6/R6 .....	77
Le cycle d'expérientiation T7/R7 .....	78
L'étude de cas n°5 .....	82
La composition de l'extrait par les schèmes d'action.....	82
Les objets de savoirs/connaissances potentiellement mobilisés/mobilisables par le stagiaire pour la mise en travail de l'objet du soin (2 thématiques) .....	84
Les schèmes d'action et leur mise en correspondance avec la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé .....	87
Les autres cycles d'expérientiation en rapport avec les horizons des soins et des donations .....	92
<b>L'horizon des soins</b> .....	92
Le cycle d'expérientiation T1/R1 .....	92
Le cycle d'expérientiation T3/R3 .....	94
Le cycle d'expérientiation T4/R4 .....	97
<b>L'horizon des donations</b> .....	99
Le cycle d'expérientiation T1/R1 .....	99
Le cycle d'expérientiation T3/R3 .....	101
Le cycle d'expérientiation T4/R4 .....	103
L'étude de cas n°6 .....	107
La composition de l'extrait par le schème d'action n°4 .....	107
Les objets de savoirs/connaissances potentiellement mobilisés/mobilisables par le stagiaire pour la mise en travail de l'objet du soin (5 thématiques) .....	108
Le schème d'action et sa mise en correspondance avec la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé .....	110

Les autres cycles d'expérientiation en rapport avec les horizons des soins et des donations.....	112
<b>L'horizon des soins</b> .....	112
Le cycle d'expérientiation T8/R8 .....	112
Le cycle d'expérientiation T10/R10 .....	115
<b>L'horizon des donations</b> .....	117
Le cycle d'expérientiation T8/R8 .....	117
Le cycle d'expérientiation T10/R10 .....	120

## Liste des acronymes

AfEV :	Affleurement des Expériences-Vécues
BO : .....	Base d'Orientation
BOPPRC : .....	Base d'Orientation consacrée aux soins de Plaie et cicatrisation et de Prévention des Risques de Complication cutanée
BORRAVC : .....	Base d'Orientation de Rééducation-Réadaptation des AVC
BOSA : .....	Base d'Orientation des Soins d'Autonomisation
BOSPR : .....	Base d'Orientation consacrée aux Soins Psychomoteurs de Réadaptation
BOSRL : .....	Base d'Orientation des Soins de Réadaptation du rachis Lombaire
FrgCStg : .....	Fragment de Conduite du Stagiaire
FrgCPat : .....	Fragment de Conduite du Patient
EV : .....	Expérience-Vécue
GME : .....	Groupements de Matériaux Expérientiels
GMRE : .....	Groupement des Mécanismes de Réduction Expérientielle
MADC : .....	Mécanisme d'Assemblage des agrégats par Don et Contre don
MT : .....	Maillage-Tuilage
OCP : .....	Objet Clinique à Partager
OS : .....	Objet du Soin
OSTrans :	Objet du Soin en cours de Transformation
PRExp : .....	Point de Réduction Expérientielle
PRExp/App : .....	Point de Réduction Expérientielle en rapport avec l'horizon des Apprentissages.
PRExp/Don : .....	Point de Réduction Expérientielle en rapport avec l'horizon des Donations.
PRExp/Soin : .....	Point de Réduction Expérientielle en rapport avec l'horizon des Soins
RPV : .....	Rapprochement des points de vue
SP : .....	Situation Professionnelle
T/E : .....	Tuilage-Essaimage
T/R : .....	Théorème en acte Règle d'action

## Table des illustrations

Figure 1 : La situation professionnelle .....	30
Figure 2 : Un cycle de l'expérimentation incarnée-située du stagiaire et du patient .....	83
Figure 3 : Tensions entre clivage et complémentarité au sein de l'objet du soin .....	85
Figure 4 : L'objet du soin, échangeur de matériaux expérientiels.....	86
Figure 5 : L'objet du soin et la situation de professionnelle .....	87
Figure 6 : Le couplage de la Situation d'Enquête-Exploration (SEE) avec la situation professionnelle par l'objet du soin .....	88
Figure 7 : La forme du schéma cible comme outil de recension.....	100
Figure 8 : Le séquençage du discours en extrait événements .....	110
Figure 9 : La double préoccupation du stagiaire en action .....	119
Figure 10 : Configuration fonctionnelle de la dyade évaluative perceptive .....	130
Figure 11 : Zones de visibilité de la dyade évaluative perceptive auquel s'ajoute une dimension évaluative.....	131
Figure 12 : Outil de recension (schéma d'action aperceptif) portant sur le processus de professionnalisation .....	139
Figure 13 : RPV des acteurs dans la zone de recouvrement de leur milieu associé ...	147
Figure 14 : Un processus de fabrication des expériences vécues .....	156
Figure 15 : Un maillage interindividuel par ses composants expérientiels .....	159
Figure 16 : Un exemple de tuilage par ses composants expérientiels .....	160
Figure 17 : Les composants d'une matrice expérientielle .....	161
Figure 18 : L'organisateur de l'activité du stagiaire .....	177
Figure 19 : Outil de recension (schéma d'action connexe au schéma cible) portant sur le processus de professionnalisation.....	188
Figure 20 : Outil de recension (schéma d'action connexe au schéma cible) portant sur le processus de réhabilitation .....	216
Figure 21 : Instrument/outil de détection, de guidage et de stimulation .....	233
Figure 22 : Outil de recension (schéma d'action connexe au schéma cible) portant sur deux modes d'organisation des séances de rééducation (cas n°4).....	242
Figure 23 : Outil de recension (schéma d'action connexe au schéma cible) portant sur l'apparition des douleurs lombaires (cas n°5).....	275
Figure 24 : Outil de recension (schéma d'action connexe au schéma cible) portant sur les aspects d'une plaie et les moyens de traitement (cas n°6).....	307
Figure 25 : La situation professionnelle enrichie dans sa description .....	334
Figure 26 : Le pilotage de la situation professionnelle par le stagiaire au moyen du schème d'action .....	335
Figure 27 : Le processus reliant l'Objet Du Soins (ODS) à l'OCP transformé .....	352
Figure 28 : Module de la Situation de Handicap (SH) .....	353
Figure 29 : Module de la Situation de Handicap incluant le module des Facteurs Environnementaux (SH-FE).....	354
Figure 30 : L'entrée du stagiaire en tant que personne ayant ses propres motifs dans le module SH-FE.....	355

Figure 31 : Le dispositif de captation des données expérientielles mis en place par le stagiaire .....	356
Figure 32 : L'approche écologique produite par le stagiaire auprès du patient.....	359
Figure 33 : Les composants d'une « trajectoire » de la situation professionnelle .....	361
Figure 34 : Sujet A, double projection dans son CCMA .....	363
Figure 35 : Sujet A, double projection dans son CCMA et dans celui du sujet B .....	363
Figure 36 : l'apparition d'une aire de recouvrement/imbrication centrée autour de l'OCP .....	366
Figure 37 : Les interfaces du schème d'action écologique dans le milieu du soin .....	369
Figure 38 : L'implantation du tuteur aux côtés du binôme stagiaire patient .....	370
Figure 39 : Une reliance formative au sein de l'écosystème patient stagiaire.....	372

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Le potentiel relationnel de l'objet du soin .....	62
Tableau 2 : Les modèles conceptuels du handicap (d'après J-F. Ravaud).....	70
Tableau 3 : Le tracé du parcours du stage (cas n°1).....	133
Tableau 4 : Points de Réduction Expérientielle établis par le bipôle évaluatif-perceptif / évaluatif (cas n°1) .....	141
Tableau 5 : Segment de l'horizon des apprentissages, lieu d'investigations (cas n°1) .....	148
Tableau 6 : Une utilisation de la BORRAVC par le cycle d'expérientiation T3/R3 .....	150
Tableau 7 : Points de Réduction Expérientielle mus par l'Objet du Soins (cas n°1).....	153
Tableau 8 : Des champs expérientiels intégrés au fonctionnement de T3/R3 (cas n°1) .....	163
Tableau 9 : Des PRExp de T3/R3 mobilisés par le don/contre don (cas n°1).....	164
Tableau 10 : Points de Réduction Expérientielle convoqués lors des donations (cas n°1).....	167
Tableau 11 : Un schéma d'action d'une situation professionnelle par le croisement des horizons (cas n°1).....	175
Tableau 12 : L'outil de façonnage modelage fabriqué par le stagiaire (cas n°1) .....	179
Tableau 13 : Le tracé du parcours du stage (cas n°2).....	183
Tableau 14 : Points de Réduction Expérientielle établis par le bipôle évaluatif-perceptif / évaluatif (cas n°2) .....	189
Tableau 15 : Segment de l'horizon des apprentissages, lieu d'investigations (cas n°2) .....	191
Tableau 16 : Une utilisation de la BOSPR par le cycle d'expérientiation T7/R7 .....	192
Tableau 17 : Points de Réduction Expérientielle mus par l'Objet du Soins (cas n°2)....	195
Tableau 18 : Des champs expérientiels intégrés au fonctionnement de T7/R7 (cas n°2) .....	196
Tableau 19 : Des PRExp de T7/R7 mobilisés par le don/contre don (cas n°2).....	197
Tableau 20 : Points de Réduction Expérientielle convoqués lors des donations (cas n°2).....	200
Tableau 21 : Un schéma d'action d'une situation professionnelle comprenant 2 cycles d'expérientiation R8/T8 et R9/T9 (cas n°2).....	206
Tableau 22 : L'instrument de prévention fabriqué par le stagiaire (cas n°2) .....	209
Tableau 23 : Le tracé du parcours du stage (cas n°3).....	212
Tableau 24 : Points de Réduction Expérientielle établis par le bipôle évaluatif-perceptif / évaluatif (cas n°3) .....	218
Tableau 25 : Segment de l'horizon des apprentissages, lieu d'investigations (cas n°3) .....	219
Tableau 26 : Une utilisation de la BOSA par le cycle d'expérientiation T11/R11 .....	221
Tableau 27 : Points de Réduction Expérientielle mus par l'Objet du Soins (cas n°3)....	225
Tableau 28 : Des champs expérientiels intégrés au fonctionnement de T11/R11 (cas n°3).....	226

Tableau 29 : Des PRExp de T11/R11 mobilisés par le don/contre don (cas n°3).....	227
Tableau 30 : Points de Réduction Expérientielle convoqués lors des donations (cas n°3) .....	229
Tableau 31 : Le tracé du parcours du stage (cas n°4) .....	238
Tableau 32 : Points de Réduction Expérientielle établis par le bipôle évaluatif-perceptif / évaluatif (cas n°4) .....	244
Tableau 33 : Segment de l'horizon des apprentissages, lieu d'investigations (cas n°4) .....	246
Tableau 34 : Une utilisation de la BOSRL par le cycle l'expérientiation T3/R3 .....	247
Tableau 35 : Points de Réduction Expérientielle mus par l'Objet du Soins (cas n°4)....	251
Tableau 36 : Des champs expérientiels intégrés au fonctionnement de T3/R3 (cas n°4) .....	252
Tableau 37 : Des PRExp de T3/R3 mobilisés par le don/contre don (cas n°4).....	253
Tableau 38 : Points de Réduction Expérientielle convoqués lors des donations (cas n°4) .....	256
Tableau 39 : Une ébauche d'un schéma d'action d'une la situation professionnelle ..	263
Tableau 40 : L'outil / instrument de contrôle et de fabrication réalisé par la stagiaire ..	266
Tableau 41 : Le tracé du parcours du stage (cas n°5) .....	271
Tableau 42 : Points de Réduction Expérientielle établis par le bipôle évaluatif-perceptif / évaluatif (cas n°5) .....	276
Tableau 43 : Segment de l'horizon des apprentissages, lieu d'investigations (cas n°5) .....	278
Tableau 44 : Une utilisation de la BOSRL par le cycle d'expérientiation T2/R2 .....	279
Tableau 45 : Points de Réduction Expérientielle mus par l'Objet du Soins (cas n°5)....	283
Tableau 46 : Des champs expérientiels intégrés au fonctionnement de T2/R2 (cas n°5) .....	284
Tableau 47 : Des PRExp de T2/R2 mobilisés par le don/contre don (cas n°5).....	285
Tableau 48 : Points de Réduction Expérientielle convoqués lors des donations (cas n°5) .....	287
Tableau 49 : Un schéma d'action d'une situation professionnelle comprenant 4 cycles d'expérientiation (cas n° 5).....	293
Tableau 50 : L'instrument d'enquête-exploration réalisé par Sabrina .....	296
Tableau 51 : Le tracé du parcours du stage (cas n°6) .....	300
Tableau 52 : Points de Réduction Expérientielle établit par le bipôle évaluatif-perceptif / évaluatif (cas n°6) .....	308
Tableau 53 : Segment de l'horizon des apprentissages, lieu d'investigations (cas n°6) .....	310
Tableau 54 : Une utilisation de la BOPPRC par le cycle d'expérientiation T9/R9 .....	311
Tableau 55 : Points de Réduction Expérientielle mus par l'Objet du Soins (cas n°6)....	315
Tableau 56 : Des champs expérientiels intégrés au fonctionnement de T9/R9 (cas n°6) .....	316
Tableau 57 : Des PRExp de T9/R9 mobilisés par le don/contre don (cas n°6).....	317
Tableau 58 : Points de Réduction Expérientielle convoqués lors des donations (cas n°6) .....	320
Tableau 59 : Un schéma d'action d'une situation professionnelle comprenant 2 cycles d'expérientiation (cas n°6).....	326

Tableau 60 : L'instrument / outil d'enquête et d'intervention fabriqué par le stagiaire	329
Tableau 61 : Vue synthétique des transformations de l'objet du soin en fonction des cas	332
Tableau 62 : L'OCP Les mobilités et le cas échéant les douleurs des articulations de l'hémicorps droit hémiplégique	337
Tableau 63 : L'OCP la récupération/préservation des capacités d'équilibration et l'objet du soin, la prise de décision (cas n°2 et n°3)	341
Tableau 64 : L'OCP les douleurs de la région lombaires	344
Tableau 65 : L'OCP les douleurs de la région lombaire et les limitations fonctionnelles provoquées	347
Tableau 66 : L'OCP la prévention des complications de l'état cutané chez un patient tétraplégique	350
Tableau 67 : Le stagiaire, la formation de matériaux expérientiels dans l'aire d'imbrication des milieux associés	368
Tableau 68 : Le patient, la formation de matériaux expérientiels dans l'aire d'imbrication des milieux associés	368
Tableau 69 : Une décomposition du schème d'action n°1	2
Tableau 70 : Des correspondances entre le schème d'action et la CIH-2 (cas n°1)	10
Tableau 71 : Une utilisation de la BORRAVC par le cycle d'expérientiation T1/R1	12
Tableau 72 : Une utilisation de la BORRAVC par le cycle d'expérientiation T2/R2	14
Tableau 73 : Une utilisation de la BORRAVC par le cycle d'expérientiation T4/R4	16
Tableau 74 : Une utilisation de la BORRAVC par le cycle d'expérientiation T5/R5	18
Tableau 75 : Des champs expérientiels intégrés au fonctionnement de T1/R1	20
Tableau 76 : Des PRExp de T1/R1 expérientiés selon le don/contre don	21
Tableau 77 : Des champs expérientiels intégrés au fonctionnement de T2/R2 (cas n°1)	22
Tableau 78 : Des PRExp de T2/R2 expérientiés selon le don/contre don	22
Tableau 79 : Des champs expérientiels intégrés au fonctionnement de T4/R4 (cas n°1)	24
Tableau 80 : Des PRExp de T4/R4 expérientiés selon le don/contre don	24
Tableau 81 : Des champs expérientiels intégrés au fonctionnement de T5/R5 (cas n°1)	25
Tableau 82 : Des PRExp de T5/R5 expérientiés selon le don/contre don	26
Tableau 83 : Une décomposition du schème d'action n°4	28
Tableau 84 : Des correspondances entre le schème d'action et la CIH-2	38
Tableau 85 : Une utilisation de la BOSPR par le cycle d'expérientiation T8/R8	40
Tableau 86 : Une utilisation de la BOSPR par le cycle d'expérientiation T9/R9	43
Tableau 87 : Des champs expérientiels intégrés au fonctionnement de T8/R8 (cas n°2)	45
Tableau 88 : Des PRExp de T8/R8 expérientiés selon le don/contre don	45
Tableau 89 : Des champs expérientiels intégrés au fonctionnement de T9/R9	47
Tableau 90 : Des PRExp de T9/R9 expérientiés selon le don/contre don	47
Tableau 91 : La décomposition du schème action n°4	49
Tableau 92 : Des correspondances entre le schème d'action l'objet du soin et la CIH-2 (cas n°3)	53
Tableau 93 : La décomposition des schèmes d'action n°1, n°2, n°3 et n°4	54

Tableau 94 : Correspondances entre le schème d'action l'OCP et la CIH-2 (cas n°4) .	62
Tableau 95 : Une utilisation de BOSRL par le cycle l'expérimentation T4/R4 .....	64
Tableau 96 : Une utilisation de BOSRL par le cycle l'expérimentation T5/R5 .....	67
Tableau 97 : Une utilisation de BOSRL par le cycle l'expérimentation T6/R6 .....	69
Tableau 98 : Une utilisation de BOSRL par le cycle l'expérimentation T7/R7 .....	71
Tableau 99 : Des champs expérimentiels au fonctionnement de T4/R4 (cas n°4) .....	73
Tableau 100 : Des PRExp T4/R4 expérimentés selon le don/contre don (cas n°4) .....	74
Tableau 101 : Des champs expérimentiels intégrées au fonctionnement de T5/R5 (cas n°4) .....	75
Tableau 102 : Des PRExp de T5/R5 expérimentés selon le don/contre don (cas n°4) ..	76
Tableau 103 : Des champs expérimentiels intégrées au fonctionnement de T6/R6 (cas n°4) .....	77
Tableau 104 : Des PRExp de T6/R6 expérimentés selon le don/contre don (cas n°4) ..	77
Tableau 105 : Des champs expérimentiels intégrées au fonctionnement de T7/R7 (cas n°4) .....	78
Tableau 106 : Des PRExp de T7/R7 expérimentés selon le don/contre don .....	80
Tableau 107 : La décomposition des schèmes d'action n°1, n°2 et n°3 .....	82
Tableau 108 : Correspondances entre les schèmes d'action de 1 à 3 et la CIH-2 .....	87
Tableau 109 : Une utilisation de la BOSRL par le cycle d'expérimentation T1/R1 .....	92
Tableau 110 : Une utilisation de la BOSRL par le cycle d'expérimentation T3/R3 .....	95
Tableau 111 : Une utilisation de la BOSRL par le cycle d'expérimentation T4/R4 .....	97
<b>Tableau 112 : Des champs expérimentiels intégrées au fonctionnement de T1/R1 (cas n°5) .....</b>	<b>99</b>
Tableau 113 : Des PRExp de T1/R1 expérimentés selon le don/contre don (cas n°5) ..	100
Tableau 114 : Des champs expérimentiels intégrées au fonctionnement de T3/R3 (cas n°5) .....	101
Tableau 115 : des PRExp de T3/R3 expérimentés selon le don/contre don (cas n°5) ..	102
Tableau 116 : Des champs expérimentiels intégrées au fonctionnement de T4/R4 .....	103
Tableau 117 : des PRExp de T4/R4 expérimentés selon le don/contre don (cas n°5) ..	105
Tableau 118 : La décomposition du schème action n°4 .....	107
Tableau 119 : Des correspondances entre le schème d'action n°4 et la CIH-2 .....	110
Tableau 120 : Une utilisation de la BOPPRC par le cycle d'expérimentation T8/R8 .....	112
Tableau 121 : Une utilisation de la BOPPRC par le cycle d'expérimentation T10/R10 ..	115
Tableau 122 : Des champs expérimentiels intégrés au fonctionnement de T8/R8 (cas n°6) .....	117
Tableau 123 : Des PRExp de T8/R8 expérimentés selon le don/contre don (cas n°6) ..	118
Tableau 124 : Des champs expérimentiels intégrés au fonctionnement de T10/R10 .....	120
Tableau 125 : Des PRExp de T10/R10 expérimentés selon le don/contre don (cas n°6) .....	122

# Introduction

Au fil des semaines les stagiaires en massokinésithérapie ou en soins infirmiers au contact des patients s'approprient progressivement les techniques de soins, et ajustent leur relation thérapeutique pour arriver en fin de stage à se fondre dans le collectif soignant et à proposer aux patients des séances de rééducations ajustées à leurs besoins en soins.

Nous nous situons dans la perspective professionnalisante où « *le développement personnel est perçu comme un processus d'apprentissage provoqué par les conditions d'activités mises en œuvre. Le professionnel est ainsi considéré comme un apprenant qui construit des savoirs professionnels dans le but d'augmenter son efficacité au travail ; (...) dans ce sens l'activité professionnelle a une dimension constructive puisqu'elle permet à l'acteur d'apprendre en faisant, c'est-à-dire d'acquérir des ressources cognitives et affectives particulières dans et par ses activités finalisées* » (Lefevre, Garcia, & Namolovan, 2009, p. 279).

Dans cette perspective « *le développement professionnel est vu comme un processus d'acquisition de savoirs professionnels qui influence l'évolution des pratiques et des modes de pensée des acteurs* » (Ibid., p. 279). Notre but est de « *décrire les savoirs professionnels construits, de manière plus ou moins conscientisée, par les acteurs "dans" et "par" leurs pratiques individuelles et collectives* » (Ibid., p. 279).

Nous abordons dans la première partie la thématique de la situation professionnelle, de son développement par les processus qui la traversent et en quelque sorte l'alimentent. Nous parlons de la situation de handicap, du processus de réhabilitation. Nous intégrons comme mécanisme puissant en son sein le processus de professionnalisation. Nous orientons notre regard vers la fonction tutorale et ses multiples mises en perspectives, celle du tutorat est particulièrement examinée.

Dans la seconde partie nous examinons les entités qui animent la situation professionnelle et qui la rendent si intrigante, le sujet pris dans sa dimension écologique, l'expérience-vécue s'y manifeste par ses aspects multiples, l'expérientiation et son schème, l'objet du soin est examiné sur toutes les coutures d'interactivité enfin nous entrons dans le champ de la clinique. Nous posons notre question de recherche.

Dans la troisième partie, nous nous posons la difficile question du comment peut-on saisir l'expérience et la faire fructifier, puis nous parlons de la posture du chercheur et de ses moyens d'investigation, nous évoquons le débriefing.

La quatrième partie est de loin la plus complexe et cherche à rendre compte de phénomène en lien avec le schème de l'enquête exploration et les capacités du stagiaire. Nous abordons les horizons expérientiels, des soins, de l'apprentissage et de la donation. Les horizons permettent au stagiaire de se repérer dans la situation professionnelle et d'agir avec le patient.

La cinquième partie reprend un certain nombre de thématiques éclairées en contrejour par ce qui a été exposé précédemment, en particulier la dimension formative de l'expérience.

Le patient dans ce contexte temporel du stage évolue lui aussi en fonction de ses capacités de récupération, en fonction de la gravité des lésions, vers plus d'indépendance dans le meilleur des cas.

Le stagiaire accroît sa professionnalisation, le patient progresse dans sa réhabilitation et son autonomie.

Le patient joue un rôle essentiel dans l'avancée du processus de professionnalisation chez les stagiaires en soins infirmiers et en masso-kinésithérapique.

La recherche s'est instaurée, en prenant appui sur cette intuition. Comprendre au-delà des apparences, les mécanismes à l'œuvre lors des échanges entre le patient et le stagiaire.

Les dimensions cognitivo sensori-motrice technique fonctionnelle et relationnelle sont les composantes qui traversent les soins et animent les pratiques de l'équipe soignante.

La situation de handicap à laquelle est confronté le patient, émerge lors des interactions avec les équipes de soins, les professionnels de santé se concertent sous l'égide du médecin de médecine physique et de réadaptation pour enregistrer les acquis, et préparer un projet de soin puis de sortie du centre.

Dans ce cadre général des soins, l'Institution nationale des invalides se « *positionne en qualité de centre de recours national de la typologie de la blessure de guerre au stade de la réhabilitation pour une prise en charge globale du blessé, ouverte au monde civil. Elle est accessible aux blessés en opérations ou soignés dans les hôpitaux d'instruction des armées, aux agents de l'Etat blessés en service, aux victimes d'attentat, aux patients du territoire de santé* » (© 2021 -Institution Nationale des Invalides. Contrat d'objectifs et de performance 2017, p 10).

Les missions de soins sont axées sur la personne handicapée « *le programme de prise en charge mis en place est personnalisé et élaboré à partir d'une pathologie, d'un handicap précis. Les objectifs à atteindre sont de stabiliser ou d'améliorer la capacité fonctionnelle et ainsi de permettre la réinsertion du patient par la mise en œuvre d'un traitement, d'un soutien psychologique et d'une éducation appropriés. Cette prise en charge pluridisciplinaire nécessite un plateau technique et une équipe spécialisée répondant aux critères de qualité définis* » © 2021 - Institution Nationale des Invalides.

Les sollicitations du patient et du stagiaire au sein de ce dispositif sont nombreuses et variées concourant à renforcer les échanges au sein de la dyade patient-stagiaire.

Les pathologies dont souffrent les patients hospitalisés à l'Institution nationale des invalides sont multiples : « *les pathologies traumatologiques, les pathologies rhumatologiques, vasculaires périphériques (amputation), neurologiques et neurovasculaires ou encore les grands brûlés. Les affections cardio-vasculaires et les insuffisances respiratoires chroniques font également l'objet de programmes de réadaptation et de réentrainement à l'effort* » © 2021 - Institution Nationale des Invalides.

La démarche globale de soin à l'Institution est de promouvoir les actions du patient afin qu'il participe aux projets de soin et de sortie. La ligne de conduite adoptée par l'équipe soignante et médicale est celle du patient acteur, accompagné par une équipe pluri professionnelle. La « *caractéristique principale de cette équipe est la synthèse collégiale qu'elle effectue régulièrement avec réajustements des projets thérapeutiques des patients qui participent activement ainsi que leur entourage dans l'avancée du projet* » © 2021 -Institution Nationale des Invalides.

Les stagiaires ont bénéficié de cette dimension collégiale du travail réalisé en équipe, de ces conditions optimales d'exercice, pour l'un d'entre eux les rapports avec le patient ont été difficiles, il a été soutenu par l'équipe soignante, ils ont tous pu exercer leur futur métier, effectuer les apprentissages nécessaires pour leur progression.

L'étude porte sur la construction de la situation professionnelle et son inscription dans un écosystème dans lequel gravitent des objets du soin. Le cadre théorique met en exergue la notion d'expérenciation, et de schème d'action écologique. Les questions de recherche portent sur la complexité des situations professionnelles liées au handicap et leur appropriation par les stagiaires.

L'analyse montre les expérenciations et leurs conjugaisons. Les résultats mettent en exergue une démarche écologique des situations liées au handicap et la proposition de clés de compréhension sur la manière dont les stagiaires procèdent pour contrôler les processus de formation et de réhabilitation.

La discussion met en avant la fonction tutorale en proposant des éclairages sur l'écosystème patient-stagiaire.

# Partie I : Enjeux pratiques, enjeux scientifiques

## 1. Les enjeux pratiques les mises en lumière de la situation professionnelle et de la situation connexe d'enquête-exploration

### 1.1 La construction de la situation professionnelle

Pour le stagiaire la construction d'une situation professionnelle au contact du patient est un enjeu majeur.

La situation professionnelle intègre dans son fonctionnement en lien avec le patient un certain nombre de composants/processus.

La situation de handicap se manifeste au sein de la situation professionnelle, lorsque que le patient au cours de ses activités, voit surgir devant lui, des limitations, des impossibilités touchant son pouvoir d'agir, dans la réalisation des buts.

La situation professionnelle se construit autour du patient, ce n'est pas pour autant une construction extérieure au stagiaire, réservée au patient. Le stagiaire y agit de l'intérieur.

La complexité de cette entreprise vient du fait que le stagiaire et le patient s'y trouvent inclus.

La construction de la situation professionnelle permet au stagiaire d'avancer dans son processus de professionnalisation. Cette avancée ne peut s'entendre que si le patient, dans le meilleur des cas, grâce à l'intervention du stagiaire, voit son processus de réhabilitation s'affirmer et se développer. L'orientation positive du processus de réhabilitation étant d'accroître l'autonomie-indépendance du patient, d'éviter une régression, de rechercher une stabilisation.

Le patient est un membre actif de la situation professionnelle, pourvu de son processus de réhabilitation et de ses fluctuations, au même titre que le stagiaire nanti de son processus de professionnalisation et de ses développements.

La situation professionnelle construite par le stagiaire avec la participation du patient est l'élément-clé qui rassemble en son sein et de manière intégrée les processus de réhabilitation et de professionnalisation autour de buts de santé ainsi que les situations de handicap et de mise en pratiques des compétences.

### 1.2 Le processus de réhabilitation

Le processus de réhabilitation se présente sous la forme d'un ensemble de composants/processus incorporés à la personne du patient ; les facteurs personnels qui se présentent sous la forme de déficiences et ou d'incapacités, les facteurs environnementaux qui se manifestent sous la forme d'obstacles, les habitudes de vie qui apparaissent telles des restrictions de participation.

La valuation négative de ces composants/processus est contrebalancée par une valuation positive donnée par les notions d'intégrité, de capacité, de facilitateur et de participation.

Les actions du patient avec l'aide du stagiaire et sous sa directivité, visent ces composants/processus dans le but de faire que les déficiences soient moins prononcées, que les incapacités en soient amoindries, que les obstacles puissent être réduits ou contournés, que les restrictions de participation puissent être atténuées. Ces actions visent des buts de santé.

Le patient et le stagiaire "entrent" en contact par l'intermédiaire de composants/processus que sont les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie. Les acteurs se trouvent tous les deux, intégrés au processus de production du handicap, ils interagissent dans une certaine mesure, avec le procès des habitudes de vie.

Le patient et le stagiaire doivent adapter, régler, ajuster leurs actions aux particularismes des déficiences qui peuvent être d'ordre, visuelle, auditive, motrice, psychique intellectuelle ; les déficiences qui peuvent, par ailleurs être en rapport avec une maladie invalidante (ex : maladies cardiaques, diabète, épilepsie etc.).

Le patient en fonction du recouvrement de ses capacités, participe à l'agencement de ces composants/processus en vue de la poursuite des buts de santé qui le concernent au premier chef.

Ces composants/processus, du processus de réhabilitation se cristallisent sous la forme d'objets cliniques pour le patient et le stagiaire.

### 1.21 La situation de handicap

Elle prend appui sur l'environnement spécifique dans lequel est immergé, à un moment donné le patient dans sa vie quotidienne. Dans le cadre de notre recherche cette vie quotidienne s'est déroulée au sein du service de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR).

### 1.3 Le processus de professionnalisation

Il est constitué par la capacité du stagiaire à agencer avec efficacité les actions de régulations et d'adaptation qui s'effectuent en direction :

- Des facteurs personnels du patient, un composé fait d'intégrité/déficiences et d'activités/restriction d'activité ;
- Des facteurs environnementaux constitués en système dual obstacles/facilitateur ;
- Des habitudes de vie liées à l'histoire individuelle du patient ;
- Du processus de production du handicap mu par une dynamique allant de la régression à l'amplification ;
- Des situations de handicap qui se constituent au cours de l'hospitalisation du patient dans sa confrontation avec les impératifs de la vie quotidienne dans le service de MPR, en lien avec l'avancement du projet thérapeutique et les interactions avec les équipes soignantes, le tuteur et le médecin prescripteur.

Le processus de professionnalisation sur le plan des instances éducatives et formatives est abordé par le parcours d'acquisition des compétences qui dans le cadre des soins infirmiers est composé de 10 compétences clés (*Ministère chargé de la santé, annexe VI*) qui s'agrègent autour de la situation clinique (1), du projet de soins (2), de l'accompagnement de la personne (3), des actions et activités liées à la mise en

œuvre des soins (4,5 et 6), de la réflexivité (7), d'une intégration des pratiques professionnelles selon diverses modalités (8, 9 et 10).

Le parcours d'acquisition des compétences pour les soins en massokinésithérapie se présente comme une trame générique analogue faisant appel aux compétences, centrées et à leur développement.

Nous y trouvons agréger autour de cette dynamique centrale les mêmes compétences-clés (*Ministère chargé de la santé, annexe V, BO Santé – Protection sociale – Solidarité n°2015/8 du 15 septembre 2015*) ; situation clinique (1), du projet thérapeutique et démarche de promotion de la santé (2, 3), des actions et activités liées à la mise en œuvre des soins incluant la relation (4, 5 et 6), de la réflexivité (7), d'une intégration des pratiques professionnelles selon diverses modalités (8, 9, 10 et 11).

Les compétences se concrétisent au travers de pratiques cliniques, elles se concentrent sous la forme de schémas d'actions avec dans leur viseur les buts de santé. Ces schémas d'actions se cristallisent sous la forme d'objets de connaissances.

Au-delà de ces dimensions descriptives par référentiels, les compétences et leurs dynamiques traverseront le processus de professionnalisation tel un réseau de signalisation, d'orientation des actions formatives pour le stagiaire et le tuteur.

Une situation de mise en pratique des compétences s'établit dont l'acteur principal et le bénéficiaire est le stagiaire.

#### 1.4 Les buts de santé

Ils condensent la complexité de la situation. Ils sont les objets sur lesquels se portent des actions multiples visant leur détermination, leur transformation, leur valuation/évaluation.

Les buts de santé appartiennent au projet thérapeutique ils sont sous l'égide du médecin prescripteur.

Les buts de santé sont des objets-horizons qui relient les deux versants de la situation professionnelle, ceux de la réhabilitation et de la professionnalisation.

#### 1.5 La situation professionnelle une entité intégrative

La situation professionnelle est un élément d'intermédiation entre différents niveaux d'opérabilité au sein du système d'alternance, sur le lieu de stage entre le patient, le stagiaire et le tuteur, dans les instituts de formation entre le stagiaire et les formateurs enfin entre les lieux de stage et les instituts de formation et les différents acteurs.

La situation professionnelle se présente comme un millefeuille dont le centre est occupé par les buts de santé.

La situation professionnelle telle que nous l'avons décrite (Cf. Figure 1) est une représentation d'un rassemblement par le stagiaire de son expérience-vécue au contact du patient dans le cadre d'un projet thérapeutique. Cette schématisation rend la situation professionnelle modulable, transportable d'un bout à l'autre de la chaîne formative du terrain de stage à l'institut de formation.



Les modules qui la composent sont ; la situation de réhabilitation et les objets cliniques, la situation de professionnalisation liée aux champs des pratiques professionnelles utilisatrices d'objets de connaissance/savoir technique liés aux soins, et les buts de santé qui relient les deux modules et qui sont des objets-horizons servant de repères aux acteurs patient inclus.

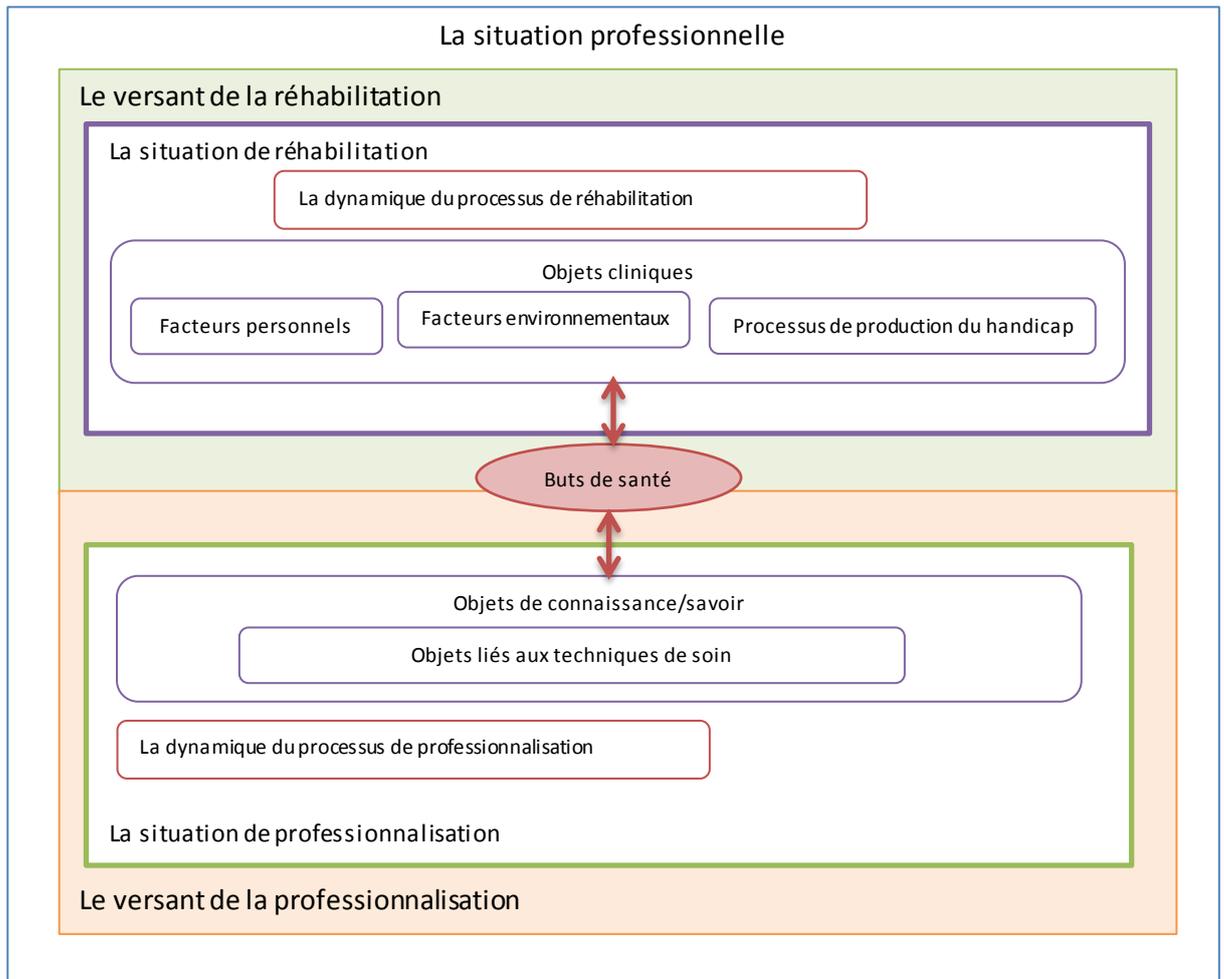


Figure 1 : La situation professionnelle

## 1.6 Les enjeux scientifiques

### 1.7 La situation professionnelle un espace interactionnel

La relation patient–soignant, leur proximité spatio-temporelle au cours des soins peut être abordée sous l’angle de la dimension spatiale de son contenu en termes d’objets et des personnes qui y interagissent ; c’est la notion d’espace interactionnel qui est ici convoquée. Un espace délimité dans lequel les interactions se déploient selon une diversité de modalités (Mondada, 2005, p. 8), un espace pourvu d’une organisation de l’action qui exerce à la fois une contrainte et une dynamique créatrice sur les actions qui, en retour, modèlent l’espace (Ibid., p. 8) ; un espace dont l’accessibilité est ouverte sur le plan des actions qui sont vues et entendues par les uns et les autres (Ibid., p. 8) ; un espace dans lequel les participants puisent des ressources multimodales selon leur répartition topographique, parmi ces ressources le corps joue un « rôle *fondamental* » (Goodwin, 2004, cité dans Mondada, 2005).

Cette approche par un espace habité qui se crée par son contenu et inversement, nous conduit à envisager, à entrapercevoir le concept de milieu, parce que ce dernier est en mesure de regrouper des processus fonctionnels et interhumains.

L’espace interactionnel ou milieu est un des constituants de la situation professionnelle.

### 1.8 La situation professionnelle, un emboîtement de perspectives

Les ancrages conceptuels éclairent la situation selon des mises en perspectives diverses, celle duale du contexte qui l’enserme et du sujet qui s’y tient en y exerçant une tâche (Leplat, 2007, p.69) ;

Celle de son invariance dans une représentation que s’en font les acteurs lors de la mise en travail de la situation (Ricœur, 1977, p.71) ;

Celle du couplage qu’elle entretient avec l’activité, une indissociabilité indexée par la subjectivité et l’expérience personnelle du sujet agissant (Leplat, 1997, pp. 71-72) ;

Celle des tâches qui s’y déroulent et qui sont plus ou moins prescrites (Leplat, 1997, 72) ;

Celle d’une reconnaissance qui s’y déploie lors du guidage de l’activité par le sujet capable et sachant (Thévenot, 1999, p 78) ;

Celle d’un modèle cognitif qui s’attache à mettre en exergue ce qu’il faut mobiliser pour y agir avec efficacité (Pastré, 2004, p. 78) ;

Celle du travail, considéré comme une activité contrainte reliée à un système de production répondant à des normes et se développant au sein de « *rappports salariés* » (Mayen, 2012, pp. 61-62) ;

Celle de leur finalités qui conjoignent l’apprentissage des métiers dans le but d’obtenir un diplôme et la réalisation de buts de production de biens ou de services (Mayen, & Olry, 2012, pp. 96-97) ;

Celle de leur cadrage par les statuts, les places, les rôles et les positions des acteurs dont les conséquences sont par exemple, une valorisation ou une dévalorisation de la place d'un apprenti au sein d'un collectif de travail (Mayen, & Olry, 2012, pp. 99-100) ;

Celle de l'enveloppement des situations professionnelles dans le maillage des relations sociales, par leur dimension culturelle, leur sociabilité qui se manifestent au moyen de règles, d'obligations réciproques, de régulations au sein du groupe (Mayen, & Olry, 2012, pp. 101-102) ;

Celle du flux héraclitéen qui voit le devenir de la situation, ses potentiels de développement (Gagneur, Mayen cités dans Mayen, & Olry, 2012, p.93), ses émergences, ses mutations, ses mises en relations avec d'autres situations (Mayen, 2012, p. 63) ;

Celle de leur être parménidien qui se manifeste au travers la fixité relative des classes de situations constitutives de l'emploi ou du métier (Mayen, Métral, & Tourmen, 2010, p. 64).

La situation professionnelle telle que nous l'avons formalisée, englobe les situations de handicap et de soin, qui sont en quelque sorte imbriquées. Cette modélisation se fait l'écho des questionnements autour de la mise en relation des situations de leur assemblage.

La théorie du champ conceptuel qui sous-tend la notion de classe de situations met en avant le concept, comme outil cadastral, organisateur de l'agencement des classes de situations.

La présence de l'objet comme le représentant expérimenté du champ d'expérience permet de projeter un autre éclairage sur les classes de situations, d'y entrevoir leurs articulations, la progressivité de leur transition en prenant comme repères, les effets produits sur l'objet par l'activité du sujet.

Et ce, en prenant appui sur le mécanisme fondateur, le triumvirat activité, sujet, objet lié indéfectiblement à la situation :

*« L'activité en situation est à la fois productive et constructive : le sujet ne fait pas que produire des transformations des objets du monde extérieur, il se transforme lui-même, en enrichissant son répertoire de ressources »* (Pastré, Mayen, & Vergnaud, 2006, p. 154).

Cette approche compréhensive de la situation par les objets, est soulignée et utilisée par Mayen (2007), dans le cadre d'une « *situation sociale-professionnelle* » (Mayen, 2007, p. 60) l'activité portée par l'objet fera qu'il se manifestera sous une forme bipolaire; comme objet lié à la technique et comme objet agrégé à la relation.

Nous proposons une mise en perspective de la situation de professionnelle autour des objets qui se présentent comme des générateurs de sa structure :

Les objets de connaissance mus par le processus de professionnalisation sous l'égide du stagiaire et du tuteur ;

Les objets cliniques activés et mobilisés par le processus de réhabilitation du patient ;

Et les objets-horizons issus du projet thérapeutique, produits sous la gouverne du médecin prescripteur.

## 1.9 La situation professionnelle portée par la fonction tutorale dans le plan sociétal

La situation de tutorat d'enquête-exploration vient se greffer aux situations professionnelles telle une excroissance, un bourgeonnement.

Elle vient s'agréger à plusieurs systèmes sociétaux imbriqués, aux visées distinctes, professionnelles, pédagogiques, familiales et qui se rejoignent afin de gérer le dispositif d'alternance (Astier, 2017, p. 105).

La fonction tutorale traverse, anime et participe aux développements des situations professionnelles / de travail et de tutorat. Cette incidence se remarque par l'engagement que manifeste le tuteur dans ces situations (Barbier, 1996, p. 22) par la mobilisation des affects, des représentations et des phénomènes identitaires au cours des activités.

La fonction tutorale utilise les situations professionnelles avec comme objectif de faciliter l'imbrication raisonnée de l'action formative avec l'activité primaire du travail. Ce portage par la fonction tutorale se matérialise par des actions efficaces qui bénéficient d'une « *reconnaissance sociale* » (Barbier, 1996, p. 14), une forme de labélisation acquise par la mobilisation d'un « *savoir-faire opérationnel validé* » (Meignant cité dans Barbier, 1996, p. 14).

Plusieurs types de dispositifs mettent en œuvre ce rapprochement entre action formative et activité primaire du travail, ceux en rapport avec la gestion de l'emploi qui résultent de la mise en branle d'un tutorat d'insertion visant des publics considérés comme prioritaires par les pouvoirs publics.

La construction des situations professionnelles a comme but principal la « *production d'employabilité des publics visés* » elles visent l'acquisition « *des attitudes, des normes et des comportements, de produire des effets de socialisation professionnel et/ou social* » (Barbier, 1996, p. 16).

Par l'intermédiaire des contrats de qualification et des dispositifs liés à l'apprentissage, la dynamique formative impulsée par les situations vise, dans le cadre d'un partenariat entre les entreprises et les pouvoirs publics, la construction et le « *renouvellement des professionnalités* » (Barbier, 1996, p. 16).

Dans ce vaste ensemble d'actions aux visées productives / formatives, consacré à l'employabilité et à la qualification, les situations professionnelles servent à articuler les « *moments de formation en centre et moments professionnels en entreprise* » (Barbier, 1996, p. 17).

## 1.10 L'émergence de la situation d'enquête-exploration

Une autre dimension formative se manifeste en rapport avec une problématique de développement alliant flexibilité de la production et de création-mobilisation de compétences (Barbier, 1996, p. 17). La fonction tutorale oriente le maniement, des situations professionnelles par la mise en œuvre de situation d'enquête-exploration, afin de faire surgir une dynamique du changement au sein des systèmes productifs

pour répondre à des buts « *de production, de communication et de mobilisation de nouveaux savoirs d'action* » (Barbier, 1996, p. 18). Les fonctions d'animation, de médiation et d'accompagnement des groupes sont privilégiées lors de la construction des situations professionnelles et l'activation connexe de situations d'enquête-exploration.

La fonction tutorale qui traverse et anime les situations, s'attache en fonction des enjeux des partenaires sociétaux, des acteurs dans l'entreprise et du monde professionnel en général, à cibler par ses effets formatifs et certificatifs (Astier, 2017, p. 104) des développements chez le tuteuré ; l'employabilité, la qualification, et la compétence, dans le cadre de l'alternance.

Les situations professionnelles et d'enquête-exploration par leurs rouages servent de creuset aux pratiques professionnelles afin que ces dernières se formalisent, s'harmonisent et se normalisent ouvrant la voie aux « *procédures d'évaluation des acquis et de positionnement social des personnes* » (Astier, 2017, p. 105).

Dans le champ des pratiques éducatives le mécanisme de la supervision du tuteuré pris en tenaille entre deux paradigmes (la dynamique de la rationalité technique / l'approche clinique et réflexive), voit dans le quotidien la fonction tutorale subir des modifications dans son organisation et son efficacité, des débats qui portent sur l'utilité, des situations professionnelles et celles attenantes à visée réflexive. (Chalies, & Durand, 2000, pp. 157-158).

#### 1.11 Les situations, professionnelles et d'enquête-exploration portées par la fonction tutorale avec l'aide des tuteurs et aux moyens d'espaces interactionnels

Les professionnels tuteurs en fonction de leurs compétences et de la considération qu'ils portent aux tuteurés établissent un seuil de d'exposition et de mobilisation des savoirs d'actions, des compétences, aussi le périmètre d'action de la fonction tutorale s'en trouve limité (Chrétien & Létral ; Pham Quang ; Rémerly & Filliettaz, cités dans Astier, 2017, p. 105).

L'ignorance perçue chez le novice par les tuteurs peut faire obstacle au développement de la fonction tutorale, les interrelations tuteur-tuteuré sont inhibées, voire fortement amoindries, laissant le tuteuré dans un rôle de stricte de réalisateur d'une tâche devenue familière.

Dans ce contexte, les interventions tutorales ne cherchent pas à promouvoir chez le tuteuré des questionnements sur les causes des choix d'actions, leurs intentions qui ont prévalu et les conséquences de ces choix. La base de l'orientation utile pour la réalisation des tâches n'est pas mobilisée par les tuteurs (Mayen, 2017, pp. 14-15), les situations conservent alors leur opacité pour le tuteuré bien que des tâches aient été réussies.

Les tuteurs dans le meilleur des cas, produisent une fonction tutorale selon une approche diachronique, les situations font l'objet d'un séquençage en « *configurations* » (Kunégel, 2011, p. 85) de plus en plus complexes à manier, à appréhender par le tuteuré et ce dans un environnement productif qui dicte sa loi.

Les configurations s'énoncent selon leur degré de progressivité sous les dénominations de « *familiarisation, familiarisation avancée, transmission, mise au travail assisté, mise au travail semi-assistée, mise au travail* » (Ibid., pp. 85-86).

Un mécanisme joue un rôle central celui d'étayage qui se définit comme « *la facilité exercée par autrui lorsqu'il prend en charge temporairement un aspect de l'activité du sujet* » (Berzin, 2001, p. 125 ; Kunégel, 2011, p. 52), le modèle de Bruner est convoqué, le tuteur considéré comme un expert face à un novice ou à une personne moins compétente, aide ces derniers à la réalisation de la tâche sans pour autant se mettre à leur place.

Le tuteur est en mesure de développer un ensemble de fonctions de tutelles en rapport avec ce mécanisme central : l'enrôlement, la réduction des degrés de liberté, le maintien de l'orientation, la signalisation des caractéristiques déterminantes, le contrôle de la frustration, la démonstration «*présentation de modèles* » (Bruner cité dans Heshema, 2014, pp. 51-52).

La capacité à étayer du tuteur soignant, vient du fait qu'il puise ses ressources tel un compagnon « *dans l'expérience concrète de sa propre formation* » (Olry-Louis, 2009, para 32).

Dans le cadre des situations, professionnelles et de tutorat d'enquête-exploration, le tuteur suscite chez le tuteuré, des questionnements, des raisonnements, sur sa pratique sur les gestes en cours d'effectuation si cela est possible, sur les gestes qui ont été effectués, sur sa pratique en général. Les feedbacks tutoraux servent de levier aux processus mentaux chez le tuteuré, ceux de la cognition le lien entre connaissances et raisonnements, de la métacognition, le regard porté sur sa pratique, de la socio-cognition, suscité par celui qui questionne sur ce qui a été fait (Allal, cité dans Sartier, 2020, p. 3).

Des espaces interactionnels se dessinent au sein des situations professionnelles, des situations d'enquête-exploration qui favorisent les échanges entre les tuteurs et les tuteurés et pour ces derniers leurs apprentissages :

- > La zone prochaine de développement (Vygotski, 1997, p.352) qui repose sur un mécanisme relationnel et fonctionnel « *en collaboration, sous la direction et avec l'aide de quelqu'un, l'enfant peut toujours faire plus et résoudre des problèmes plus difficiles que lorsqu'il agit tout seul* » ou zone de développement potentiel (Kunégel, 2011, p. 49) ;
- > Le milieu (Brousseau cité dans Pastré, 2006, p. 7) qui se définit selon Pastré comme un concept, une situation-problème permettant d'effectuer une transition, de frayer un passage entre une situation professionnelle de travail et une situation didactique. Dans le champ des pratiques professionnelles, la situation didactique se présente sous la dénomination de situation-problème, elle comporte un problème à résoudre qui requiert un savoir pour le résoudre (Pastré, 2006, p. 7).

Dans le champ des pratiques du soin, les filières professionnelles, sont considérées comme des « *métiers de la médiation* » (Weill-Fassina, & Pastré, 2004, p. 5), le travail consiste avant tout « *à transformer une relation entre (ou plusieurs humains)* » (Weill-Fassina, & Pastré, 2004, p. 5).

L'espace interactionnel des situations professionnelles dans le champ des pratiques du soin, animé par la fonction tutorale se constitue autour d'une triade : tuteur, tutoré, patient. Cet espace interactionnel emprunte des caractéristiques structurelles à la zone prochaine de développement et au milieu / situation-problème, cependant, il a une spécificité qui découle de l'intégration de la personne du patient.

La situation problème, voit le tuteur l'utiliser intentionnellement afin de faire progresser les apprentissages chez le stagiaire.

En revanche, le patient ne peut être confondu avec le tuteur qui par l'intermédiaire d'une zone prochaine de développement apporterait son appui au stagiaire dans l'exécution d'une tâche,

La personne du patient n'est pas dans cette dynamique formative, il n'apporte pas son aide à la réalisation d'une tâche en choisissant une zone prochaine de développement, en déterminant un problème à résoudre dans le but d'établir une progression des apprentissages chez le stagiaire.

Et pourtant, le patient et le stagiaire collaborent dans l'exécution des soins en médecine physique et de réadaptation, ils essayent tous deux dans le cadre d'une séance de rééducation ou de soins infirmiers de déterminer les problèmes qui peuvent se poser à eux lors de l'effectuation des soins.

Les interactions entre le tutoré et le patient doivent être prises en compte, parce qu'elles participent à la fonction tutorale et à l'établissement de la situation professionnelle. La personne du patient prend une part active (dans la mesure de ses capacités) au fonctionnement de l'espace interactionnel qu'utilisent les métiers du soin.

Nous repérons dans les métiers du soin un lien entre la mise en œuvre d'une situation professionnelle, son animation et son développement par la fonction tutorale et la création d'un espace interactionnel dédié, intégrant la triade tuteur tutoré patient selon deux logiques mêlées, celles de la production et de la formation.

1.12 Les situations, professionnelle et d'enquête-exploration portées par la fonction tutorale en rapport avec la personne du patient et avec l'utilisation de l'objet

1.121 La présence active du patient dans la mise en œuvre de la situation professionnelle

Elle se révèle au stagiaire d'une manière indirecte, sous une forme sémiotique, par l'intermédiaire de la prescription médicale. Le tuteur doit avoir comme but de permettre qu'une fonction formative (Astier, 2017, p. 107) se manifeste en direction du stagiaire afin que des « *apprentissages soient effectifs* » (Ibid., p. 107) et que ces derniers soient en congruence, en conformité de but avec les prescriptions (Ibid., p. 107) discrétionnaires du médecin.

La situation professionnelle se déploie dans un contexte de collaboration avec des acteurs « *décidés à cet apprentissage d'autrui* » (Astier, 2017, p. 107) que sont les tuteurs, le collectif soignant, et le cas échéant le patient « *actif et "sachant"* » (Boudier, Bensebaa, & Jablanczy, para. 17).

Dans un contexte de maladie chronique des interactions à visée formative peuvent être suscitées, activées par la personne du patient-expert qui détenteur d'un « *savoir-expérientiel* » et sémiotique actualisé sur sa maladie peut être amené à « *compléter le savoir clinique du médecin et orienter les décisions de ce dernier* » (Ibid., para. 18).

L'espace interactionnel dédié, relève de l'activation de la triade tuteur-tutoré-patient, ce dernier sera considéré, comme un « *nouveau membre* » de l'équipe soignante (Rothier-Bautzer, 2002, p. 46) en particulier dans le cadre des maladies chroniques. Il est perçu comme un acteur du dispositif de production des soins, il effectue des tâches reconnues ou non, qui sont « *imbriquées dans l'organisation du travail de l'équipe hospitalière* » (Tourette-Turgis, 2015, p. 38).

La position du patient au sein de la situation professionnelle est en pleine mutation, une tendance évolutive globale des rapports entre le patient et les soignants ; qu'ils soient experts ou non, s'affirme, le patient est devenu un partenaire ;

« *Nous sommes à l'heure du patient-partenaire, à l'heure où le soin doit être considéré avant tout comme une rencontre entre des humains interdépendants dans des contextes de vie difficiles* » (Dumez, 2013, p. 366).

Sous l'égide des textes réglementaires et de la charte hospitalière qui prônent une « *centration des actes de tout le personnel hospitalier sur le patient* » (Rothier-Bautzer, 2002, p. 46).

L'espace interactionnel triadique voit les interactivités patient-tutoré se renforcer, les stagiaires sont conduits par la fonction tutorale à « *pénétrer (...) l'univers des patients afin qu'ils accèdent à la richesse de leur vie, à leurs savoirs expérientiels et à une compréhension intime de ce que veut dire vivre avec une maladie* » (Dumez, 2013, p. 366).

La construction d'une situation professionnelle par le stagiaire ne peut se concevoir sans l'assise, des relations de soins « *des relations de soins fondées sur la guérison mais aussi sur l'apprentissage, la co-construction et, (...) l'établissement d'un lien de confiance durable* » (Ibid., p. 366).

Le patient suscite chez le tutoré, par la présentation de ses lésions, de sa pathologie une motivation à entrer dans une « *expérience de travail concrète* », une « *situation de travail complexifiée et inédite* » (Blancard, 1996, p. 118).

L'espace interactionnel est dédié au traitement de problèmes à leur identification et à la mise en œuvre de solutions (Ibid., p. 118), centrées sur les besoins de la personne du patient.

Le patient non expert se comporte comme un tuteur « *réactif* » (Glikman, 2000, p. 1) en répondant aux questions des stagiaires, sans pour autant être en capacité d'anticiper leurs demandes, de produire un accompagnement à leur égard, comme le fait un tuteur « *proactif* » (Ibid., 2000, p. 1).

Le patient par ce positionnement incitatif, participe au repérage et à la mobilisation « *d'un savoir de la pratique* » (Olry-Louis, 2009, para 32) chez le tutoré.

La présence du patient vu comme un usager d'un service hospitalier est considérée comme une opportunité dont peut se saisir le tuteur afin de renforcer la dimension formative au sein de l'espace interactionnel triadique en provoquant une « *rencontre des novices avec les réalités du travail* » (Filliettaz, 2018, p. 47).

Le patient lors de la mise en œuvre de la situation professionnelle engendre au sein de l'espace interactionnel et entre le patient et le tuteur une mise en circulation de « *contenus de savoir* » (Ibid., p. 53).

#### 1.122 La présence d'objets dans la mise en œuvre de la situation professionnelle

Des objets de savoir se trouvent agréger à des contenus de savoir, ils servent d'activateurs de l'espace interactionnel, manipulés par le tuteur qui signalent grâce à eux, l'existence de l'objet au tuteur (Ibid., p. 53).

La mobilisation des objets dans les espaces interactionnels par les tuteurs dans le cadre d'apprentissages qualifiés d'informels ou d'incidents a montré les liens qu'entretiennent ces objets avec le système productif (Filliettaz, 2007, p. 2). Leur réalisation requiert l'usage d'instruments par les tuteurs, en cela, un espace de médiation technique et de relations humaines se découvrent à eux, ainsi qu'une activité en situation « *à la fois productive et constructive* » (Pastré, Mayen, & Vergnaud cités dans Filliettaz, 2007, p. 3).

Les espaces interactionnels ou milieu par l'intermédiaire des objets font entrer en contact les tuteurs avec les manières de faire d'un collectif, ses besoins de compétences, son patrimoine culturel, et les tendances technologiques évolutives qui s'y manifestent.

Les situations professionnelles par l'intermédiaire de la production des objets offrent aux tuteurs la possibilité de devenir des membres légitimes d'une communauté que rassemblent leurs pratiques.

La relation à l'objet, celle d'un artefact que l'on transforme à l'aide d'instrument mobilise chez le tuteur des processus d'interprétations, l'utilisation de signes attendants sous diverses modalités sémiotiques (Kress, de Saint-Georges, cités dans Filliettaz, 2007, p. 3).

D'un point de vue général dans les métiers du soin, la mise en situation professionnelle de travail et l'activation d'un espace interactionnel triadique montrent que le patient y est actif (en fonction de ses capacités) que des objets matériels ou idéels y circulent vers lesquels convergent l'attention, les actions, et des significations en acte (Filliettaz, 2018, p. 62) entre le patient et le tuteur, sous la supervision du tuteur.

Le patient et les objets qui lui sont attachés, doivent être considérés comme un système dual alliant usage et ressources qui ont un effet sur les conditions par lesquelles le travail s'apprend. (Filliettaz, 2018, para. 56).

#### **1.13 La question sociale : le rapprochement des enjeux pratiques et scientifiques**

La situation professionnelle est l'enjeu pratique de la venue en stage. La situation professionnelle présente une constitution duale par l'emboîtement des situations de réhabilitation et de professionnalisation, elle est traversée par des processus attendants complexes qui englobent le patient, le tuteur, le tuteur et l'objet du soin. Ces caractéristiques sont des sources de questionnements et d'apprentissages pour le stagiaire lors de la mise en œuvre et du développement de la situation professionnelle.

Par ailleurs, un enjeu scientifique se manifeste à partir de la triade stagiaire-patient-objet ; celui de comprendre les mécanismes qui sous-tendent la situation professionnelle des métiers du soin et plus particulièrement en massokinésithérapie et en soins infirmiers.

Une série de questions sociales émergent : comment mettre en œuvre la situation professionnelle et s'y mouvoir pour le stagiaire ? Comment le stagiaire fait-il pour s'y insérer, pour y cohabiter avec le patient et ce, afin de répondre à des buts de santé ? Le stagiaire parvient-il à l'appréhender à partir des objets ?

# Partie II : Le champ thématique et les cadres théoriques

## 2. Introduction

Nous axons notre regard sur la situation professionnelle par l'entremise de 5 composants ou entités que nous considérons comme nécessaires à son déploiement : l'expérience vécue, le sujet, l'objet du soin, la clinique, et l'expérenciation.

Nous abordons en premier lieu l'expérience-vécue parce qu'elle représente le matériau sur lequel repose l'étude. L'expérience-vécue se manifeste au travers de dimensions multiples telles que celles du corps, de la relation, des objets techniques. Nous centrons notre regard sur l'expérience-vécue liée aux soins, et ses liens avec le schème d'action.

Nous regardons le sujet créateur des expériences-vécues, le sujet égocentré, le sujet écologique auquel nous rattachons la notion de milieu associé. Nous aboutissons par une synthèse à un sujet composite qui englobe un Corps Cerveau et un Milieu Associé et que nous formalisons sous le sigle de C.C.M.A.

Nous examinons l'objet du soin intégré à la situation professionnelle, ses multiples potentialités relationnelles, telle sa fonction de d'initiateur d'espaces interactionnels. L'objet du soin occupe une place centrale dans la situation professionnelle par le fait que les acteurs se tournent vers lui dans le but de le transformer.

Nous scrutons la clinique, tel un substrat à partir duquel l'objet du soin se constitue et s'anime tout à la fois. Nous portons notre attention sur des représentations véhiculées par la clinique et qui vont influencer sur la situation professionnelle, telles que la maladie, la guérison, le handicap etc.

Nous nous tournons vers l'expérenciation comme activité avec en point de mire le blending expérenciel et le discours. Nous examinons l'expérenciation sous différents angles de vue, tels que le dispositif technique des soins, l'installation de mécanismes de coopération, le care, etc. Nous regardons le rapport qu'entretient le schème d'action avec l'expérenciation, nous proposons comme liant le cycle d'expérenciation.

Nous proposons pour clore le champ thématique une modélisation de la situation professionnelle qui regroupe les composants du champ.

Nous exposons la problématique de recherche centrée sur la situation professionnelle avec un regard porté sur l'objet du soin sa composition et une situation connexe émergente, la situation d'enquête–exploration.

Nous présentons la question de recherche et l'objet de recherche.

## 2.1 L'expérience-vécue

### 2.11 La création et l'utilisation d'une expérience-vécue

Le vécu est un composant de l'activité :

*« Le vécu n'est pas dissociable du cours même de l'activité ; il survient dans et par l'activité. Il peut être défini comme les transformations immédiates qui s'opèrent chez un sujet à l'occasion de son activité. Il constitue la trace, provisoire ou durable, chez les sujets de leurs interactions avec leur(s) environnement(s) par l'intermédiaire de leur activité »* (Barbier et Thievenaz cités dans Mouchet, 2016, p. 50).

Le vécu est désigné comme *« ce qui advient aux sujets »* (Ibid., p. 49) alors que l'expérience est définie comme la résultante d'une action à visée transformatrice du sujet en direction de son vécu, *« ce que les sujets font de ce qui leur advient »* (Ibid., p. 50).

L'expérientiation de l'objet du soin, s'appuie sur un matériau expérientiel, ou expérience vécue qui se définit comme :

*« Le flux des pensées (interprétations, anticipations-attentes etc.), actions, émotions ou sensations perceptives (visuelles, auditives, kinesthésiques, etc.) qui se produisent pendant l'activité-cible et sont consciencialisées »* ces matériaux expérientiels font l'objet d'une verbalisation *« après-coup via un acte délibéré de réflexion »* (Zouinar, & Cahour, 2013, p. 71).

D'autres composants sont intégrés dans l'expérience-vécue et intéressent le milieu des soins *« ils sont de l'ordre du pré réfléchi (conscience directe) qui correspond à une forme de compréhension implicite ou tacite mais non réfléchi du flux expérientiel »* (Vermersch cité dans Zouinar, & Cahour, 2013, p. 71).

Notre démarche de recherche est centrée sur le point de vue subjectif du sujet, en ce celui du stagiaire, nous avons cherché à savoir ce qu'il a *« fait, pensé, ressenti et perçu pendant l'activité »* (Ibid., p. 71).

La mise en perspective par le point de vue subjectif met à jour au sein de l'expérience vécue, non seulement l'action, la cognition :

*« Mais également d'autres dimensions encore peu étudiées dans les approches centrées acticités, comme celles des mouvements émotionnels et celles des perceptions sensorielles(...). Cette approche intégrée va être possible en amenant le sujet à décrire le déroulement temporel d'une activité située et à questionner ces différentes dimensions »* (Ibid., p. 72).

### 2.12 L'expérience-vécue de la valuation /évaluation

Elle s'établit à partir d'un continuum qui *« s'étire (...) entre deux pôles que sont l'appréciation immédiate et l'évaluation »* (Bidet, Quéré, & Truc, 2011, p.14).

Celui des appréciations immédiates ou *« valeurs immédiates »* qui :

*« Apparaissent dès qu'il y a du goût, de l'intérêt, un penchant (...) une tendance, une disposition, une orientation. La plupart de nos goûts, quand ils font leur première apparition, sont toutefois aveugles et grossiers. Leur objet est mal connu et on ne sait pas pourquoi on s'attache à tel objet plutôt qu'à tel autre » (Dewey, 2012, p. 387).*

Celui de l'appréciation évaluative, est mue par un acte qui pèse et sous-pèse les attendues, les moyens en lien avec un objet que l'on désire atteindre, conserver, préserver etc. et que dans les faits qui ont trait avec cet objet *« l'affirmation est comparative, qu'on juge une chose meilleure qu'une autre, le problème change de nature ; il met en jeu des comparaisons, des relations, des causes, de l'intellect et de l'objectivité » (Ibid., p. 387).*

Le sujet s'engage à comparer l'objet *« la comparaison est une comparaison entre des choses, suivant leur efficacité, leurs avancées et leurs obstacles. La meilleure est celle qui en fait plus en termes de sécurité, de libération et de fécondité, au regard d'autres goûts et d'autres valeurs » (Ibid., p. 387).*

La finalité de ce processus se prolonge dans l'évaluation *« faire une évaluation, apprécier, est alors prendre conscience des relations de productivité et de résistance et rendre ainsi la valeur signifiante, intelligente et intelligible » (Ibid., p. 387).*

Ces deux pôles *« sont les deux moments de nos valuations » (Bidet, Quéré, & Truc, 2011, p. 11)* autrement dit *« les appréciations immédiates que constituent les valeurs en tant que faits et les appréciations évaluatives en tant que jugement ne constituent pas deux réalités distinctes, mais sont au contraire étroitement articulées au sein des "valuations" » (Ibid., p.11).*

### 2.13 L'expérience-vécue de la réflexivité

Elle désigne la conscience réflexive qui se distingue au sein du discours du stagiaire par l'emploi du « je », la conscience réflexive prend *« son fonctionnement comme objet de conscience (...) cette (...) définition piagétienne de la conscience peut être qualifiée de « conscience-réflexion » puisqu'elle renvoie à la façon de plus en plus réflexive (pratique, conceptuelle, réflexive) dont le sujet a ou prend conscience de ses fonctionnements » (Pons, Doudin, 2001, p 129).*

Le « je », sera vu comme le marqueur de l'enclenchement de cette « conscience-réflexion » au cours du discours. Le « je » étant l'expression tout à la fois d'un témoignage porté vers l'interlocuteur et d'un regard introspectif orienté vers soi-même.

Nous considérons l'expérience-vécue de la réflexivité comme l'accompagnatrice des autres expériences-vécues.

### 2.14 L'expérience-vécue du corps

Elle se présente comme le réceptacle et le générateur des pratiques liées au corps. Le corps est considéré comme éprouvant par le fait que :

*«La cognition ne se fait pas indépendamment de nos capacités perceptives. La cognition est une action incarnée qui fait émerger un monde auquel elle s'adjoint, et elle n'a pas de fondement hors de son inscription dans un corps. En ce sens, le corps est l'instrument d'observation » (Hert, 2014, p. 36)*

Du sujet (stagiaire ou chercheur) « au sens où il éprouve » son corps–cerveau et son milieu associé, c'est une « *épreuve qui lui permet d'élaborer un processus cognitif* » (Ibid., p. 36).

La transformation de l'objet du soin, en objet de connaissance, sera rendue possible par l'intermédiation du corps :

*« L'approche (...) des savoirs incarnés nous ouvre une voie alternative qui prend le contre-pied des enjeux de pouvoir liés à la qualification des savoirs. Elle indique une forme de pensée, hors représentation, hors langage et insaisissable, qui concerne la capacité à agir dans un monde dynamique, dont les tenants et aboutissants sont changeants, sans pouvoir se baser sur des représentations déjà là de ce qui est attendu » (Ibid., p. 40).*

Au moyen du processus de « *la vision incarnée des connaissances* » (Dutriaux, & Gyselinck, 2016, p.12) :

*« Qui suppose que la mémoire d'une connaissance est distribuée sur les systèmes sensorimoteurs, et qu'elle partage donc des ressources de traitement avec ces systèmes (...) lorsqu'une connaissance est récupérée en mémoire, cela provoque une simulation sensorimotrice de son contenu » (Ibid., p. 12).*

## 2.15 L'expérience-vécue porteuse d'une relation

Il faut distinguer interaction et relation « *une relation implique une suite d'interactions dans le temps entre deux individus qui se connaissent* » (Ingold, 2013, p. 167).

La relation n'est pas une série d'interactions qui réagissent l'une après l'autre chronologiquement par itérations successives, « *une relation n'est donc ni un événement ni un enchaînement d'événements* » (Ibid., p. 167), elle doit être considérée comme « *un processus qui ne cesse de se renouveler à travers le temps* » (Ibid., p. 167).

La notion de relation est soutenue par « *les personnes incarnent des relations, et elles n'existent et ne subsistent qu'aussi longtemps qu'elles prennent part au mouvement de la vie sociale* » (Ibid., p. 167).

C'est une des dimensions de l'intersubjectivité, celle-ci se définit comme :

*« Le sens de l'expérience partagée, qui émerge de la réciprocité. Ce sens détermine une différenciation de base entre soi et l'autre à travers la capacité à : comparer son expérience propre à celle de l'autre, se projeter dans la position de l'autre » (Vannotti, 2002, p. 218).*

L'intersubjectivité est considérée comme « *l'ensemble des expériences qui se co-construisent lorsque deux ou plusieurs personnes se rencontrent* » (Ibid., p. 219).

Lors de la séance de rééducation ou de soins infirmiers affleureront :

*« Les modalités par lesquelles l'expérience vécue se communique entre les sujets en présence, et d'étudier (...) la manière dont toute une série d'ajustements se met en place pour garantir leur contact ou leur permettre de se situer "sur la même longueur d'onde » (Ibid., p. 219).*

La relation interpersonnelle au cours du soin s'accomplit par le jeu d'une adaptation permanente des conduites des protagonistes, c'est en quelque sorte *« une œuvre de création à deux » (Ibid., p. 220).*

La relation interpersonnelle se manifeste par l'entremise d'une attitude empathique des acteurs, *« un partage synchronique d'états psychocorporels, c'est-à-dire comme le fait qu'à un même instant, les partenaires de l'interaction vivent et éprouvent un état semblable » (Ibid., p. 223).*

Elle se manifeste par *« une aptitude cognitive » (Ibid., p. 223)* du thérapeute *« consistant à se mettre dans la situation du patient tout en gardant une distance émotionnelle »,* une *« réaction émotionnelle involontaire » (Ibid., p. 223).*

L'empathie se décompose selon trois modalités d'action qui peuvent se fondre les unes dans les autres ; *« la capacité à se mettre à la place d'autrui et à percevoir ses affects (empathie d'affects), à partager ses représentations (empathie de pensée) ou à partager ses actions et réactions (empathie d'action) » (Ibid., p. 223).*

## 2.16 L'expérience-vécue au travers des actions

L'expérience-vécue des actions s'apparente au développement dual d'un concept et d'une expérience motrice.

Il a été observé que :

*« L'expérience motrice aurait un rôle cruciale dans la formation et le traitement de certains concepts » (Kalénine, 2009, p. 150)* et inversement *« le traitement des concepts d'outils, avec lesquels nos interactions sont principalement motrices, active spécifiquement le système visuomoteur impliqué dans les actions réelles et la sémantique de l'action » (Ibid., p. 150).*

Cette fonction d'activation des concepts d'outils par l'expérience motrice est davantage liée *« au fait qu'il s'agisse d'objets manipulables que d'objets fabriqués » (Ibid., p. 150).*

D'une manière générale *« la réactivation des expériences motrices influence le traitement conceptuel » (Ibid., p. 150).*

L'hypothèse générale que suggère ces approches est que *« nos connaissances seraient enracinées dans les expériences sensorimotrices que nous avons vécues lors de nos interactions avec l'environnement » (Ibid., p. 151).*

Il n'y aurait donc pas de séparation entre un système de la cognition dans lequel *« serait stocké dans un espace sémantique amodal »* nos connaissances, et un autre système neuronal *« impliqué dans la perception (...) l'action (...) et les expériences émotionnelles » (Ibid., p. 151).*

## 2.17 L'expérience-vécue de l'objet technique et de la médiation technique

Elle se constitue lors de la création /production d'objets techniques qui se différencient de l'objet scientifique :

*« l'objet technique bien loin de se situer tout entier dans le contexte d'une science particulière, est en fait au point de concours d'une multitude de données et d'effets scientifiques provenant des domaines les plus variés, intégrant les savoirs en apparence les plus hétéroclites, et qui peuvent ne pas être intellectuellement coordonnés, alors qu'ils le sont dans le fonctionnement de l'objet technique » celui-ci « résulte d'un art du compromis (...) il est de structure éminemment synthétique, ne pouvant se comprendre autrement que par l'introduction d'un schématisme synthétique qui préside à l'invention. » (Simondon, 2012, p 154).*

Les techniques utilisées lors des soins sont des objets techniques.

L'utilisation des techniques pour transformer l'objet du soin, se manifeste sous les traits d'une « médiation technique » (Akrich, 1993, p. 5) qui trouve son inscription dans l'entrecroisement des milieux associés du stagiaire et du patient ; processus qui aboutit dans le meilleur des cas à « l'élaboration d'un scénario constitué d'un programme d'action » (Ibid., p. 5).

Dans le cadre de la situation professionnelle qui relie processus de réhabilitation et de professionnalisation, les programmes d'action résultent de « l'emploi de savoirs techniques et différentes formes de soins et d'activités qui concourent aux « 3R » que sont la rééducation fonctionnelle, la réinsertion sociale et la réintégration scolaire ou professionnelle » (Hesbeen, 2012, p. 33).

Les soins résultent d'une activité du stagiaire en direction du patient et de l'objet du soin partagé avec le patient, comme étant, « d'abord une mise à disposition d'un corps-objet entre les mains du soignant » (Olry, & Bautzer, 2003, p.44).

## 2.18 L'expérience-vécue liée aux soins

### 2.181 Les soins infirmiers

Les soins infirmiers sont définis comme « une discipline visant à offrir à une personne et/ou une collectivité un ensemble de prestations qui concourent à répondre à leurs besoins de santé » (Acker, 1991, pp. 127-128).

Ils poursuivent les buts suivants :

- > « Protéger, maintenir, restaurer, promouvoir la santé ou l'autonomie des fonctions vitales des personnes ;
- > De soulager la souffrance et d'assister les personnes dans les derniers instants de leur vie ;
- > D'appliquer les prescriptions médicales ;
- > De participer à la surveillance clinique des malades et des thérapeutiques mises en œuvre ;
- > De concourir aux méthodes et à l'établissement de diagnostic ;
- > De favoriser le maintien, l'insertion ou la réinsertion des personnes dans leur cadre de vie habituel ou nouveau » (Ibid., p. 129).

Les soins infirmiers « *peuvent être de nature éducative, préventive, curative, technique et relationnelle* » (Ibid., pp. 127-128).

Les soins infirmiers comportent une dualité, « *les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie* » et « *les soins curatifs ou de réparation* » (Ibid., pp. 127-128).

Les soins palliatifs complètent la liste d'activités énoncées ci-dessus :

*« Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et d'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution »* (Mino, & Frattini, 2007, para 2).

#### 2.182 L'expérience-vécue liée à l'effectuation de soins de santé primaire

La trame générique des soins peut s'étendre au niveau sociétal. Les agencements des pratiques sont qualifiés de soins de santé primaire, ces derniers ont comme caractéristiques :

*« Le centrage sur la personne, l'exhaustivité, l'intégration, la continuité des soins, avec un point d'entrée régulier dans le système de santé afin qu'il devienne possible d'établir une relation de confiance durable entre les patients et leurs prestataires de soins »* (Crismer, Belche, & Van der Vennet, 2016, p. 377).

#### 2.183 L'expérience-vécue liée aux soins en massokinésithérapie

Ils visent à promouvoir « *la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement* », dans le cadre « *des pathologies héréditaires, congénitales ou acquises, stabilisées ou évolutives impliquant une altération des capacités fonctionnelles* » (extrait du Journal Officiel cité dans Zackzyk, 2016).

Par ses actions le masseur-kinésithérapeute cherche à obtenir la réhabilitation « *des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne* » (Ibid., 2016) ainsi que l'atténuation voire l'abolition, dans le meilleur des cas des « *déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles* » (Ibid., 2016).

À partir du cadre de ses actions le masseur kinésithérapeute peut œuvrer « *à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche* » (Ibid., 2016).

Lors du diagnostic en massokinésithérapie, l'expérience-vécue participe de la « *dimension sociale et incarnée du diagnostic et du soin et de leur accomplissement* » (Olry, & Bautzer, 2003, p. 37) :

*« le monde se donne d'abord à connaître à travers les conditions de l'action et à partir des capacités d'action de l'agent incarné (...) la perception n'est donc pas la conclusion d'un processus inférentiel dont le point de départ serait la saisie des sens. C'est notre action qui nous donne un point de vue sur le monde. Cette conception est à l'opposé de la vision cognitivisme du mouvement comme déclenché par des instructions motrices venant de la manipulation de représentations »* (Ibid., p. 37).

## 2.19 L'expérience-vécue et les genèses professionnelles

Les genèses sont à considérer dans leur globalité comme « *le produit des processus de formation* » (Olry, & Vidal-Gomel, 2011, p. 132).

Elles se présentent comme des « *attributions de significations* » (Astier cité dans Olry, & Vidal-Gomel, 2011, p. 132) qui feront l'objet « *d'une mise à l'épreuve, dans les situations de formation, hors du travail* » (Ibid., p.132) dans le cadre du processus de professionnalisation lors du stage, au contact du patient, des mises à l'épreuve se produisent, qu'alimentent les expériences-vécues.

Lors de ces mises à l'épreuve des genèses se produisent :

*« Instrumentale (...), i.e. qui repose notamment sur un processus de pragmatisation, conséquence de la contextualisation d'un savoir au cadre familier du travail ; conceptuelle, i.e. qui repose sur la conceptualisation d'une action pour une classe de situation données, correspondant à une forme d'abstraction, effet d'une décontextualisation (...); identitaire (...), i.e. qui repose sur une offre de renormalisation de l'activité (...) au travers de la formation »* (Rabardel, Vergnaud, Pastré, Schwartz cités dans Olry, & Vidal-Gomel, 2011, p. 132).

L'expérience-vécue rend compte de genèses instrumentales lors de construction d'un instrument.

L'instrument résulte d'une élaboration progressive et partielle de l'artefact (Rabardel, & Samurcay, 2006, p. 43).

Le concept d'artefact désigne :

*Un « dispositif matériel (...) employé comme moyen d'action (...) l'artefact n'est pas nécessairement matériel. Il peut par exemple être symbolique : les cartes, les graphiques (...) les méthodes, etc. sont des exemples de dispositifs à dominante symbolique (même si, bien entendu, leur support matériel, lorsqu'il existe, est à prendre en compte) »* (Rabardel, 1995, pp. 61-65).

La genèse est un processus qui conduit le sujet à s'approprier l'artefact ; primo par « *la conceptualisation des propriétés de la réalité dans laquelle il permet d'agir* » et secundo par « *la mobilisation ou de l'élaboration de schèmes organisateurs de l'activité du sujet* » (Rabardel, & Samurcay, 2006, p. 43).

L'instrument est entendu comme :

*« Une entité mixte qui comprend à la fois des composants de types artefact, et des composants schématiques (...) schèmes d'utilisation. Cette entité mixte tient à la fois du sujet et de l'objet. C'est elle qui constitue l'instrument ayant pour le sujet une valeur fonctionnelle (...) l'instrument du sujet n'est donc pas un "donné"; il est élaboré par le sujet au cours des processus de genèse instrumentale »* (Ibid., p. 44).

Les composants schématiques donnent lieu à deux processus distincts d'instrumentation et d'instrumentalisation (Ibid., p. 44).

L'expérience-vécue participe à la genèse d'outil et d'instrument selon la classification que propose Simondon.

*« Si l'on entend par outil l'objet technique qui permet de prolonger et d'armer le corps pour accomplir un geste, et par instrument l'objet technique qui permet de prolonger et d'adapter le corps pour obtenir une meilleure perception ; l'instrument est outil de perception. Certains objets techniques sont à la fois des outils et des instruments, mais on peut dénommer outil ou instrument selon la prédominance de la fonction active ou de la fonction perceptive » (Simondon, 2012, p. 161).*

## 2.191 L'expérience-vécue vectrice d'un développement / apprentissage

Deux axes de développement se côtoient celui de Vygotski pour qui le développement *« est une désappropriation du concret, qui se fait, difficilement, par une transformation interne des représentations du sujet »* (Kalénine, 2009, p. 40). C'est l'accès à l'abstraction qui est recherché.

Pour Piaget *« c'est l'accès à l'objectivité »* qui prime *« pour lui, la loi générale du développement consiste en la décentration du sujet par rapport à une position "égocentrique" (...) c'est-à-dire subjective »* (Ibid., p. 40).

Les deux voies de développement du concept se complètent, Piaget *« insiste sur le travail qui se fait du point de vue du sujet (décentration) »* (Ibid., p. 40). Vygotski quant à lui *« insiste sur le travail qui se fait du point de vue de l'objet (décentration du conçu par rapport au perçu) »* (Ibid., p. 40).

Cette différence de points de vues s'explique par les faits que Piaget utilise *« les schèmes, c'est-à-dire l'action, toujours orientée par un but que se donne le sujet »*, Vygotski pour sa part prend appui originellement sur les *« représentations, qui comportent toujours une part de social »* (Ibid., p. 40).

Les mouvements du développement se conjuguent pour atteindre à l'objectivité : *« tous deux indiquent un mouvement, l'un par rapport au corps propre, l'autre par rapport à la prégnance des objets empiriques »* (Ibid., p. 40).

Le développement et l'apprentissage forment un système dual *« L'apprentissage et le développement représentent non pas deux processus indépendants, mais un seul et même processus et qu'il existe entre eux des rapports complexes. »* (Vygotsky, 1985, p.112, cité dans Heshema, 2014).

Ce système dual est soumis à des tensions internes *« les relations entre apprentissages et développement sont dialectiques et d'une grande complexité »* (Pastré, 1994, p. 38).

L'unité bio-psycho-sociale que forment le sujet et le réel, prime.

*« Le développement (...) n'est pas le produit de la confrontation solitaire entre le sujet et le réel. Il est le résultat de rencontre de trois termes : le réel, le sujet, et la culture (...) il est donc en partie, historique et culturel : la part des médiations y est déterminante. Ces médiations incluent aussi bien (l'aide d'autrui (médiations au sens strict) que toutes les médiations instrumentales, et en premier lieu le langage »* (Pastré, 1994, p. 38).

Le recours à l'expérience-vécue est nécessaire pour la réalisation d'apprentissages.

L'apprentissage est « *une transformation d'habitude d'activité faisant l'objet d'une attribution de valeur par le sujet concerné et /ou par son environnement social* » (Barbier, 2011, p. 32).

Pour qu'un apprentissage puisse se réaliser chez l'apprenant l'aide d'un tiers est nécessaire Pastré apporte les précisions suivantes :

« *L'apprentissage demeure dépendant d'autrui, il s'opère par imitation intelligente, distincte de l'imitation mécanique, qui procède par essais et erreurs. Dans l'imitation intelligente, la solution est assimilée d'un coup, la courbe des erreurs tombe brusquement ; il y a restructuration du champ perceptif et la solution trouvée est durable : " L'imitation est la forme principale sous laquelle s'exerce l'influence de l'apprentissage sur le développement" » (Vygotski cité dans Pastré 1994, p. 38).*

Le développement d'un concept est un « *processus profondément personnel : un concept ne peut pas à proprement parler être transmis, il ne peut qu'être produit par le sujet, dans un acte de généralisation et de décontextualisation, même si, pour ce faire, le sujet reprend l'itinéraire frayé par d'autres* » (Pastré, 1994, p. 38).

## 2.192 L'expérience vécue, le schème d'action et le blinding

Le schème est en mesure d'incorporer « *l'expérience par intégration de l'histoire* » (Rabardel, Samurçay, 2006, p. 57).

Le schème se présente comme « *une organisation active de l'expérience vécue qui intègre le passé. C'est une structure qui a une histoire et se transforme au fur et à mesure qu'elle s'adapte à des situations et des données variées* » (Rabardel, & Samurçay, p. 56).

La construction de l'expérience vécue, son enrichissement s'effectue parce que « *L'expérience emprunte aux expériences antérieures et modifie la qualité des expériences ultérieures. L'expérience se présente alors comme un processus continu* » (Dewey cité dans Zeitler, & Barbier, 2012, p. 109).

Les concepts pragmatiques jouent un rôle de premier plan dans la préservation de la continuité des pratiques parce qu'implantés dans une « *communauté d'action (...) ils font partie des savoirs de référence ; ils "circulent" des "anciens" aux "nouveaux"* » (Samurçay, & Pastré, 1995 ; Rogalski, & Samurçay, 1994 ; Samurçay, 1995, cités dans Rogalski, 2004, p. 115).

Le schème de la narration est en mesure de piloter « *des séquences d'énoncés* » et ce, afin de construire dans une « *continuité expérientielle* » ce que « *l'on nomme "discours"* » (Auclin, 1998, para. 1.2) ce dernier est accompagné de mises en perspectives temporelles « *en arrière et en avant, i.e. ; concernant ce qui a déjà eu lieu, respectivement ce à quoi on peut – doit s'attendre* » (Ibid., para. 4).

Le schème participe et/ou conduit le blinding en couvrant la totalité du processus, de la phase d'élaboration perceptive le « *niveau fondamental du processus de blinding conceptuel* » jusqu'à celle de l'intégration expérientielle qui voit la constitution d'un « *contenu linguistique et de l'énonciation* » (Miranda, 2012, p. 184).

Des rapprochements s'opèrent entre la propriété de « *mixage (blend expérientiel* » (Auclin, 2001, p 3) et les activités « *langagières et symboliques (...) engendrées par des schèmes de dialogue et d'énonciation* » (Vergnaud, 2007, p. 10.) qui se manifestera ;

Lors, de la narration, lors du débriefing, les traces recueillies seront constituées par « *un mélange, particulier, de données conceptuelles-représentationnelles (...) et de données de nature perceptive (...) le mélange qui en résulte, intégrant percepts et constructions conceptuelles, consiste à son tour en une donnée expérientielle* » (Auclin, 2001, p 3).

Le schème d'action écologique dispose d'une propriété de mixage, parce étant « *une totalité dynamique fonctionnelle* » (Vergnaud, 2007, p.7), il est en mesure d'agréger des composants divers en son sein, qui deviendront « *peu dissociables les uns des autres* » (Vergnaud, 1998, p. 283) tels que les percepts (voire des affects) mobilisés par le schème sensitivomoteur (terme anciennement usité). Il est en mesure d'intégrer « *but, intention et désir* » (Vergnaud, 2007, p.17).

Par ailleurs, le schème a une capacité à gérer de « *manière entremêlées la suite des actions, des prise d'informations, et des contrôles nécessaires* » (Vergnaud, 2007, p.7).

Lors de l'entretien le schème d'action articule l'ancrage temporel liée aux expériences passées à celui du développement de la « *temporalité rythmique et organisée du discours* » (Bourassa cité dans Auclin, 1998, para. 4).

Le schème engendre des expériences-vécues, les remodèle, les agence.

Le schème manifeste comme une « *totalité dynamique fonctionnelle* » comme « *une unité identifiable de l'activité du sujet, qui correspond à un but identifiable, qui se déroule selon un certain décours temporel* » (Vergnaud, 1998, p. 283).

Par ailleurs, « *Le schème n'est pas un stéréotype* » (Ibid., p. 284) il induit en fonction des variables la situation des conduites différentes dans leurs décours temporels.

La fonctionnalité du schème est un complexe où toutes les parties sont engagées pour l'obtention de cette fonctionnalité (Vergnaud, 2007, p 7).

Le schème évolue en faisant appel à deux processus complémentaires qui ont pour vocation explicite de relier le schème à la situation, ce sont « *le processus d'assimilation des situations nouvelles ; le processus d'accommodation aux situations qui résistent à l'assimilation* » (Rabardel, & Samurçay, 2006, p. 57).

Le schème est formé

« *De plusieurs catégories d'éléments, tous indispensables : des buts et anticipations, des règles d'action, des possibilités d'inférence en situation, et des invariants opératoires. Les buts donnent aux schèmes leur fonctionnalité (...), les règles d'action constituent la partie générative du schème, celle qui engendre l'activité (...) la prise d'information et le contrôle (...), les invariants opératoires constituent la partie la plus proprement cognitive* » (Vergnaud, 1998, p.284) ou « *épistémique* » (Vergnaud, 2007, p. 7).

La dynamique inhérente à cette partie est sous l'égide des « *concepts-en-acte et des théorèmes-en-acte qui permettent de sélectionner et interpréter l'information pertinente et de la traiter* » (Vergnaud, 1998, p. 285).

Il se dégage de cette partie « *une fonction de conceptualisation et d'inférence* » (Vergnaud, 2007, p. 7) dont l'activation n'est pas contrainte à la mise en application

d'un « *modèle de type* » (Ibid., p. 7) mais plutôt dans le cadre d'un déroulé d'une action soumise à une forme d'incertitude dans la réalisation du but, ce sont des formes d'adaptations aux changements, à la « *nouveauté* » et à la « *diversité* » (Ibid., p. 20) qui sont convoquées.

Le schème d'action est « *une forme invariante d'organisation de l'activité et de la conduite pour une classe de situations déterminées* » (Vergnaud, 2007, p. 7), « *cette unité totalité qu'est le schème s'adresse à une classe de situations, laquelle peut être identifiée comme telle et caractérisée, au moins partiellement* » (Vergnaud, 1998, p. 283).

### 2.193 Le couplage schème d'action /situation vécue

Le mécanisme interactionnel patient-soignant est à la base de la prise d'expérience ou vécu, la phase initiale du processus expérientiel, qui à partir de cette « *base faite de matérialité* » se transformera par rectifications successives en une chose connue, une « *expérience cognitive (...) dans laquelle la chose pertinente est expérimentée comme connue, comme un objet de connaissance, et s'en trouve par là même transformée ou réorganisée* ». » (Dewey, 2012).

Ce processus d'expérientiation s'applique la situation qui est « *un environnement expérimenté. De l'environnement, elle possède toutes les caractéristiques, plus celle d'être expérimentée* » (Dewey, cité dans Mayen, 2012, p.63).

La situation vécue se caractérise comme un tout indifférencié « *d'une tonalité affective unique* » ce matériau de base deviendra progressivement une chose connue, à condition de séparer « *par un acte de prise de distance* », « *son unité qualitative* » des « *éléments analytiques* » dont nous avons besoin pour « *traiter un problème pratique* » ; de la situation vécue ou expérience originaire se détachera alors, « *l'objet de la connaissance* » (Honneth, 2007, cité dans Mayen, 2009, p.103).

La situation se trouve définie par la présence du schème qui l'anime, « *le couple schème situation est (...) le couple théorique fondamental pour penser l'apprentissage et l'expérience* » (Pastré, Mayen, & Vergnaud, 2006, p. 153).

Le schème permet « *de rendre compte de l'invariance et des régularités qui permettent à l'action en situation et d'y articuler des possibilités d'adaptation et de flexibilité face à la variabilité et la diversité entre les situations singulières qui constituent une même classe* » (Mayen, Metral, & Tourmen, 2010, p 34).

Le schème comme « *totalité dynamique fonctionnelle* » (Vergnaud, 1998, p. 283), disposerait de caractéristiques holistiques identiques à celles qui font que la situation vécue, est « *une unité indifférenciée d'une tonalité affective unique* » (Honneth, 2007, cité dans Mayen, 2009, p.103).

Les expériences-vécues mises en travail et rassemblées par les schèmes forment un substrat expérientiel à partir duquel, la construction de la situation professionnelle s'opère.

## 2.2 Le sujet

### 2.21 Le corps du sujet égocentré

C'est un « *assemblage-assemblé* » (Dagognet, 2008, p. 76), « *le vrai corps ne tolère ni les divisions, ni l'essaimage (...) avec le corps de l'homme, aux organes plus intégrés encore, cessent les reliquats (...) il bénéficie de la propriété d'inséparabilité. Il est muré en quelque sorte dans son identité (une hyper soudure)* » (Ibid., p 79). La relation des parties au tout et inversement est mise en avant comme une condition fondamentale pour l'existence du corps humain qui est au sens propre du terme une matière vivante (Ibid., p. 74).

Deux corps distincts sont assemblés en une seule corporité :

*« Nous devons prévoir l'existence dans le corps même de deux corps distincts. D'une part, on ne saurait nier le corps volumique tel que nous le voyons du dehors et tel que nous le connaissons avec ses larges territoires (...) d'autre part, ajoutons-y l'opérationnel (...) nous vivons avec ou sur deux corps. L'objectif et celui que nous ressentons, de même que nous l'actionnons »* (Ibid., p 96).

Le cerveau et le corps sont intimement liés, deux parties organiques enchevêtrées, entrelacées, le corps se situe « *dans le fonctionnement mental du cerveau* » (Damasio, 2010, p. 301) qui in fine constitue le substratum d'une subjectivité, l'émergence d'un sujet qui voit que « *son corps s'est étendu à son cerveau* » (Ibid., p. 301).

### 2.22 Le sujet égocentré et son système de représentations

Lors de leur évolution phylogénétique les organismes ont eu comme but essentiel celui de survivre. Le corps-cerveau de l'organisme, est muni d'une stratégie de préservation par le « *biais de représentations mentales* » ; un système lui permettant de se représenter « *de façon détaillée (...) constamment actualisée* » *son anatomie et sa physiologie* » (Ibid., p. 310).

Ces représentations sont dépendantes des « *interactions corps-cerveau réciproques* » (Ibid., p. 308) le cerveau se trouve alors dans l'obligation d'élaborer des « *représentations changeantes du corps* » parce que le corps lui-même soumet à des variations renvoie au cerveau des signaux neuraux, hormonaux qui vont modifier le processus d'élaboration à sa source.

Ainsi lorsque « *l'état du corps change de nouveau, l'image que vous vous en formez change également* » (Ibid., p. 308) et les :

*« Représentations fondamentales du corps en train d'agir constitueraient un cadre spatial et temporel, sur lequel les autres représentations pourraient s'appuyer. Ainsi la représentation que nous formons, à l'instant présent, d'un espace à trois dimensions serait élaborée (...) sur la base de l'anatomie du corps et des types de mouvements que nous pouvons effectuer dans l'environnement »* (Ibid., p. 316).

Les représentations fondamentales visent à établir en permanence l'élaboration de « *représentations de l'organisme reflétant sa perturbation par des stimuli provenant de*

*l'environnement physique et socioculturel, et son action sur cet environnement»* (Ibid., p. 305).

Les représentations fondamentales ont une double fonction ; fournir en temps réel une représentation de l'organisme dans ces états successifs et simultanément celle de représenter l'environnement « *le monde extérieur par le biais des modifications que celui-ci provoque dans le corps proprement dit* » (Ibid., p. 310).

À chaque fois que « *prend place une interaction entre l'organisme et l'environnement* » (Ibid., p.310) les modifications produites par cette interaction sur l'organisme conduisent à leur tour à une modification des représentations fondamentales :

*«La modalité extéroceptive (orientée vers le monde extérieur) du système somatosensoriel. Lorsque vous touchez un objet, deux séries de signaux émanent de votre peau. L'une concerne la forme et la texture de l'objet ; l'autre vous informe de la position sur le corps des sites cutanés stimulés par le contact avec l'objet, ainsi que des mouvements du bras et de la main»* (Ibid., p. 315).

## 2.23 Le milieu

La notion de milieu « *revêt une importance toute particulière (...) elle permet de distribuer un ensemble de démarches à partir de principes théoriques communs* ». (Charbonnier, Kreplak, 2012, para 9)

Elle déjoue « *la tendance à réifier les phénomènes étudiés et à cloisonner leur explication. La notion de milieu est un outil capable de ramener l'étude des processus humains, ou plus largement vivants, à l'ensemble des conditions qui participent de leur genèse, perpétuation et transformation continue* » (Ibid., para 9).

Le milieu renvoie à une inscription de l'homme « *dans un espace réflexivement défini par les comportements, représentations et activités* » aussi, le postulat d'une « *extériorité réciproque* » (Ibid., para 11) entre l'homme et son milieu est à écarter.

Le terme « *d'environnement* » (...) *rend compte de l'unité et de la solidarité qui caractérisent les relations entre un sujet et ce qui l'environne* » (Ibid., para 11).

Les milieux sont inclus, enchâssés dans leurs environnements :

*« Un environnement est à la fois naturel et culturel, tous les « milieux » peuvent faire l'objet d'une enquête (...) qui porte alors sur les modalités de perception, de connaissance et d'action au sein de cet environnement. L'inscription sensible, cognitive et pratique de l'homme dans son milieu fait l'objet d'une attention particulière »* (Ibid., para 13).

Sur le plan sociétal « *un milieu rassemble une gamme d'être associés qui, à travers les relations qu'ils entretiennent, co-définissent à la fois un domaine d'existence et les modalités singulières de cette existence* » (Ibid., para 16).

## 2.24 L'unité corps–cerveau du sujet, le schéma corporel, la perception

L'unité corps–cerveau comme centre de référence se projette en dehors, vers le milieu qui l'englobe. Il établit un maillage de capteurs et de signaux, et se réalise, au sein d'une unité nouvelle plus étendue comprenant le [corps–cerveau et le milieu associée].

Un système plus vaste englobe le Corps Cerveau et son Milieu Associé que nous formalisons sous le sigle de C.C.M.A.

Au sein du C.C.M.A. se situent les objets, ils génèrent des flux d'interactions qui renforcent le maillage du C.C.M.A.

Les interactions entre le C.C.M.A. du sujet écologique et les objets sont régies par un système relevant de la théorie de l'activité, les activités du sujet écologique sont « *orientées par un mobile, objet matériel(s) ou idéal(s) satisfaisant un besoin* » (Venturini, 2012, p. 129).

L'objet est le déclencheur de l'activité ; « *l'objet est matière première résistante et le but tourné vers l'avenir d'une activité. L'objet est le véritable transporteur du motif de l'activité* » (Engeström, 2010, p. 5).

Le corps dans sa capacité de projection vers l'espace environnant est une action primordiale ;

« *Mais justement parce qu'il peut se fermer au monde, mon corps est aussi ce qui m'ouvre au monde et m'y met en situation. Le mouvement de l'exister ce vers autrui, vers l'avenir, vers le monde peut reprendre* » (Merleau-Ponty, 1945, p. 203).

L'espace ne doit pas être appréhendé de manière externe au sujet mais dans sa fonction existentielle de nature perspectiviste, dans une visée intentionnelle, qui prend en point de mire un « *objet-horizon* » (Ibid., p. 96).

Le corps en tant qu'espace corporel, est le véhicule de l'être. Le corps a un pouvoir d'accessibilité au monde, il dispose d'une dynamique se dévoilant dans l'espace avec des variations tout en gardant un noyau fait d'invariances. Ces manifestations de variabilité et d'invariance motrices sont regroupées dans une instance régulatrice, le schéma corporel.

Ce schéma corporel « *n'est pas seulement une expérience de mon corps, mais encore une expérience de mon corps dans le monde, et que c'est lui qui donne un sens moteur aux consignes verbales* » (Ibid., p. 176).

L'action motrice est mêlée à la perception. Le sujet a besoin d'informations pour agir en direction d'un but, il anticipe la manière de l'atteindre. La perception reliée étroitement à l'action ajuste le mouvement, le geste.

La perception est à la fois préfigurée par l'action et concomitamment elle interfère sur l'action qui la sert. Le sujet écologique en tant que C.C.M.A., dirige son activité vers un objet, perçu comme « *à-venir qui fait sens* » (Rosenthal, 2004, p. 2).

La perception est orientée vers l'autoévaluation de son propre état de santé, c'est une « *appréciation globale* » qui intègre « *ses connaissances et son expérience de la santé ou de la maladie, donc des aspects objectifs et subjectifs de la santé* » (Levasseur, 2001, p. 259).

Le sujet ou C.C.M.A., selon un langage qui lui sera propre se donne à voir par l'entremise de la perception, par un comme « *on est parlé* » (Bourdieu, 1977, p. 51) qui se situe au-delà des mots.

La perception conjoint deux origines, « *elle se fait là-bas dans le monde et elle se fait en moi* » (Barbaras, 2009, p. 8). La perception comme intellection examine l'objet et en appréhende une signification (Ibid., p. 30).

La perception donne accès à un « *mode de penser concret* » (© 2012 – CNRT) qui entre en tension avec « *mode de penser abstrait ou conceptuel* » (© 2012 – CNRT).

La perception est irréductiblement liée au percevant, elle caractérise la valuation.

L'évaluation comme mode d'intellection s'en détache par le fait que, « *la chose qu'on évalue est une quantité donnée, à laquelle rien ne peut être changé. (...) L'autre terme de la comparaison est variable dans sa quantité, parce que l'évaluation peut être portée plus ou moins haut* » (© 2012 – CNRT). (Cf. expérience-vécue).

## 2.25 Le milieu comme cadre de développement du sujet, les genèses

Au cours de ce processus « *la réalité externe (...) nous parviendrait par le biais de la représentation des perturbations qu'elle subit lorsque le corps agit* » (Damasio, p. 316), deux séries de signaux s'imbriquent donnant lieu à une structure représentationnelle unique incluant le corps et l'objet autre dans leurs « *rappports de signalisation* » (Leontiev, 1976 [1972], p. 202).

Lors du processus « *de réception tactile* » (Ibid., p. 212) il se produit :

Une « *prise de moulage de l'objet* » (...) *ce n'est pas la main qui palpe, en contact avec l'objet, qui reproduit son contour, mais le mouvement de la main. Dès lors il est évident que plus le mouvement est isomorphe à l'objet, plus le reflet de sa forme est parfait, et plus est grande la précision avec laquelle une forme donnée peut être distinguée d'une autre (...)* » (Ibid., p. 212).

Le mouvement englobe le sujet écologique et l'objet dans un déplacement corps-objet, ce dernier reproduit «*par sa dynamique, la propriété de l'objet à refléter, par sa dimension et sa forme* » (Ibid., p. 212).

L'activité du sujet écologique, se manifeste ; par une « *activité extérieure* » à laquelle répondra une « *activité intérieure* » et réciproquement, « *l'activité extérieure et l'activité intérieure ont une structure commune (...) ainsi l'activité intérieure, tout en émanant de l'activité pratique extérieure, ni ne s'en sépare ni ne se situe au-dessus d'elle, mais conserve un lien fondamental et de réciprocité avec elle* » (Leontiev, 1984 [1975], p. 111).

Les milieux doivent être conçus non seulement comme « *le cadre du développement, mais la source du développement* » du sujet (Vygotsky cité dans Rochex, 1997, p. 141). Ils sont nécessaires au déclenchement et au déploiement des genèses qualifiées ; d'instrumentale, de conceptuelle, d'identitaire et de professionnelle (Olry & Vidal-Gomel, 2011, p. 132).

## 2.26 Le sujet "écologique" et son milieu associé

Le stade final de l'évolution de l'individu technique dans ses rapports avec la nature est la création d'un milieu associé il est « *à la fois technique et naturel (...) ce par quoi l'être technique se conditionne lui-même dans son fonctionnement* » le milieu associé est un assemblage « *il est un certain régime des éléments naturels entourant l'être*

*technique, lié à un certain régime des éléments constituant l'être technique » (Simondon, 2012, p. 70).*

Le milieu associé à une fonction de mise en liaison, il est « *médiateur de la relation entre les éléments techniques fabriqués et les éléments naturels au sein desquels fonctionne l'être technique* » (Ibid., p. 70).

Le milieu associé répond aux besoins de fonctionnement de l'être devenu individu technique. Il ne peut y avoir d'individu technique sans la coprésence d'un milieu qui lui est associé « *nous dirons qu'il y a individu technique lorsque le milieu associé existe comme condition sine qua non de fonctionnement* » (Ibid., p. 75).

L'individu technique et le milieu associé entretiennent des relations d'interdépendances :

*« Cette individualisation est possible par la récurrence de causalité dans un milieu que l'être technique crée autour de lui-même et qui, le conditionne comme il est conditionné par lui » (Ibid., p. 70).*

Le milieu associé « *joue un rôle d'information ; il est le siège des autorégulations, le véhicule de l'information ou de l'énergie* » (Ibid., p. 73), il permet d'articuler les différences.

Le milieu associé se rapproche de la conception que Dewey se fait de la culture et de la société qu'il voit « *à travers un prisme "écologique"* » (Bidet, Quéré, & Truc, 2011, p. 7), le milieu associé et le corps-cerveau ou milieu interne forment ensemble « *l'organisme et son environnement, l'un et l'autre opérant de concert* » (Ibid., p. 7).

Cette approche souligne que :

*« Un organisme ne vit pas dans un environnement ; il vit par le moyen de l'environnement. (...) Les processus vitaux sont produits [enacted] par l'environnement aussi bien que par l'organisme ; car ils sont en intégration (...). L'intégration est plus fondamentale que ne l'est la distinction désignée par l'interaction de l'organisme et de l'environnement » (Dewey cité dans Bidet, Quéré, & Truc, 2011, p.7).*

## 2.27 Les modifications de l'écosystème et la notion de trajectoire

Des myriades de relations se nouent au sein du milieu entre les êtres vivants et le monde inanimé, au fil de l'avancée des sciences de la nature, la notion d'écosystème est apparue.

*Le milieu « n'est plus considéré comme un simple système relativement homogène, dans lequel un équilibre particulier s'établit dans des réseaux biologiques spécifiques, mais bien plutôt comme un système dans lequel il se crée une véritable interdépendance entre le monde vivant et le support physique » (Dury, 1999, p. 488).*

L'écosystème est traversé par des dynamiques qui le transforment et qui vont aboutir dans le pire des cas à sa dégradation, parce qu'un « *seuil d'irréversibilité* » (Le Floc'h, & Aronson, 1995, p. 31), s'est trouvé dépassé.

Une opération de réhabilitation est menée le cas échéant, afin de lui « *permettre de retrouver ses fonctions essentielles (y compris la productivité) grâce à une intervention forte mais limitée dans le temps (“démarrage force”)* » (Ibid., p. 32).

La restauration et la réhabilitation « *ont comme objectif commun de rétablir des écosystèmes autonomes (et “durables” si une exploitation quelconque est maintenue)* » (Ibid., p. 32).

De multiples voies sont possibles pour “réparer” un écosystème (restauration, réhabilitation, réaffectation) (Ibid., pp. 30-32) et ce, en fonction des seuils de dégradation, le but recherché est de revenir à une norme afin de « *décrire la cible et donc évaluer le succès relatif d’une opération de restauration, de réhabilitation ou de gestion raisonnée. Cette norme, nous la dénommons “écosystème de référence”* » (Aronson et al. cités dans, Le Floc’h, & Aronson, 1995, p. 30).

Ces dynamiques qui animent l’écosystème ont été reformulées, réinterprétées sous la dénomination de trajectoire :

*« On préfère aujourd’hui interpréter tout système écologique (géologique, géographique, etc.), quelle que soit l’échelle retenue, comme étant un système dynamique, complexe, parfois chaotique (...). Il nous paraît, dès lors, préférable d’employer le terme neutre de “trajectoire” afin d’éviter de laisser croire à la possibilité illusoire de parvenir à un état parfaitement stable et ne nécessitant plus aucune gestion »* (Nicolis cité dans Le Floc’h, & Aronson, 1995, p. 30).

## 2.3 L'objet du soin

*« Nous admirons ces faux, ces corbeilles, ces cruches, ces charrues qui épousaient les formes du corps, de l'effort et de la matière qu'ils transformaient, mais la splendeur de cette relation de conformité, demeure subordonnée à la contrainte relationnelle. L'homme n'est pas libre de ses objets, les objets ne sont pas libres de l'homme » (Baudrillard, 1968, p. 67)*

### 2.31 Introduction

L'objet du soin dispose de caractéristiques en rapport avec l'objet frontière ou intermédiaire (Grenier, 2004), l'objet social (Quéré, 2006), l'objet de travail composite (Mayen, 2007), l'objet source de l'activité (Engeström, 2010), l'objet porteur d'une dimension culturelle (Albero, 2010), l'objet créateur d'espaces interactionnels (Rothier-Bautzer, 1998), et l'objet descripteur d'un fonctionnement du handicap et de la santé (Delcey, 2002).

L'objet du soin dispose de multiples dimensions relationnelles.

### 2.32 L'objet frontière ou intermédiaire

L'objet du soin peut s'apparenter à un Objet Frontière (OF) *« une entité physique qui relie les acteurs entre eux »* (Vinck, cité dans Grenier 2004, p. 7), à un Objet Intermédiaire (OI)

*« Un instrument, un outil qui permet de stabiliser les représentations, les connaissances et les relations (...) permettant aux individus de dialoguer entre eux autour de cet objet. L'OI est un support et un facilitateur de la coordination entre acteurs impliqués dans un processus complexe dont la finalité et l'issue sont souvent incertaines »* (Grenier, 2004, p. 8).

### 2.33 L'objet social

L'objet social s'affirme par l'*« interdépendance »* (Quéré, 2006, p. 16) de ses composants, fonctionnellement il se présente comme :

*Un « couple de partenaire » selon une structure de type « dyadique »* (Ibid., p. 15) ;  
*Une « coordination » qui « est totalement à la charge des agents »* ces derniers *« prennent appui sur différents repères communs »* pour produire une *« distribution de l'action »* (Ibid., p. 15)

L'objet social se rapporte à *« des choses physiques, voire des outils ou des moyens »* ; ils *« sont vus et sentis »*, les *« choses physiques sont des choses sociales, car leurs réactions ou réponses, sont des réactions sociales »* Ibid., p. 16).

C'est *« parce que le corps et les choses sont physiques, donc des foyers de pression et de résistance, que l'organisme peut identifier la pression des choses et leur résistance à son propre effort, et prendre le rôle de l'objet pour déterminer sa propre réponse »* (Ibid., p. 16).

## 2.34 L'objet et l'activité

Il suscite, provoque une activité ; qui se décline en actions/opérations, répondant au troisième principe de la théorie de l'activité (Léontiev cité dans Venturini, 2012, p. 129).

L'objet est consubstantiel à l'activité, sans objet il ne peut y avoir d'activité.

*« Le concept d'objet (Gegenstand) est déjà implicitement contenu dans la notion même d'activité. L'expression "activité sans objet" est dépourvue de toute signification. (...) L'objet de l'activité est double : d'abord, dans son existence indépendante comme se subordonnant à lui-même et transformant l'activité du sujet ; deuxièmement, comme une image de l'objet, en tant que produit des propriétés du réfléchissement psychologique qui est réalisé lors de l'activité du sujet » (Léontiev cité dans Engeström, 2010, p. 5).*

L'objet à transformer serait à considérer comme un "objet-source d'activité" *« l'objet est matière première résistante et le but tourné vers l'avenir d'une activité. L'objet est le véritable transporteur du motif de l'activité » (Engeström, 2010, p. 5).*

La troisième génération de la théorie de l'activité s'attache à décrire l'existence générique *« d'un système d'activité collective, médié par l'artefact, orienté vers l'objet au sein de réseaux, et en relation avec d'autres systèmes d'activités » (Owen, 2008, p. 4).*

## 2.35 L'objet de travail composite

Il se compose d'un *« objet d'intervention »* doublé d'un *« objet de service »*, (Mayen, 2007, p. 60), ces parties sont intimement liés.

L'objet de travail composite est un assemblage de propriétés *« techniques »* (Ibid., p. 60) que l'on peut caractériser comme *« objectives »* (Ibid., p. 60) et de propriétés liées à la relation que l'utilisateur entretient avec l'objet, dans sa vie et au sein de la *« relation de service elle-même »* (Ibid., p. 60).

Comme objet de service, vu sous l'angle d'un traitement médical, le patient tire des bénéfices que lui procurent les soins afin de recouvrer sa santé ; le stagiaire prodigue des soins pour répondre au besoin du patient.

Pour ce faire, une relation de soins doit s'instaurer, au cours de laquelle un *« état de confiance de la relation »* se construit (Ibid., p. 5).

## 2.36 L'objet et la dimension culturelle

L'analyse *« culturelle »* de l'objet (Albero, 2010, p. 2) met en avant les rapports qu'entretiennent l'objet et le corps lors d'un *« cycle opératoire »* (Leroi-Gourhan cité dans Albero, 2010, p. 3) au travers duquel les gestes, l'outil et un système de représentations attenantes se mêleront (Leroi-Gourhan, Haudricourt, cités dans Albero, 2010, p. 3), mettant au jour des modes d'activité et des fonctions de l'objet jusqu'à lors ignorés (Albero, 2010, p. 2).

### 2.37 L'objet du soin et les espaces interactionnels

Dans les espaces interactionnels des situations, l'objet sera un lieu d'échanges situés qui rallie à lui les gestes, les outils, les schèmes et les représentations des acteurs.

Les objets sont des médiateurs qui insérés au sein de l'espace interactionnel permettront de rendre compte de cet espace et de l'activité qui s'y déploie et de l'individu qui y œuvre, les objets sont en mesure de nous montrer en tant que signe ce qui se déroule au sein de la situation (Rothier-Bautzer, 1998, pp. 83-85).

Les objets manipulés par le tutoré engendrent chez lui, un « *apprentissage de la distanciation* » (Rothier-Bautzer, 1998, pp. 86-87). Le surgissement de l'objet comme élément perturbateur, sa mise en travail par l'intermédiaire de l'outil, conduisent le tutoré et le tuteur à adapter la configuration de la situation et l'activité qui s'y déploie afin qu'elles se poursuivent.

L'objet du soin est la concrétisation d'un motif commun ou besoin pragmatique partagé (Vinatier, Pastré, 2007, p. 96) ex., une douleur et la recherche de sa diminution ou antalgie. L'objet du soin issu de l'incarnation du patient est le catalyseur initial de l'espace interactionnel qui se met en place lors des séances de rééducation ou de soins infirmiers, un espace qui relie le stagiaire au patient.

### 2.38 L'objet du soin et le fonctionnement du handicap et de la santé chez le patient

L'objet du soin en lien avec l'état de santé du patient, mobilisé au sein du service de médecine physique et de réadaptation est contraint par le modèle réadaptatif. Ce dernier produit les caractéristiques de l'objet du soin, elles sont liées à un fonctionnement du handicap et de la santé.

La classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIH-2) dont « *le but ultime (...) est de proposer un langage uniformisé et normalisé ainsi qu'un cadre de travail pour la description des états de santé* » (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2000, p. 1).

Il existe deux classifications internationales de l'OMS concernant les états de santé :

*« Dans les classifications internationales de l'OMS, les états de santé sont classés essentiellement en fonction de la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies (...), qui fournit un cadre étiologique. Le fonctionnement et les handicaps associés aux états de santé sont classés dans la CIH-2. La CIM-10 et la CIH-2 sont par conséquent complémentaires (...) la CIM-10 permet de poser un diagnostic des maladies (...) cette information est enrichie par les informations supplémentaires apportées par la CIH-2 sur le fonctionnement »* (Ibid., p. 2).

La CIH-2 quant à elle, utilise les notions de fonctionnement, de handicap et de facteurs environnementaux

Un quatrième concept est décrit par la CIH-2, celui de facteurs personnels, néanmoins ce dernier concept n'est pas pris en compte. Les facteurs personnels ne sont pas « *intégrés à la CIH-2 en raison des importantes variations sociales et culturelles qui leur sont associées* » (Ibid., p. 6)

Le fonctionnement « se rapporte à toutes les fonctions organiques, aux activités de la personne et à la participation au sein de la société » (Ibid., p. 2).

Le handicap, il sert à désigner sous un terme générique «les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation» (Ibid., p. 2).

Les facteurs environnementaux, ils se rapportent à « l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie » (Ibid., pp.135-136).

Ces concepts donnent lieu à plusieurs descriptions.

La première est dénommée « *composante Organisme* » (Ibid., p. 5), elle conduit à l'établissement de deux classifications :

- > Les « *fonctions des systèmes organiques* » (Ibid., p. 5)
- > Les « *structures anatomiques* » (Ibid., p. 5)

La seconde catégorie descriptive est intitulée « *composante Activités et participation* » (Ibid., p.6), qui couvre :

« *La gamme des domaines définissant les aspects du fonctionnement, tant du point de vue de la personne en tant qu'individu que du point de vue de la personne en tant qu'être social* » (Ibid., p. 5).

Une troisième classification dénommée « *liste de facteurs environnementaux* » (Ibid., p. 6) décrit les impacts causés par les facteurs environnementaux sur les deux composantes précédentes.

Le facteur environnemental provoque des effets sur « *la vie des personnes ayant des problèmes de santé* » (Ibid., p. 135), il est valué comme un facilitateur ou un obstacle.

## 2.39 L'objet du soin son potentiel relationnel

L'objet de soin dispose de potentialités relationnelles avec la situation dans laquelle il est inséré (Cf. Tableau 1).

**Tableau 1 : Le potentiel relationnel de l'objet du soin**

L'objet du soin		
Les fonctions relationnelles	Les marqueurs associés	Les effets attendus
L'objet frontière ou intermédiaire et l'objet social Activateur de médiations	Une structure de type dyadique : La présence du binôme stagiaire patient	L'établissement d'un travail collectif
	Une coordination et une distribution de l'action	
	La résistance de l'objet lors de sa manipulation	L'induction d'un effort chez les acteurs
L'objet de travail composite Assembleur de propriétés techniques avec une relation de service	L'objet d'intervention : L'existence de technicités cliniques et thérapeutiques	La transformation des entités porteuses de morbidité potentielle ou avérée
	L'objet de service : L'existence de propriétés de relation que le patient et le stagiaire entretiennent	La construction d'un état de confiance de la relation
L'objet et l'activité Agenceur de systèmes d'activités	Le transport d'un motif de l'activité pour le stagiaire et le patient	La concrétisation d'un besoin pragmatique partagé, conduisant à l'activation d'un système d'activité collective
L'objet et la dimension culturelle Déclencheur de cycles opératoires	L'existence de cycles opératoires	Les gestes, l'outil et un système de représentations attenantes
L'objet du soin et les espaces interactionnels Créateur d'espaces interactionnels au sein des situations	L'organisation des relations entre les acteurs à partir de l'objet du soin lors de sa transformation	La création d'un espace interactionnel au sein de la situation professionnelle et de la situation d'enquête-exploration
L'objet du soin et le fonctionnement du handicap et de la santé chez le patient Descripteur d'une situation de handicap	La base d'orientation du cycle d'expérimentation du schème d'action	L'évolution des systèmes organiques et des structures anatomiques
		L'évolution des activités et de la participation
		L'implication des facteurs environnementaux sur les systèmes organiques, les structures anatomiques et les activités et la participation

Quelques-unes des fonctions relationnelles de l'objet du soin sont mises au premier-plan dans la partie résultats.

L'objet du soin comme un agenceur de systèmes d'activités et un créateur d'espace interactionnel stagiaire patient, participe au déploiement de "l'horizon de l'objet du soin" et à l'instauration d'un Objet Clinique à Partager (O.C.P.).

L'objet du soin comme un marqueur de la base d'orientation du cycle d'expérimentation du schème d'action, participe au déploiement de "l'horizon des soins".

## 2.4 La clinique

### 2.41 Les champs d'expériences cliniques

Les champs d'expériences cliniques présentent des contenus actionnels temporalisés et rationalisés comme l'anamnèse écrite qui « *rassemble tous les faits significatifs de la vie du malade* » (Isselbacher, Braunwald, Wilson, Martin, Fauci, Kasper, 1995, p. 2) et dans ce contexte d'enquête « *l'histoire est rapportée dans l'ordre chronologique (...) les événements récents* » (Ibid., p. 2) font l'objet d'une « *grande attention* » (Ibid., p. 2).

L'approche clinique par l'anamnèse écrite se déploie par ailleurs selon une logique thématique où les problèmes « *dominants cliniquement* » sont « *exprimés en premier* » (Ibid., p.2).

L'exploration des champs d'expériences cliniques par le médecin, le soignant a comme objectif la « *compréhension des symptômes chez le malade* » (Ibid., p. 2).

L'anamnèse édifiante comme moyen d'enquête par l'écoute du malade permet d'analyser la « *façon dont il parle de ses symptômes* » (Ibid., p. 2), les indices comme l'« *inflexion de la voix* », l'« *expression faciale* », l'« *attitude peuvent être des clés pour la compréhension des symptômes* » (Ibid., p. 2).

En convoquant les champs d'expériences cliniques, en « *écoutant l'anamnèse, le médecin* » le soignant « *découvre non seulement quelque chose sur la maladie, mais aussi sur le malade* » (Ibid., p. 2).

Les champs d'expériences cliniques voient les soignants se confronter avec la morbidité. Elle se définit comme un « *état de maladie. Somme des maladies qui ont frappé un individu ou un groupe d'individus dans un temps donné* » (Garnier, Delamare, & Delamare, 1998, p. 535).

L'effet de la maladie provoque une lésion « *changement appréciable (...) dans les caractères anatomiques et histologiques d'un organe, sous l'influence d'une cause morbide. La lésion est donc l'effet de la maladie ; elle tient sous sa dépendance un certain nombre de symptômes* » (Ibid., p. 472).

Le symptôme étant un « *phénomène particulier que provoque dans l'organisme l'état de maladie. Découverts par le médecin (s. objectifs) ou signalés par le patient (s. subjectifs), les symptômes permettent d'établir le diagnostic* » (Ibid., p. 779).

Il faut percevoir le fait morbide de l'intérieur « *avec le yeux du malade lui-même. La vérité (...) n'est pas de l'ordre de l'objectivité mais de l'intersubjectivité* » (Foucault, 2008, p.54).

La démarche doit conduire à :

« *restituer à la fois l'expérience que le malade a de sa maladie (la manière dont il se vit comme individu malade, ou anormal, ou souffrant), et l'univers morbide sur lequel s'ouvre cette conscience de la maladie, le monde qu'elle vise et qu'en même temps elle constitue* ». (Foucault, 2008, pp. 55-56).

## 2.42 La maladie

La maladie « efface, mais elle souligne ; elle abolit d'un côté, mais c'est pour exalter de l'autre ; l'essence de la maladie n'est pas seulement dans le vide qu'elle creuse, mais aussi dans la plénitude positive des activités de remplacement qui viennent la combler » (Ibid., p. 21), elle s'inscrit en regard de l'évolution biologique de l'organisme et du sujet individuel.

### 2.421 La conception venue de l'antiquité : la médecine égyptienne

La maladie s'introduit, telle une entité externe dans le corps du sujet et prend alors, la forme d'une intrusion.

- > La médecine égyptienne voit dans la maladie une forme ontologique du mal « en la composant avec l'idée de maladie possession » (Canguilhem, 2005, p. 11).

L'idée centrale d'un mal qui entre et qui sort du corps de l'homme s'exprime par cette formule « ce que l'homme a perdu peut lui être restitué, ce qui est entré en lui peut en sortir » (Ibid., p. 11).

Cette conception de la maladie se retrouve dans les avancées pastoriennes de la médecine :

« Sans vouloir attenter à la majesté des dogmes pastoriens, on peut bien dire que la théorie microbienne des maladies contagieuses a dû certainement une part non négligeable de son succès à ce qu'elle contient de représentation ontologique du mal » (Ibid., p. 12).

Le repérage du dysfonctionnement organique répond à l'emploi d'échelles d'identification idoines « des signes spontanés ou provoqués apparaissant à l'échelle de l'organisme ou de l'organe » (Canguilhem, 2002, p. 39).

### 2.422 La conception venue de l'antiquité : la médecine grecque

La médecine grecque qui présente la maladie comme une rupture d'équilibre et d'harmonie de l'être humain par rapport au monde qui l'entoure.

La vision globale de l'individu en interaction avec son environnement, voit la nature traverser l'homme, les réactions de ce dernier peuvent entraîner la maladie « la nature (physis), en l'homme comme hors de lui, est harmonie et équilibre le trouble de cet équilibre, de cette harmonie, c'est la maladie » (Canguilhem, 2005, p. 12).

La maladie s'exprime de manière globale dans l'enveloppe charnelle « dans ce cas, la maladie n'est pas quelque part dans l'homme. Elle est en tout l'homme et elle est tout entière de lui. Les circonstances extérieures sont des occasions mais non des causes » (Ibid., p. 12).

La sagesse antique propose une conception « non plus ontologique mais dynamique de la maladie, non plus localisationniste mais totalisante » (Ibid., p. 12).

La relation qu'entretient le malade avec le milieu est capitale pour concevoir ce qu'est la maladie :

*« La maladie concernerait (...) la situation globale de » cet « individu dans le monde ; au lieu d'être une essence physiologique ou psychologique elle est une réaction générale de l'individu pris dans sa totalité physiologique et psychologique » (Goldstein cité dans Canguilhem, 2005, p. 121).*

#### 2.43 La conscience de la maladie ou de la lésion

Sur le plan des troubles psychologiques un premier principe est énoncé ; quel que soit l'importance de l'altération de la personnalité le malade garde néanmoins une conscience de la maladie et d'un monde qu'il a connu comme normal.

C'est la perception deux mondes juxtaposés, le premier, celui de la réalité ordinaire de monsieur tout le monde, le second, tout à fait personnel, *« qui a pour le malade bien des signes de l'objectivité : il est promu et hanté par des forces extérieures que leur mystère fait échapper à toute investigation » (Foucault, 2008, p. 58).*

Dans le cadre de la médecine physique et de réadaptation, les patients cérébrolésés, peuvent présenter des troubles complexes associant *«une conscience diminuée à cause des troubles cognitifs, des réactions psychologiques et de déni et une incapacité spécifique à reconnaître les handicaps liée directement à la lésion» (Giacino cité dans Oppenheim-Gluckman, Fayol, De Collasson, Dumond, & Azouvi, 2003, p. 42).*

Ces troubles entraînent chez ces patients une inadéquation, entre leurs désirs de faire et leur capacité de réalisation parfois très amoindries.

#### 2.431 La perception du temps

Elle est altérée, elle subit de nombreuses déformations chez les personnes atteintes de maladie mentales tel que l'absence d'*«ouverture sur le passé et l'avenir» (Minkowski cité dans Foucault, 2008, p. 62).*

La temporalité *« ne se projette plus ni ne s'écoule ; et le seul avenir qui s'ouvre ne peut contenir comme promesse, que l'écrasement du présent par la masse sans cesse appesantie du passé » (Ibid., p. 62).*

Dans le cadre de la médecine physique et de réadaptation, les patients souffrants d'escarres et qui récidivent, voient leur temps en quelque sorte s'arrêter pour eux au moment de la lésion initiale.

L'absence de projection vers un futur se caractérise par des comportements répétitifs délétères dans la durée, les repères temporels sont comme abolis ce qui fait obstacle entre autres, à l'ancrage de pratiques éducatives du soin.

#### 2.432 La perception de la relation du corps avec l'espace du monde environnant

Une détérioration globalisante et protéiforme de l'environnement spatial se produit, elle cohabite avec le monde normal.

La relation du corps à l'espace chez le malade, devient opaque, les perspectives ne s'articulent plus les unes aux autres, une interpénétration des objets et des mondes (le normal et le pathologique) se produit, *« "l'espace clair" s'estompe dans "l'espace obscur", celui de la peur de la nuit, ou plutôt ils se mêlent dans l'univers morbide, au lieu de se répartir, comme ils le font dans le monde normal » (Foucault, 2008, p. 63).*

L'expérience de son propre corps s'en trouve amoindrie, elle devient une source d'incertitude pour la personne.

#### 2.44 La guérison

La situation professionnelle liée aux soins voit le patient et le stagiaire se diriger vers un but idéal, celui de la guérison.

##### 2.441 Imiter la Nature

La conception de la thérapeutique trouve son principe dans l'imitation « *l'action médicale naturelle (vis medicatrix naturae). Imiter c'est non seulement copier une apparence, c'est mimer une tendance, prolonger un mouvement intime* » (Canguilhem, 2002, p. 18). Dans ce cadre où la nature joue le premier rôle l'écouter revêt une importance capitale.

*« L'art médical doit observer, écouter la nature. Ici, observer et entendre, c'est obéir. Galien, qui a attribué à Hippocrate les concepts dont on peut seulement dire qu'ils sont hippocratiques, les a repris à son compte, et à enseigner, lui aussi, que la nature est la première conservatrice de la santé, parce qu'elle est la première formatrice »* (Ibid., p. 18).

L'action thérapeutique vis-à-vis de l'organisme est d'autant plus efficace qu'elle cherche « *d'abord à tolérer et au besoin renforcer ces réactions hédoniques et thérapeutiques spontanées* » (Canguilhem, 2005, p. 12).

Cette école de pensée a vu éclore une médecine naturiste qui met en avant une thèse fondamentale celle du pouvoir curatif de la nature au sein de laquelle l'homme est son propre thérapeute.

La médecine doit de tolérer :

*« Que pour les malades, la confiance dans le pouvoir de la nature puisse affecter la forme de la pensée mythique. Mythe d'origine, mythe de l'antériorité de la vie sur la culture. (...) Jusqu'à nouvel ordre, l'ordre biologique est primordiale relativement à l'ordre technologique »* (Canguilhem, 2002, p. 31).

##### 2.442 Une médecine à visée psychosomatique

Une conception psychosomatique de la médecine voit le jour :

*« C'est un psychanalyste hétérodoxe, Georg Groddeck, qui a élaboré les premiers concepts de ce qu'on devait appeler la médecine psychosomatique, en développant l'enseignement naturiste de Schweninger, médecin personnel de Bismarck ».* (Ibid., p. 31).

##### 2.443 La prise de conscience de ce qu'est la guérison

Elle s'appuie sur deux représentations

La première comporte :

*« Un équivalent de ce que Freud a nommé « épreuve de réalité ». Cette pédagogie devrait tendre à obtenir la reconnaissance par le sujet de ce fait qu'aucune institution, présentes ou à venir, ne lui assureront l'intégrité garantie de ses*

*pouvoirs de relation aux hommes et aux choses. Parce que la santé n'est pas une constante de satisfaction (...) la santé d'après la guérison n'est pas la santé antérieure» (Ibid., p. 31).*

La suivante met en exergue l'évolution somato-psychique du malade qui le conduit vers la guérison :

*« La conscience lucide du fait que guérir n'est pas revenir, aide le malade dans sa recherche d'un état de moindre renonciation possible, en le libérant de la fixation à l'état antérieur » (Ibid., p. 31).*

## 2.45 Le handicap

La situation professionnelle voit le patient et le stagiaire confrontés à des conditions frénatrices dans l'exécution des soins, celles qu'impose le handicap.

### 2.451 Le concept handicap

Il a été remanié fortement dans les années 80, par l'OMS par la mise au point de la classification internationale des handicaps. Le handicap a été *« considérer le handicap comme la conséquence d'une maladie (ou d'un accident) au lieu de l'assimiler à sa cause; »* (Delcey, 2002, p. 4).

Cette avancée conceptuelle a écarté un vocabulaire qui provoquait une stigmatisation de la personne :

*« aliénés, accidentés de la vie, anormaux, arriérés, bancals, boiteux, bossus, chroniques, débiles, déficients, désavantagés sociaux, déviants, difformes, diminués, estropiés, handicapés, idiots, impotents, inadaptés, incurables, infirmes, incapables, invalides, inutiles au monde, malformés, mutilés, paralysés, paralytiques, personnes à mobilité réduite, personnes ayant des besoins spécifiques (with special needs), personnes dépendantes, personnes exceptionnelles (terminologie canadienne), (...) tarés, etc. » (Ibid., p. 3).*

C'est de l'atteinte du corps que découle la notion de handicap, un corps employé pour réaliser les activités de la vie courante ;

*« La CIH « décrit » ainsi le handicap, à travers l'atteinte du corps, bien sûr (« déficiences »), mais aussi les difficultés ou impossibilités à réaliser les activités de la vie courante qui découlent de ces déficiences (« incapacités ») et les problèmes sociaux qui en résultent (« désavantages »). Ainsi le handicap est-il décomposé et décrit par ses différents éléments constitutifs : déficience(s), incapacité(s) et désavantage(s). L'ensemble représente les « conséquences des maladies » qui sont, elles, répertoriées dans la très ancienne Classification Internationale des Maladies (CIM) ». (Delcey, 2002, p. 4).*

Une autre conceptualisation s'effectue par une approche médical du handicap, par la Classification Internationale des Fonctionnalités (CIF) *« le handicap apparaissant comme une conséquence d'une maladie ou d'un traumatisme »* (Hesbeen, 2012, p. 38).

### 2.452 Le handicap pourvoyeur d'inégalités

Il se déploie selon trois champs d'expériences *« le niveau lésionnel (les déficiences), le niveau fonctionnel (les incapacités) et le niveau situationnel (les désavantages) »* (Wood, 1980, cité dans Mormiche, & Boissonnat, 2003, p. 267).

C'est un processus non linéaire dans lequel se confrontent et s'intriquent deux dimensions l'une biomédicale l'autre sociale, cette imbrication est productrice d'un désavantage social (Ibid., p. 267).

Le handicap se dévoile par les interactions qui se jouent entre la personne et son milieu de vie :

*« entre les caractéristiques personnelles d'un individu (déficiences, incapacités, mais aussi identité) et des facteurs environnementaux (physiques, économiques, sociaux et culturels) qui sont susceptibles de restreindre les possibilités de la personne dans ses habitudes de vie et dans sa participation à la vie sociale, c'est-à-dire entraîner une situation de désavantages social »* (Mormiche, & Boissonnat, 2003, p. 277).

Les déficiences se présentent comme relevant de phénomènes individuels; tels que *« la perte, la malformation, l'anomalie d'un organe, d'une structure ou d'une fonction mentale, psychologique, physiologique ou anatomique »* (Ibid., p. 268).

La déficience apparaît comme *« la dimension objective d'une différence biologique, d'une anomalie dans la multitude des possibilités du corps humain »* (Fougeyrollas, 1986, p. 183).

#### 2.46 L'inscription du handicap en rapport avec l'environnement de la personne

L'expérience du handicap résulte d'une interaction entre :

*« Une personne ayant une déficience ou une différence fonctionnelle ou comportementale et un environnement, une organisation sociale qui produit des situations systémiques de discrimination, de marginalisation, de stigmatisation ou encore de privilège et de pouvoir sur la base de différences »* (Ibid., p. 184).

La CIH des années 80 a promu *« un modèle du handicap ignorant le rôle de l'environnement »*. (Delcey, 2002, p. 6).

Cette critique négative a fait que d'autres approches du handicap ont vu le jour. Elles se sont déclinées selon deux mises en perspectives.

Le modèle individuel :

Il est *« également appelé modèle médical, parce qu'il tient surtout compte des déterminants médicaux individuels (pathologies, déficiences, incapacités). Il conçoit le handicap comme le problème d'un individu donné (« c'est lui qui est handicapé »), caractérisé par une anomalie (déviation par rapport à une norme). La conséquence en est la conception de solutions s'adressant à cet individu qu'on va « rééduquer », « réadapter » à une société dont il s'écarte, dont il dévie.»* (Ibid., p. 6).

Le modèle social (ou socio-environnemental) se déploie comme un complément inverse :

*« La question du handicap est vue « comme étant d'abord liée à la structure sociale : le handicap est moins perçu comme une anomalie (d'un individu) que comme une différence (diversité) à intégrer dans un ensemble ; ce modèle insiste sur les causes socio-environnementales (barrières architecturales, préjugés sociaux, règles officielles...) des situations vécues par un membre différent de la communauté. Aussi les solutions pratiques préconisées visent-elles moins l'individu (réadaptation, compensation) que la structure sociale en agissant à un niveau collectif, notamment public, sur l'organisation matérielle, sociale, tant que culturelle ou législative (non-discrimination, accessibilisation) »* (Ibid., p. 6).

La modélisation actuelle que propose la CIH présente deux avantages principaux :

- « elle a permis de clarifier les concepts : savoir de quoi l'on parle (les définitions des trois niveaux de la CIH sont devenues des standards internationaux),
- elle a permis de « décliner » le handicap de façon différente pour chaque personne et de l'envisager de façon globale, selon le modèle maintenant bien connu :
- Causes → Déficiences → Incapacités → Désavantages ». (Delcey, 2002, p. 5).

Cette modélisation présente néanmoins des failles elles laissent penser que le chaînage du processus s'effectue de manière linéaire, ce qui est une erreur, la visée liée à l'enchaînement des concepts conserve un caractère systémique. Par ailleurs, la modélisation en pointant les manques prend un caractère discriminant.

Ces deux approches ont donné lieu à des distinctions (Cf. Tableau 2)

**Tableau 2 : Les modèles conceptuels du handicap (d'après J-F. Ravaud)**

Modèles	Modèle individuel (médical)		Modèle social (socio-environnemental)	
	Biomédical	Fonctionnel	Environnemental	Droits de l'Homme
<b>Traitement</b>	Guérison par moyens techniques	Rééducation réadaptation services spécialisés	Adaptations Accessibilisation Services de soutien	Règles politiques et sociales communes (droits fondamentaux)
<b>Prévention</b>	Dépistage génétique ou biologique, élimination	Prise en charge précoce prévention secondaire (des aggravations)	Éliminations des barrières sociales (économiques physiques, etc.)	Reconnaissance de la responsabilité sociale
<b>Responsabilité sociale</b>	Éliminer ou guérir	Qualité de vie confort, autonomie compensation	Élimination des obstacles physiques culturels, etc.	Réduire les inégalités, droit à pleine citoyenneté

#### 2.47 La situation de réhabilitation du patient reliée à l'environnement

Dans notre recherche nous nous sommes appuyés sur le modèle réadaptatif celui utilisé par les acteurs du service de MPR.

Les équipes soignantes, les médecins font référence explicitement, implicitement dans leurs activités de valuations de la situation de handicap à ce modèle. Le patient s'y trouve concerné par les actions de soins, et les bilans sur son état de santé, qui comprennent l'examen des interactions auxquelles il sera confronté dès son retour chez lui.

Des visites à domicile seront effectuées pour valuer les déplacements, la fonctionnalité des espaces. L'ergothérapeute, le masseur-kinésithérapeute, le patient participent aux visites ainsi que les proches, le cas échéant. Le stagiaire est au contact des activités écologiques de soins qui se déploient autour du patient.

*« Le modèle réadaptatif est le modèle de la rééducation et de la réadaptation, qui inspire notamment les accompagnements dans les structures de rééducation et du secteur médico-social. L'approche du handicap reste individuelle (c'est le sujet qui est handicapé, c'est sur lui que l'on va agir) mais s'élargit, par rapport au modèle précédent, à toute la réalité des conséquences des maladies chroniques ou des séquelles d'affections aiguës (ex : polio) ou d'accidents. Appelé aussi modèle fonctionnel, c'est le modèle qui sous-tend la CIH (1980) : le handicap est l'ensemble des conséquences d'une pathologie invalidante, au niveau du corps (déficiences), de la vie quotidienne et sociale (incapacités, dépendance, etc.) » (Delcey, 2002, pp. 7-8).*

#### 2.48 La situation de professionnalisation du stagiaire son inclusion dans les organisations du travail

La pluri professionnalité est le marqueur des organisations de travail des services de MPR. La pluri professionnalité traverse comme dynamique des activités la situation de professionnalisation.

Les interactivités entre professionnels auprès d'un patient sont nombreuses et variées, un réseau se forme, le patient interagit avec lui, une continuité des soins par chaînage des activités s'établit autour de sa personne.

La continuité des soins est un point-clé qui permet d'obtenir une qualité des soins.

Dans l'hôpital se déploie plusieurs réseaux clinico-socio-technico-économique, auxquels la personne situation de handicap est reliée.

Le stagiaire comme membre de l'équipe soignante participe dans une certaine mesure à ces réseaux par le fait qu'il côtoie le patient et qu'il lui prodigue des soins. Nous avons intégré cette dimension dans notre recherche.

#### 2.481 La fonction des réseaux de soins

Ils ont pour but de réguler la production de soins en fonction des besoins qui émanent de la personne souffrante :

*« Les réseaux tendent à accorder l'offre à la demande en organisant la coordination des services autour du bénéficiaire. La cohérence s'établit autour de la personne et non plus de l'organe, de la maladie ou de l'outil » (Patte, 1998, p. 16).*

Les réseaux exercent en direction des professionnels de santé :

*Une « fonction essentielle de coordination, ils introduisent une dynamique forte et orientent de façon cohérente un ensemble de prestations vers un but de production de santé, bien-être physique, social et mental » (Patte, 1998, p. 17).*

Le réseau de soins génère leur continuité, celle-ci, assure la qualité de leur prestations pour en particulier pour « les personnes nécessitant un suivi complexe » (Schaller, P, & Gaspoz, 2008, p. 2037).

Nous utilisons à la définition suivante pour définir le positionnement du stagiaire en lien avec la base d'orientation du cycle d'expérimentation (Cf. partie 4) :

*« Un ensemble d'entités humaines et non humaines individuelles ou collectives (définies par leur rôle, leur identité, leur programme...) et les relations dans lesquelles elles entrent » (...). Les acteurs « s'entre-définissent » dans les intermédiaires qu'ils mettent en circulation, c'est-à-dire qu'une identification des actions des agents est possible à travers la production qu'ils vont diffuser, dans et à travers le réseau. Ce point semble intéressant dans la mesure où il n'y a pas*

*de définition figée du réseau ou de repérage selon une formalisation fixée arbitrairement, mais plutôt des critères qui permettent une identification de ce qui se passe dans la réalité » (Callon cité dans Filippi Maryline, Pierre Emmanuel, & Torre André, 1996, p. 95).*

#### 2.482 La complexité des activités de soins

Le réseau permet de gérer collectivement et individuellement la complexité des activités de soins. La situation de professionnalisation est animée par la mise en réseau des activités.

L'exemple de la rééducation du patient hémiparétique.

Trois phases d'évolution clinique sont distinguées, la phase aiguë, la phase subaiguë et la phase chronique. Elles correspondent à un ensemble de préconisations pour le traitement du patient hémiparétique.

Des principes généraux sont énoncés touchant la technicité des soins (HAS, 2012).

Le but central de la rééducation du sujet paralysé de « *faire revenir le mouvement* » (Yelnick, 2004, p. 2) et de multiples questions se posent, « *réduquer par le mouvement, certes mais comment ? Quels mouvements faut-il faire ? Quand faut-il les faire ? À quel rythme ? Et d'ailleurs, faut-il réellement et comment faut-il faire bouger ce membre paralysé ?* » (Ibid., p. 2).

Des avancées ont eu lieu qui permettent aujourd'hui de pouvoir faire des choix éclairés, il reste néanmoins encore de zones d'incertitudes quant à l'efficacité des techniques.

Dans notre étude, cette dimension de la complexité des soins est évoquée dans les, sous l'intitulé des objets de savoirs/connaissances (Cf. Annexes, voir les cas) en lien avec le cycle d'expérimentation (Cf. Partie 4, voir l'horizon des soins).

## 2.5 L'expérienciation

### 2.51 L'expérienciation, une activité

L'activité du stagiaire qui se déploie en direction de l'objet du soin et du patient nous la dénommons expérienciation.

*« L'expérienciation (si l'on nous permet un instant d'utiliser ce terme), ou, plutôt, pour nous : l'activité, se pense avant tout, dans les termes de Dewey, dans l'interaction entre une personne et un environnement : avec quoi et par quoi ou encore avec quel environnement et par quel environnement une personne a-t-elle et fait-elle une expérience ? » (Mayen, 2012, pp. 63-64).*

L'expérienciation se présente comme une succession de modelages et de façonnages d'une expérience, vécue, originelle.

L'expérienciation s'appuie sur une expérience *« réelle pleinement réelle »* parce que *« cette chose (...) est un ceci-concret »* (Dewey, 2012, p. 1020). C'est à partir de cette base faite de matérialité, que se trouve retenues *« toutes les raisons les voies pour sa propre rectification intellectuelle ou logique »* (Ibid., p. 1020).

L'expérienciation se manifeste par une répétition rectificatrice d'une *« expérience dont le contenu en son entier »* (Ibid., p. 1020) n'a pas été perçu *« un iota plus réel mais »* qui s'est affirmé au fil des répétitions rectificatrices comme *« vrai ou plus vrai »* ; *« les choses tout comme »* (Ibid., p. 1020).

L'expérienciation du stagiaire s'applique à l'objet du soin, qu'il transforme en objet de connaissance.

*« Nous devons faire une distinction entre une chose en tant qu'elle est cognitive et en tant qu'elle est connue. Je définirai une expérience cognitive comme celle qui a certaines relations et implications qui mènent à une expérience subséquente où elles trouvent leur plein accomplissement, et dans laquelle la chose pertinente est expérimentée comme connue, comme un objet de connaissance, et s'en trouve par là même transformée ou réorganisée (...) presque toute notre expérience est de ce style »* (Ibid., p. 2019).

L'expérienciation en tant qu'activité est une médiation, elle s'interpose et relie, le sujet à la société :

*« L'activité d'un individu humain représente un système inséré dans le système des rapports sociaux. Il ne s'agit plus de conserver comme formule de base le schéma à deux termes : action de l'objet → modification des états présents du sujet » mais d'opter pour un schéma à trois termes incluant un chaînon moyen (« moyen terme ») — l'activité du sujet »* (Leontiev, 1984, p. 90).

L'activité se caractérise par son flux et des composants spécifiques :

*« Dans le flux général de l'activité, distingue des activités diverses caractérisées par leur motif, des actions orientées vers un but et des opérations qui dépendent des conditions dans lesquelles le but doit être atteint »* (Leontiev cité dans Savoyant, 1979, p. 18).

*« Par opération, nous entendons le mode d'exécution d'une action » (...). Ce dernier élément de la structure générale de l'activité va permettre de la caractériser du point de vue de ses moyens de réalisations : les opérations qui définissent la manière dont le but est atteint. Ces opérations sont directement déterminées par les conditions objectives dans lesquelles le but est donné et doit être atteint ce que Léontiev définit comme tâche ou problème » (Ibid., p. 18).*

Une base d'orientation est nécessaire pour que l'action se déploie en direction du but :

*« Un système ramifié de représentations de l'action et de son produit, des propriétés du matériel de départ et de ses transformations successives, plus toutes les indications dont se sert pratiquement le sujet pour exécuter l'action » (Galperine, cité dans Savoyant, 2006, p. 3).*

L'expérimentation répond à une logique dialectique, c'est ainsi que *« nos représentations sensibles sont dialectiques au même titre que nos concepts »* ; ce qui a pour effet d'inclure *« le mouvement et donc la contradiction ; ils reflètent l'objet dans ses multiples liaisons et médiations »* (Léontiev, 1975, pp. 78-79).

Au sein des rapports sociaux, *« l'activité rentre obligatoirement en contacts pratiques avec des objets qui résistent à l'homme, qui la dévient, la modifient et l'enrichissent »* (Ibid., p. 101) cette activité qualifiée d'extérieure *« ouvre »* les processus psychiques *« au monde matériel objectif, qui y fait impérieusement irruption »* (Ibid., p. 101).

À l'activité extérieure vient s'ajouter, se connecter une activité intérieure responsable d'un processus d'intériorisation :

*« La transformation [de processus extérieurs effectués sur des objets matériels également extérieurs] en processus se déroulant au niveau mental, au niveau de la conscience ; ce faisant, ils subissent une transformation spécifique, s'enrichissent, se verbalisent, se réduisent et, surtout, acquièrent une faculté de développement qui dépasse le champ des possibilités de l'activité extérieure »* (idem, p. 105).

Les deux parties, externe et interne de l'activité, se déploient et *« toutes deux médiatisent les relations de l'homme avec le monde, dans lesquelles se réalise sa vie »* (idem, p. 110). Ces deux versants disposent l'un vers l'autre de propriétés d'inséparabilité et de réciprocité.

L'expérimentation s'inscrit dans un système d'activité qui prend en compte l'insertion de l'individu dans une communauté.

Les systèmes d'activité :

*« S'influencent les uns et les autres, font l'objet de contradictions internes, entrent éventuellement en contradiction les uns avec les autres ou avec d'autres systèmes d'activité, amenant continuellement ajustements et évolutions. Le système d'activité est donc dynamique et permet le développement des acteurs et des pratiques »* (Engeström, 2000, cité dans Venturini, 2012, p. 130).

## 2.52 L'expérientiation, l'apport des neurones miroirs

Un objet-cible est détecté par le système visuo-moteur des acteurs du soin.

Le système visuo moteur remplit une fonction essentielle celle d'imbriquer les actions de protagonistes :

*« Le deuxième rôle majeur du système visuo moteur serait de permettre la compréhension des actions réalisées par les autres. Cette fonction serait assurée grâce à la capacité de neurones dits « miroirs » des cortex pré moteurs et pariétal » (Kalénine, 2009, p. 152).*

Les neurones miroirs découverts chez le singe dans le cortex pré moteurs sont activés :

*« À la fois avant que, ou pendant que le singe fait un geste de préhension et lorsqu'il observe quelqu'un faire le même geste. Nous avons donc un mécanisme qui nous permet immédiatement (...) de simuler dans notre cerveau l'acte d'autrui comme un acte fait par nous » (Candau & Halloy, 2012, p. 42).*

Ces neurones *« peuvent être activés soit parce que le sujet effectue une action d'un certain type vers un certain objet, soit parce qu'il observe la même action en train d'être effectuée par un congénère ou par un humain »* (idem, p. 10).

L'existence de neurones miroirs permet d'entrevoir une assise neurophysiologique et représentationnelle au processus par lequel le *« sujet s'engage dans la situation d'autrui »* (Ibid., p. 9).

Sur le plan sociétal, l'expérientiation s'appuie sur la mimésis, laquelle *« renvoie à des formes expressive de la connaissance »* (Koestler, cité dans Wisniewski, 2007, p. 8).

C'est ainsi que :

*« La conscience et la compréhension de l'autre se réalisent pleinement au travers du perceptible, et le perceptible naît en soi par l'intermédiaire du geste, de l'image ou du son imitatif (...) l'observation guide la faculté mimétique, même lorsque cette faculté est appliquée sans expérience. La mimésis n'implique donc pas d'apprendre par cœur ou de copier, mais encourage plutôt le développement de stratégies individuelles et de compréhension par l'empathie »* (Wisniewski, 2007, p. 8).

## 2.53 L'expéientialisme

La théorie cognition incarnée s'appuie sur le paradigme de l'expéientialisme qui postule que :

*« Tout individu dispose : d'expérience culturelle façonnée au travers de ses valeurs, d'une expérience physique à laquelle on accède par son corps et d'une expérience acquise dans l'interaction avec son environnement, avec les individus de la même communauté »* (Prsir, 2012, p. 199).

Le cadre général des paradigmes incarnés ou "embodied", signifie que *« l'interaction avec l'environnement est à la base et ne peut pas être détachée de la cognition »* (De Loor, Mille, & Khamassi, 2015, p. 3).

L'intégration cognitive et spatio-temporelle amène à « *l'hypothèse de l'incarnation cognitive* » (Prsir, 2012, p. 203) :

*« Un concept abstrait est compris en termes d'un autre, plus concret. Certains concepts sont ancrés dans le corps à travers les expériences. De plus ils sont rendus possibles grâce au corps »* (Ibid., p. 203).

La présentation d'un mot « *conduit à une simulation sensorimotrice du concept qui lui est associé. Ce phénomène permettrait d'ancrer le concept dans les systèmes sensorimoteurs, et ainsi de comprendre le mot* » (Dutriaux, & Gyselinck, 2016, p. 22).

Le langage en lien avec une action à mener implique :

*« Une activation du cortex moteur (...) ce dernier est activé de manière somatotopique par le moyen des verbes d'action (...) de la tête, de la main ou du pied activent le cortex pré moteur correspondant à ces parties du corps »* (Ibid., p. 15).

Cette dynamique compréhensive incarnée du mot est inscrite dans la phrase :

*« Le langage ne se réduit pas à un mot isolé, et la cognition incarnée considère qu'il faut effectuer une simulation sensorimotrice de la phrase entière pour la comprendre »* (Ibid., p. 22).

#### 2.54 L'expérenciation activée, contrôlée par le blinding expérentiel lors du discours

La théorie blinding expérentiel modélise l'approche de la cognition incarnée par la compénétration entre deux structures, l'une conceptuelle l'autre perceptivo motrice :

*« Le blinding expérentiel est l'intégration de la représentation conceptuelle abstraite et de l'expérience interne sensorimotrice (...) l'ancrage matériel du blinding expérentiel ne s'effectue pas de manière occasionnel mais systématique »* (Maira Avelar, 2012, p. 183).

Le déroulé de ce processus passe par une première phase ou "binding" au cours de laquelle les deux structures cohabitent et s'interconnectent, les informations qu'elles contiennent ne peuvent se « *désintégrer* », (Ibid., p. 184) ; il s'ensuit une :

*« Élaboration perceptive »* qui a pour effet de lier « *les unes aux autres les différentes propriétés de l'environnement, d'une telle façon qu'elles ne peuvent perceptivement être dissociées les unes des autres* » (Ibid., p. 184).

Lors de La phase suivante, celle de l'intégration expérentielle se produit la fusion de deux structures ou entrées « *la représentation abstraite conceptuelle abstraite fournie par le contenu linguistique* » avec « *l'activation de phénomènes perceptifs et moteurs qui accompagnent le contenu linguistique* » (Auclin cité dans Prsir, 2012, p. 204).

#### 2.55 L'expérenciation liée aux dispositifs techniques des soins

Le patient, le stagiaire, les moyens techniques du soin s'inscrivent dans un dispositif technique.

Le dispositif par sa médiation technique déploie des buts qui engagent « *la mise en œuvre de compétences et de savoirs proprement sociaux* » (Akrich, 1993, p. 14). Une interface ou zone d'échange se constitue à partir des potentialités de l'environnement ses ressources et celles des acteurs en présence.

Le dispositif de soin crée un nouvel environnement dans lequel apparaissent des « *formes hybrides* » (Ibid., p. 13) issues d'« *un agencement inextricable* » (Ibid., p. 13) provoqué par la mise en contact d'« *éléments techniques* » (Ibid., p. 13) et de « *formes d'organisation sociale* » (Ibid., p. 13).

Le dispositif comme traceur des causalités met en lumière les rapports entre la société et les objets techniques, tels « *deux phénomènes en termes de cause et d'effet* » entraînant de part et d'autre du dispositif des réagencements (Akrich, 1993, p. 13).

Le staff multidisciplinaire sous la gouverne du médecin de médecine physique et de réadaptation, la séance de rééducation sont des formes d'hybridation associant une technicité liée aux soins et une organisation sociale.

Les acteurs qui animent ces espaces, produisent des buts pour atteindre la réalisation d'un projet thérapeutique, ils mettent en œuvre des moyens techniques afférents. Ces formes d'hybridation à vocation thérapeutique remplissent également une fonction d'échange des compétences et des savoirs.

#### 2.56 L'expérimentation en rapport avec des activités coopératives patient-soignant

Les activités coopératives se manifestent lorsque plusieurs individus conjuguent leurs efforts pour atteindre un but. Les activités coopératives patient-soignant orientées vers des objectifs d'autonomisation par la rééducation et la réadaptation génèrent des transformations de l'objet du soin :

*« Nous réservons le terme d'activité coopérative, considérée comme une forme particulière d'activité collective, à des activités dans lesquelles les acteurs sont conscients des buts poursuivis et des moyens mis en œuvre et dans lesquelles les caractéristiques de l'environnement ou de l'organisation ne permettent pas une stricte standardisation. (...) les activités coopératives sont des activités collectives finalisées dans lesquelles les moyens de la construction et de l'atteinte des buts ne sont pas entièrement standardisés ni formalisés et qui laissent de ce fait une part d'autonomie importante aux acteurs dans la définition des modalités d'articulation de leurs contributions et dans l'adaptation à des phénomènes émergents » (Zacklad, 2003, p. 137).*

#### 2.561 Les constituants de la coopération

Dans la poursuite d'une œuvre commune, les buts identiques, partagés temporairement ou connexes laissent entrevoir plusieurs types de coopération :

- D'amplification afin « d'accroître les capacités physiques ou intellectuelles » (Barthe & Queinnec, 1999, p. 670)
- De diversification dans le but « *d'intégrer plusieurs spécialités techniques* » (Ibid., p. 670)

- De confrontation afin « *d'objectiver ou de fiabiliser les solutions (...) comme dans le diagnostic médical* » (Ibid., p. 670) auquel il faut adjoindre dans cette typologie, les processus de systématisation de « *tous les aspects du problème en confrontant plusieurs points de vue* » (Ibid., p. 670).

La répartition des tâches appelle une organisation et une préparation qui a pour « *fonction d'accorder les représentations de chacun des coéquipiers sur le but à atteindre et sur la façon dont ils vont l'atteindre. Elle possède, en outre, une fonction de contrôle sur l'activité* » (Ibid., p. 672).

Pour qu'il y ait une coopération, deux conditions sont requises :

- Que « *leurs buts interfèrent soit au niveau des résultats, soit au niveau des procédures* » (Barthe & Queinnec, 1999, p. 674).
- Que le « *traitement des interférences* » soit « *effectué de manière à faciliter les activités* » de l'autre en particulier ou des autres en général si l'on pense au processus d'autonomisation, il ne peut y avoir dans ce contexte la place à une compétition, ce procédé est « *totalemment opposé au concept de coopération* » (Ibid., p. 674).

La coopération est organisée lorsqu'il y a une « *répartition des tâches* » (Barthe & Queinnec, 1999, p. 671) au sein des séquences de soin.

Ces assertions rendent compte de critères inhérents à la conduite du soin, ceux en rapport avec un processus non complètement standardisé au cours duquel les acteurs conservent une autonomie pour mettre en œuvre une « *articulation de leurs contributions* » (Ibid., p. 674).

Ainsi lors d'une séance de rééducation le patient participe aux soins en se positionnant, en relâchant son tonus, en indiquant au stagiaire son ressenti, en faisant paraître ses réactions somatiques diverses etc.

De son côté le stagiaire effectue la technique en prenant appui sur ce guidage ; « *C'est par les corps qu'opèrent des évaluations* » (Olry & Froissart-Monnet, 2017, p. 9) et cela peut conduire à « *des pratiques rusées ou non, mais qui facilitent la coordination avec le corps du patient* » (Ibid., p. 9).

## 2.562 La coopération et l'écologie professionnelle sanitaire, le patient partenaire

Ce concept de coopération nous renvoie aux formes nouvelles de relations entre les professionnels de santé et les patients qui se diffusent dans le tissu social.

L'« *écologie professionnelle sanitaire* » (Rothier Bautzer, 2017, p. 20) se structure autour, à partir de « *nouvelles formes de relations inter et intra professionnelles* » (Ibid., p. 20) formes qui affecteront sur le plan de la vie quotidienne « *nos manières d'entrer en relation les uns avec les autres* » (Ibid., p. 20) et qui concerneront « *à la fois les professionnels dans leurs relations entre eux et dans celles qu'ils établissent avec les patients* » (Ibid., p. 20).

Ces formes relationnelles souligneront en vue de leur transmission, l'importance que revêt « *l'articulation des sollicitudes centrée sur le traitement de la maladie et sur le « prendre soin d'une personne* » (Ibid., p. 20).

Elles porteront des transformations visant à « *contribuer à la co-construction de modes de collaboration davantage orientés vers l'opérationnalisation de l'autonomie comme mise en capacité des personnes malades et des professionnels engagés* » (Rothier Bautzer, 2014, p. 14).

L'approche « *patient partenaire de Montréal, s'inspirant des initiatives et des interventions d'éducation thérapeutique du patient, de prise de décision partagée, ou encore de self-management, vise à franchir un pas de plus en considérant le patient comme un membre à part entière un partenaire de l'équipe de soins* » (Pétré, Scholtes, Voz, Ortiz Halabi, Gillain, Husson, & Bragard, 2018, p. 621).

#### 2.563 Une forme de coopération par la relation de soins

Elle est « *centrée sur le présent, l'acte technique, sur l'activité en cours, sur le devenir immédiat du patient (...) elle est essentiellement de type informatif* » (Formarier, 2007, p. 33).

Le stagiaire génère cette dimension informative il peut la dépasser pour établir une relation « *comme un des éléments de réponse aux besoins* » (Ibid., p. 35) du patient, en maîtrisant progressivement la relation d'empathie dans ses deux composantes « *une réponse affective envers autrui qui implique parfois (pas toujours) un partage de son état émotionnel et (...) la capacité cognitive de prendre la perspective subjective de l'autre personne sans confusion avec ses propres affects* » (Ibid., p. 37).

#### 2. 564 Une forme de coopération par les échanges entre donateurs

Lors des soins entre le patient et le stagiaire "les échanges" peuvent se concevoir et être vécu comme une série de don de soi que chacun fait à l'autre car « *présenter quelque chose à quelqu'un c'est présenter quelque chose de soi* » (Mauss, 1995, p. 161).

Dans le cadre du blending lors de la phase d'élaboration perceptive, la notion de mixage et d'inséparabilité des contenus perceptivo cognitifs qui conjoignent les acteurs et leurs actions au travers de l'objet du soin, mettent en avant un mécanisme intégrateur (porté par le schème).

Ce mécanisme renvoie au concept de mélange, terme usité dans la définition du don et contre et des rites qui s'y rattachent ; « *on mêle les âmes dans les choses ; on mêle les choses dans les âmes. On mêle les vies et voilà comment les personnes et les choses mêlées sortent chacune de sa sphère et se mêlent : ce qui est précisément le contrat et l'échange* » (Mauss, 1995, p. 173).

Dans le cadre des soins une prise de distance thérapeutique est à observer ce qui sous-entend que le mélange ne peut se concevoir comme une fusion des personnes de leur corporéité et singularité psychique, affective etc. Cette précaution étant prise, au cours de la mise en travail d'un objet clinique par l'effet de distanciation/médiation que ce dernier opère (évitant ainsi le risque fusionnel), les interactions stagiaire patient dans ces conditions, peuvent se mêlées au travers des activités de transformation de l'objet à laquelle ils concourent tous les deux de manière asymétrique.

#### 2.565 Une forme de coopération par la mise en œuvre du care

Le care :

« Au niveau le plus général, nous suggérons que le care soit considéré comme une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre "monde", en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie » (Fischer et Tronto, cités dans Tronto, 2008, p. 244).

Il faut y ajouter que le critère essentiel de la mise en œuvre du care, se définit comme « la perspective de prendre les besoins des autres comme point de départ » (Tronto, 2008, p. 247).

Le care « est à la fois une pratique et une disposition » (Ibid., p. 245).

Il se décompose en plusieurs phases :

« Se soucier de (*caring about*). – Le care implique en premier lieu la reconnaissance de sa nécessité. Il implique donc de constater, l'existence d'un besoin » (Ibid., p. 250).

Se charger de (*taking care of*). – « Se charger de » constitue l'étape suivante du processus du care, qui implique d'assumer une certaine responsabilité par rapport à un besoin identifié et de déterminer la nature de la réponse à lui apporter » (Ibid., p. 250).

« Accorder des soins (*care giving*). – Accorder des soins suppose la rencontre directe des besoins de care. Ce qui implique un travail matériel et exige presque toujours de ceux qui donnent des soins qu'ils viennent au contact des objets du care » (Ibid., p. 250).

Recevoir des soins (*care receiving*). – La dernière phase du care correspond à la reconnaissance de ce que l'objet de la sollicitude réagit au soin qu'il reçoit. (...)–le patient se sent mieux (...) Il est important d'inclure la réception du soin parmi les éléments du processus parce que c'est la seule manière de savoir si une réponse au besoin de soin a été apportée. » (Ibid., p. 250).

2.57 Le cycle d'expérientiation incarnée-située comme un mécanisme facilitateur de la coopération

Le cycle de l'expérientiation incarnée–situé trouve sa source d'inspiration dans le cycle assimilateur piagétien :

« Un processus qui se perpétue en "intégrant" constamment des éléments du milieu que l'on peut considérer comme les "aliments" du cycle. Ces "aliments", en étant intégrés, assimilés, autorisent le déroulement, le fonctionnement du cycle et donc, sa fermeture et sa stabilité. On voit ainsi que l'assimilation est corrélative d'une organisation préalable à l'interaction. Rien n'est assimilé qui ne le soit par une organisation et aucune organisation ne se perpétue autrement qu'en assimilant les éléments "externes" nécessaires à son entretien » (Salvador, 1993, p. 109).

Par lequel « l'assimilation (...) contribue avant tout à la reproduction d'un schème en lui «incorporant» l'objet assimilé » (Salvador, 2009, p. 134).

Ce mécanisme cyclique assimilateur est confronté aux « pressions du milieu » (Salvador, 1993, p. 111) qui se traduisent en « résistances à l'assimilation » (Ibid., p. 111).

Cette tendance perturbatrice entraîne le cycle assimilateur à intégrer cette réalité extérieure nouvelle en son sein, devenant ainsi un cycle "accommodateur". Ce dernier s'appuie sur le cycle assimilateur qui le précède.

La relation assimilation accommodation s'exprime ainsi : « *ce sont les résistances qu'offre le "réel" à son assimilation qui entraînent l'accommodation du schème, de l'organisation* » (Ibid., p. 111).

Le clivage entre mécanisme assimilateur/mécanisme accommodateur est poreux :

« *L'assimilation ne peut jamais être pure, parce qu'en incorporant des éléments nouveaux dans les schèmes antérieurs, l'intelligence modifie sans cesse ces derniers pour les ajuster aux nouvelles données* » (Piaget cité dans Salvador, 1993, p. 115).

Un équilibre se crée au sein du mécanisme cyclique entre les impulsions assimilatrices et accommodatrices qui le traversent. Il en résulte une adaptation du cycle « *une mise en équilibre progressive entre un mécanisme assimilateur et une accommodation complémentaire* » (Piaget cité dans Salvador, 1993, p. 112).

Le mécanisme cyclique se trouve en interaction avec d'autres mécanismes cycliques formant ainsi une « *famille de cycles* » (Salvador, 1993, p. 128).

La régulation du mécanisme cyclique provient de « *l'écosystème des schèmes* » (Ibid., p. 121). Il en résulte une « *co-adaptation découlant de la codétermination ou cosélection instaurée entre les schèmes par leurs interactions* ». (Ibid., p. 124).

La coopération stagiaire patient peut s'appuyer sur les briques élémentaires que constituent les cycles d'expérimentation de chacun des acteurs, et lors des séances de rééducation ou de soins infirmiers sur l'écosystème des schèmes qui résulte du rapprochement des acteurs durant la mise en travail de l'objet du soin.

## 2.58 Le cycle d'expérimentation incarnée-située comme "modélisateur" de la situation professionnelle

Le modèle opératif, le comment « *ça se conduit* » (Pastré, 2006, pp. 4-6) et le modèle cognitif le comment « *ça fonctionne* » (Ibid., pp. 4-6) ont tendance à se recouvrir dans le cours de l'activité.

Vient s'ajouter à ces deux pôles, le « *savoir le faire* » (Ibid., pp. 4-6), c'est un processus d'assimilation de l'action, le geste est répété afin de devenir plus efficace, la dimension corporelle attachée à l'activité est fortement mobilisée. Le cycle d'expérimentation met en tension dialectique le modèle ternaire [opératif, *ça se conduit* /cognitif, *ça fonctionne* /et du savoir le faire].

Par ailleurs, pour alimenter la situation professionnelle, le cycle d'expérimentation incarné-situé intègre les 3 processus de l'enquête deweyenne que sont l'"experimenting" qui voit le sujet agir, l'"experiencing", qui est le retour d'information le « *vécu éprouvé par le sujet des conséquences de son action* » (Bourgeois, 2013, p. 2), et l'"inquiry" l'activité de pensée réflexive exercée par le sujet (Ibid., p. 2) qui relie les deux processus précédents.

Nous rassemblons dans un processus unique les deux modélisations le modèle ternaire [opératif/cognitif /du savoir le faire] et le modèle de deweyen, le premier est orienté vers l'activité/situation, le second vers l'action/la situation/l'environnement.

## 2.581 Une approche par le schème d'action

Le schème d'action dans sa forme générique est l'élément moteur de la construction de la situation professionnelle et de la mise en travail de l'objet.

Le théorème en acte, la règle d'action, composants du cycle d'expérenciation sont soumis à cette tension dialectique, ils ne peuvent être disjoints. Ils se trouvent réunis dans une boucle de régulation.

Au niveau de l'objet, nous ajoutons la notion de concrétisation qui met en avant, la cohérence interne de l'objet qui lors de son utilisation induit progressivement la synergie de ses composants et de leurs fonctionnalités (Simondon, 2012, pp. 56-57).

2.582 Une approche de la situation professionnelle en intégrant le milieu

Nous développons la notion d'effets sur l'environnement. Nous voyons au sein de l'environnement un sujet non isolé, en relation avec une autre personne, avec qui elle agit de concert pour effectuer une tâche générique qui consiste à transformer un objet du soin.

Nous établissons une zone d'échanges ou zone de recouvrement des C.C.M.A dans laquelle se situe l'objet du soin. C'est dans cette zone que se produisent les effets qui se focalisent sur l'objet et qui se répercutent en direction des deux acteurs.

Le modèle ternaire et deweyen du sujet A en distillant ses actions sur l'objet provoque concomitamment des répercussions sur le modèle ternaire et deweyen du sujet B.

Le modèle ternaire et deweyen des sujets A et B agissent sur la zone de recouvrement en modulant son étendue, ses contours, ses contenus etc., ou bien en décidant de la fixer dans une configuration singulière. La zone d'échange se trouve modifiée par l'un ou l'autre des acteurs ou bien par les deux acteurs en même temps.

Les sous-buts sont intégrés dans la zone de recouvrement parce que très proches de l'objet en transformation. Ils se trouvent modifiés par la configuration de la zone de recouvrement, ils sont en capacité d'agir sur elle.

Le modèle unique ternaire et deweyen est un modèle relationnel. Il agit directement sur le sujet lui-même, sur l'objet et sur la zone de recouvrement (environnement). Il est en capacité d'agir indirectement sur le modèle ternaire et deweyen du partenaire.

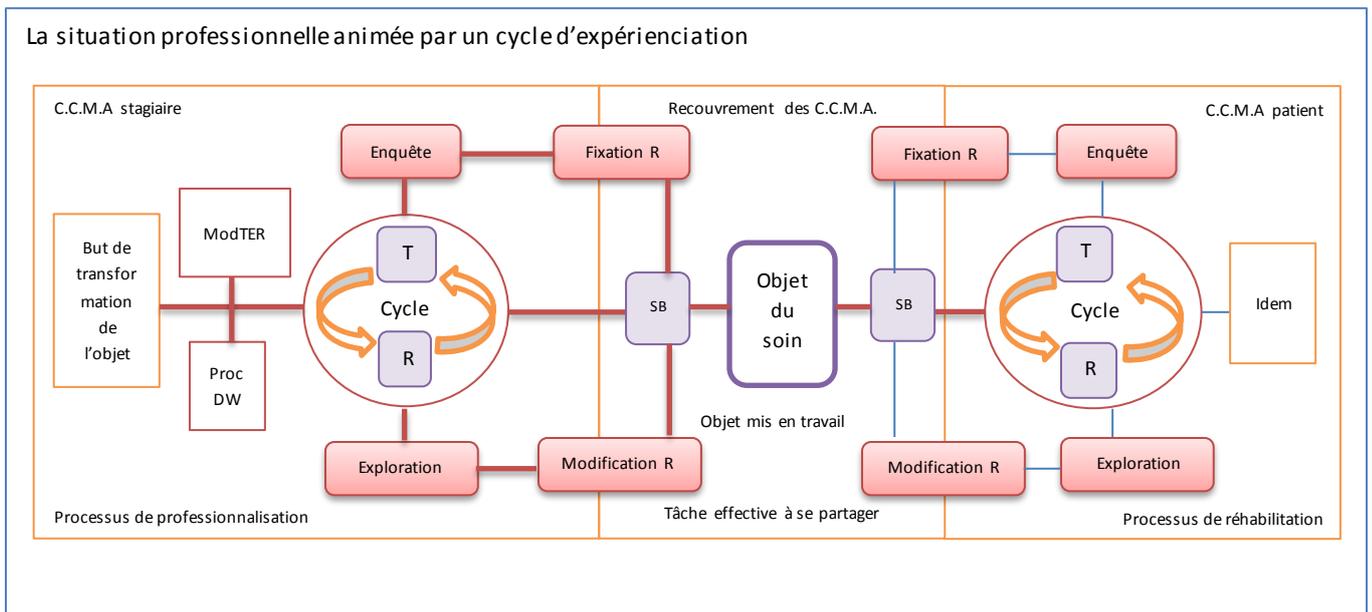
La notion d'exploration signifie que le sujet modifie la configuration de la zone de recouvrement et ce faisant il en explore les potentialités. La notion d'enquête signifie qu'il fixe la configuration de la zone d'échange afin de pouvoir mener une enquête sur les potentialités qui se seront dévoilées à lui.

## 2.6 La situation professionnelle composée des cycles de l'expérientiation, des expériences-vécues, des objets du soin, des acteurs et de leur milieu

C'est le modèle fonctionnel et relationnel porté par les schèmes d'action du stagiaire et du patient que nous nommons expérientiation (Cf. Figure 2).

L'expérience-vécue, vécue-relatée lors du débriefing alimentent le fonctionnement de l'expérientiation tout en modifiant son cours.

L'expérientiation aborde la situation professionnelle par l'objet du soin que le stagiaire et le patient transforment ensemble au travers de la zone de recouvrement qui englobe le stagiaire, le patient et l'objet du soin.



**Figure 2 : Un cycle de l'expérientiation incarnée-située du stagiaire et du patient**

ModTER : Modèle TERnaire, opératif/cognitif/savoir le faire

ProcDW : les trois processus DeWeyen

Fixation R : Fixation de la zone de Recouvrement dans une configuration singulière

Modification R : Modification de la zone de Recouvrement.

SB : Sous-But

T : Théorème en acte

R : Règle d'action

Cycle : Cycle d'expérientiation incarné-situé

Idem : signifie que le patient possède intrinsèquement des structures expérientielles identiques à celles du stagiaire

## 2.7 La problématique de recherche

Dans le cadre de la fonction tutorale, la désignation de l'objet, ses transformations, la médiation qu'il opère avec les outils, ces aspects ne sont pas ignorés dans les travaux scientifiques mais restent néanmoins moins explorés, l'accent porte plus sur les processus.

Par ailleurs dans les métiers du soin, les travaux scientifiques explorent préférentiellement la dyade tutoré-tuteur. Les interactions entre le tutoré et la personne du patient sont peu montrées voire passées sous silence.

### 2.71 Penser les situations professionnelles au contact du patient

Les situations de réhabilitation et professionnelle sont imbriquées, condensées et forment la situation professionnelle.

Le stagiaire se confronte et s'immerge dans le champ d'expérience de la clinique, qui se nourrit chez le patient de l'évolution de la maladie, des lésions, dans ses rapports avec l'environnement ou milieu associé.

Le stagiaire explore la pluri dimensionnalité de la situation de réhabilitation par la clinique. Il poursuit concomitamment une exploration, de la situation de professionnalisation par les pratiques clinicothérapeutiques de l'hôpital, au travers du dispositif de soin. Les processus de réhabilitation et de professionnalisation vécus par le stagiaire sont animés par des signes cliniques qui émanent du patient et par des connaissances / savoirs professionnels dont il dispose sur le moment.

Le stagiaire investigate la situation professionnelle en y engageant sa propre intimité et par conséquent celle du patient dans une certaine limite.

Le patient est comme projeté au travers des pratiques clinicothérapeutiques, au milieu des soignants et du dispositif de soin. Il centre vers lui, les discussions, les argumentations interprofessionnelles et les applications de protocoles, à titre d'exemple lors des staffs/visites, avec comme visée un projet thérapeutique à mettre en action.

Les deux axes par lesquels passe, la découverte de la situation professionnelle, sont la réhabilitation et la professionnalisation. Ils organisent l'activité du stagiaire et celle du patient, et dans une certaine mesure celle de la communauté des pairs, et du service de Médecine Physique et de Réadaptation (M.P.R.).

### 2.72 L'objet du soin, la clé de voûte de la situation professionnelle

Les objets du soin (au fort potentiel interactionnel) découlent d'une situation professionnelle marquée par une cohabitation patient–stagiaire au travers des champs d'expériences des pratiques clinicothérapeutiques (ou objets de savoirs / connaissances) et celui du fonctionnement du handicap et de la santé (ou objets cliniques).

Les objets du soin sont la clé de voûte de la situation professionnelle parce qu'ils sont mis en travail par le stagiaire et le patient afin de répondre aux exigences du projet thérapeutique. Les objets du soin restent tributaires d'une incertitude liée à l'évolution

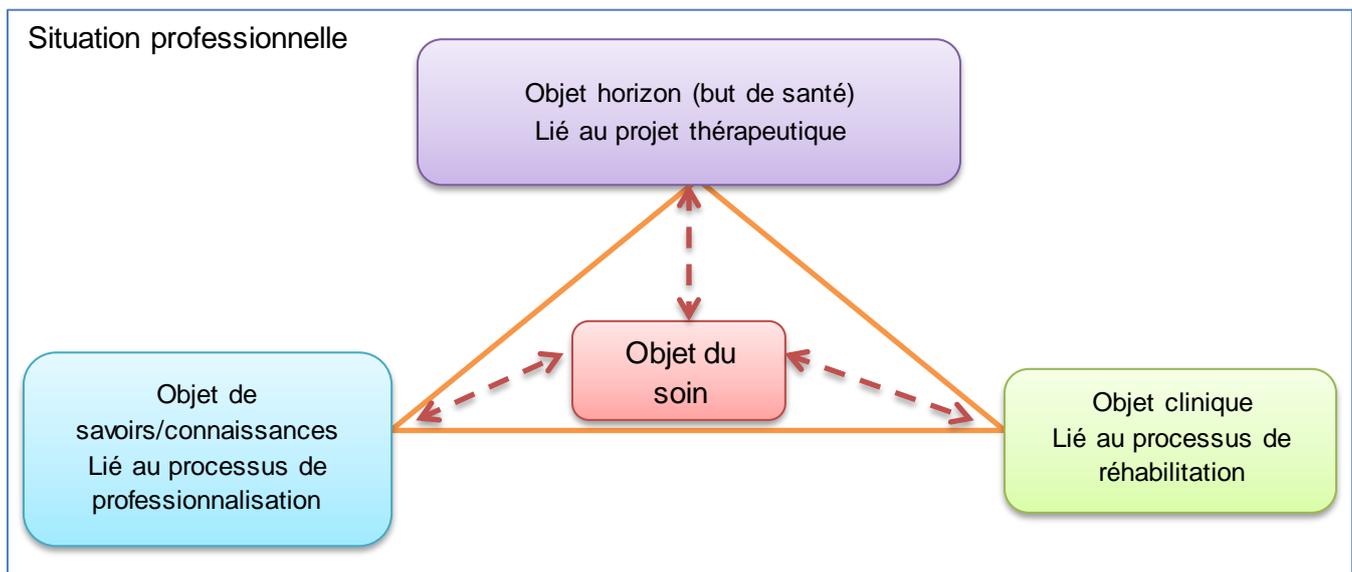
de la pathologie et /ou de la lésion du patient (objets cliniques en lien avec l'environnement) et à l'acquisition ou non, l'utilisation de pratiques clinicothérapeutiques (objets de savoirs / connaissances) par le stagiaire.

Le dispositif de soin intègre tous les acteurs des métiers du soin dont le patient et ses proches, il fait émerger le projet thérapeutique. Il met en scène des objets-horizons (étapes en vue d'une guérison, d'un nouvel équilibre et non d'un retour à un état antérieur) que chacun aperçoit plus ou moins distinctement selon sa propre mise en perspective (celle du patient et du soignant peuvent se trouver en opposition, en décalage etc.).

L'objet-horizon ou but de santé oriente les activités, les coactivités du stagiaire et du patient en leur procurant un motif commun qu'ils appréhendent sous l'aspect d'un besoin pragmatique partagé.

L'enjeu pour le stagiaire est "d'entrer dans une situation professionnelle" et de "partager avec le patient" des objets du soin lors de séances de rééducation en massokinésithérapie ou de soins infirmiers.

Notre hypothèse générale est que l'objet du soin vu selon la mise en perspective du stagiaire est issu du regroupement d'objets divers reliés à des processus ou pôles ; de la clinique lié à la réhabilitation, de savoir/connaissance en rapport avec la professionnalisation et d'objets-horizon (Cf. Figure 3) en lien avec le projet thérapeutique.



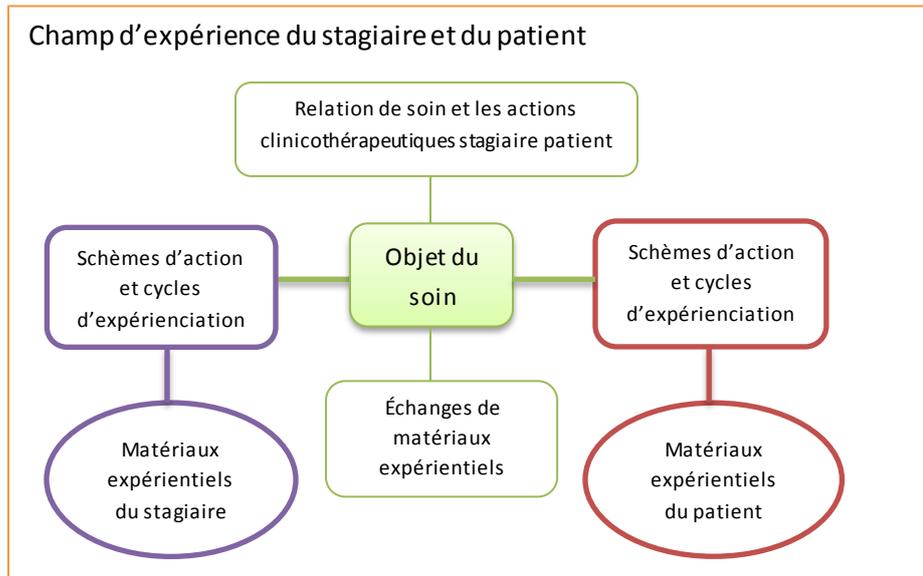
**Figure 3 : Tensions entre clivage et complémentarité au sein de l'objet du soin**

Notre hypothèse seconde est que l'objet du soin sert de lien entre le stagiaire et le patient, en condensant les dynamiques de réhabilitation de professionnalisation et du projet thérapeutique lors de la séance de rééducation ou de soins infirmiers. L'objet du soin favorise les échanges de matériaux expérientiels liées aux expériences-vécues du patient et du stagiaire, pour ce faire les schèmes d'action des acteurs, et leur cycles d'expérientiation (Cf. Modélisation de l'expérientiation) entrent en jeu.

Le patient participe aux actions visant l'objet du soin afin de réduire ses difficultés pour agir.

Le stagiaire se saisit du processus de réhabilitation du patient par l'intermédiaire de sa corporéité de soignant (C.C.M.A.), il y mêle son processus de professionnalisation, ses schèmes d'action sont à la manœuvre.

Au sein de la situation professionnelle, l'objet du soin porte la relation de soin et les actions clinicothérapeutiques entre le patient et le stagiaire (Cf. Figure 4).



**Figure 4 : L'objet du soin, échangeur de matériaux expérientiels**

Une mise en commun s'opère par/au travers de l'objet du soin où se conjuguent les activités des protagonistes, des échanges de matériaux expérientiels se produisent, une situation professionnelle se crée auquel participe le stagiaire.

## 2.73 Le contrôle de la situation professionnelle par l'entremise de l'objet du soin

La complexité de la situation professionnelle (Cf. Figure 5) rend sa mise en œuvre ardue par la présence en son sein, d'un triple processus en interaction, d'un "objet de soin partagé" comme pivot, et d'un cycle des expériences vécues lié aux échanges des matériaux expérientiels. Un méta-processus cyclique entre les acteurs s'instaure.

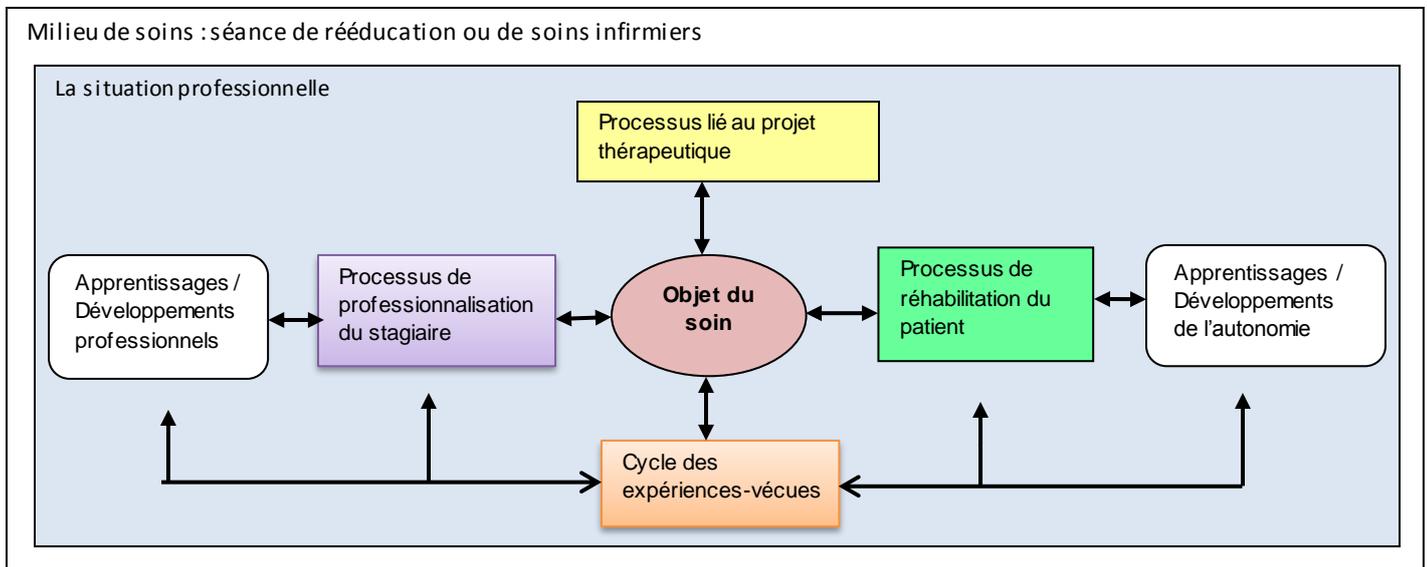


Figure 5 : L'objet du soin et la situation de professionnelle

Le besoin de contrôle de la situation professionnelle se concrétise au travers de l'objet du soin et ses transformations.

## 2.74 La situation professionnelle son rattachement à une Situation d'Enquête-Exploration (SEE) grâce à l'objet du soin

Notre troisième hypothèse est inspirée du débriefing et des entretiens ; face à la difficulté que requièrent la mise en œuvre et le déploiement de la situation professionnelle, le stagiaire met en place une situation connexe pourvue d'une fonction de réduction de la complexité de la situation professionnelle. La situation connexe se construit à partir de la situation professionnelle. Nous la nommons Situation d'Enquête-Exploration (SEE) et le point de connexion entre les situations est l'objet du soin (Cf. Figure 6).

La SEE est une excroissance qui prend racine sur l'objet du soin de la situation professionnelle. En empruntant une image au monde animalier et aquatique, nous pourrions la qualifier de "situation-pilote".

C'est le rapport patient stagiaire qui la fait naître et perdurer lors du stage. Elle est imbriquée avec la situation professionnelle de telle manière qu'elle n'apparaît pas au grand jour, elle est en quelque sorte masquée aux regards du stagiaire qui l'utilise.

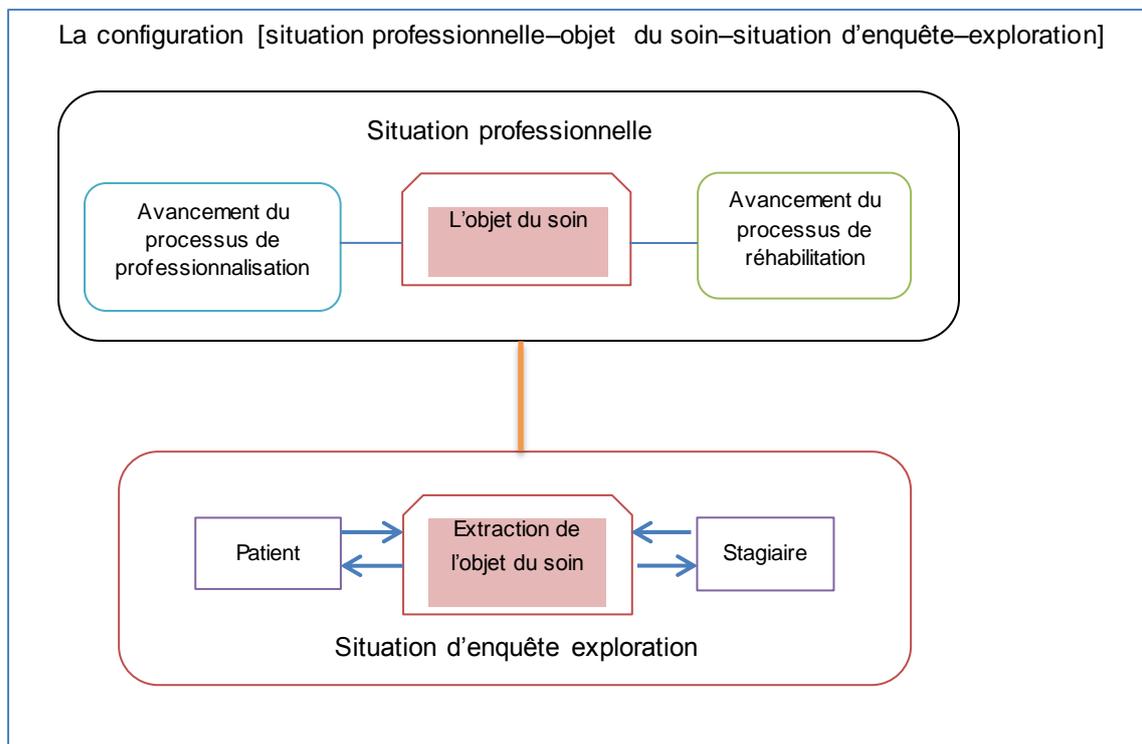
La SEE est habitée de prime abord par le stagiaire et le patient. La SEE est malléable, elle peut inclure conjointement ou indépendamment d'autres acteurs tels que le tuteur de proximité, le maître d'apprentissage, le formateur, un membre de l'équipe soignante etc.

Elle est utilisée à titre d'exemples lors des bilans de mi-stage et de fin de stage, des retours d'expériences en instituts de formation, des rendus de travaux divers liés à la période du stage que réclament les instituts qui peuvent faire l'objet d'une soutenance.

La situation d'enquête-exploration est une situation qui se répète dans le dispositif d'alternance.

La SEE est employée par le stagiaire comme un outil de pilotage de son stage, afin de le réussir, c'est-à-dire réaliser des apprentissages / développements en rapport avec les objets du soin qui sont les marqueurs du parcours du stage et dans le but de prodiguer des traitements en massokinésithérapie ou en soins infirmiers de manière appropriée au patient afin qu'il progresse dans son autonomisation.

Le stagiaire crée au final lors du stage une configuration [situation professionnelle–objet du soin–situation d'enquête–exploration] afin de superviser la construction de la situation professionnelle et son déroulement. L'objet du soin se présente comme le centre de régulation de la configuration par les processus qui le traversent et le transforment concomitamment.



**Figure 6 : Le couplage de la Situation d'Enquête-Exploration (SEE) avec la situation professionnelle par l'objet du soin**

### 2.75 La liaison des situations par la mise en tension dialectique de l'objet du soin

Notre quatrième hypothèse est que l'objet du soin mis en travail au centre de la configuration se trouve soumis à une tension dialectique entre deux polarités fonctionnelles ; l'exploration et l'enquête, cette polarité est portée par la SEE.

Nous prenons deux exemples en fonction de la présence ou non du patient au sein de la configuration.

L'exploration survient lors d'une séance de rééducation ou de soins infirmiers lorsque le stagiaire juge nécessaire de déclencher une situation d'enquête-exploration afin d'appréhender concomitamment la dimension perceptive de l'objet du soin et l'action incarnée qui englobe l'objet lors de sa manipulation. Ces actions clinicothérapeutiques se produisent lorsqu'inopinément les réactions du patient varient, entraînant de la part du stagiaire une adaptation non programmée du geste, de la posture corporelle, de la relation de soin etc.

L'enquête est mise au premier plan lors d'un bilan de mi-stage, d'une soutenance de mémoire par le formateur qui demande au stagiaire d'argumenter ses choix gestuels, ses exercices suite à la réaction du patient lors de la séance de rééducation en question.

La double polarité n'est pas figée, l'exploration se mêle à l'enquête au cours du stage et en institut de formation, une tension dialectique s'exerce constamment entre les deux pôles.

2.76 La question de recherche et l'objet de recherche avec en visée, le schème d'action, son cycle d'expérimentation et l'objet du soin

Notre question générale de recherche interroge le fonctionnement de ces deux situations reliées l'une à l'autre que crée le stagiaire (nous supposons d'emblée que le stagiaire agit ainsi). Le fonctionnement (celui auquel nous avons eu accès) est issu de la situation d'enquête-exploration, il fait appel à l'objet du soin (lié au patient) (ces deux entités sont mobilisées par le débriefing).

Le fonctionnement permet selon nous, de réduire la complexité de la situation professionnelle afin de faciliter sa mise en œuvre et son développement. Le schème d'action du stagiaire (celui auquel nous avons eu accès) réduit la complexité, en utilisant l'objet du soin et ses transformations. Ce processus une fois activé, permet au stagiaire d'entrer avec le patient dans la situation professionnelle et d'en contrôler le développement.

L'idée centrale est de discerner comment le stagiaire utilise la situation d'enquête exploration pour arriver à ses fins.

Selon nous le stagiaire dispose d'un modèle opératif pour manipuler à partir de la SSE la situation professionnelle. Selon nous le modèle opératif agit sur les processus de réhabilitation et de professionnalisation par l'intermédiaire de l'objet du soin, ce dernier est un point névralgique liant les acteurs et les situations.

Notre objet de recherche porte sur le schème d'action du stagiaire et concomitamment sur l'objet du soin et ses transformations.

# Partie III : Méthodologie

## 3.1 Introduction

*« L'histoire des idées n'est pas nécessairement superposable à l'histoire des sciences. Mais comme les savants mènent leur vie d'homme dans un milieu et un entourage non exclusivement scientifique, l'histoire des sciences ne peut négliger l'histoire des idées » (Canguilhem, 2005, p.16).*

C'est une double dynamique qui a guidé ma méthodologie, celle d'un praticien cadre de santé au sein du monde hospitalier à laquelle est venue s'ajouter celle d'un chercheur en sciences de l'éducation porté vers l'analyse de l'activité.

### 3.11 Un terrain de stage exigeant

Nous avons réalisé des observations à partir d'un milieu hospitalier recevant des stagiaires en massokinésithérapie, en soins infirmiers et de l'aide-soignant, en ergothérapie, en orthophonie, en appareillage etc. Un ensemble de professions de soins participent à la formation dans des services divers ; de médecine physique et de réadaptation, de long séjour médicalisé etc.

À partir de la cellule tutorat, nous avons effectué des investigations en prenant comme motif le suivi pédagogique du stagiaire qui se compose des temps suivants :

- > De bilans programmés de mi-stage et de fin de stage ;
- > De rencontres informelles avec le tuteur ou d'autres professionnels, voire avec le patient quand celui-ci à une expertise de sa pathologie.

Les domaines des technicités sont d'une grande diversité mais néanmoins conservent une trame commune liée à la qualité et à la sécurité des soins.

Le chercheur a une connaissance des métiers, aussi les entretiens avec les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmier(e)s et les aides-soignant(e)s n'ont pas versés dans des domaines qui lui étaient inconnus. Est venu s'ajouter à cela pour le chercheur, la connaissance des pathologies, des comportements des acteurs en phase de rééducation et de réadaptation.

Nous avons voulu explorer le domaine des soins qui nous apparaissait comme celui du quotidien, qui nous était familier, et à notre portée observationnelle.

Ce domaine conservait néanmoins pour nous une invisibilité, des questionnements sur la manière dont il pouvait porter le processus de professionnalisation du stagiaire.

Un élément troublant, l'appréciation convergente souvent très ajustée et précise, lors d'une mise en situation professionnelle, des membres du jury tuteurs et formateurs en institut, restait à nos yeux une sorte d'énigme.

Jusqu'à présent ces pratiques tutorales sont restées campées dans le domaine d'utilisations pragmatiques, encadrées par des procédures réglementaires.

Leur investigation sur le plan d'une démarche scientifique est une autre affaire, celle d'une exploration de territoires aux aspects non familiers.

Les stagiaires voudraient-ils participer à cette entreprise? Comment les tuteurs allaient-ils réagir?

Nous avons quand même une intuition générale qui nous guidait :

- > le manque ressenti d'exploitation approfondie et systématique de l'expérience du stage et ce, à tous les niveaux du processus tutorale aussi bien sur le terrain de stage que dans les instituts de formation.

C'est cette faille du dispositif d'alternance, que notre méthodologie a cherché à investiguer.

3.12 Recueillir l'expérience de stagiaires aux prises avec des personnes en situation de handicap.

Le monde de la santé et la situation de handicap qui est une de ses ultimes ramifications, sont parcourus par des conceptions sociétales qui donnent corps à nos représentations de la maladie, de la guérison, du handicap.

Notre recherche tient compte de ce contexte, et du « *jeu des structures* », autrement dit la dialectique, essentielle à la compréhension de toute réalité sociale, entre les actions singulières et l'activité collective ». (Fassin cité dans Schurmans, & Chamillot, 2010).

Le recueil de l'expérience des stagiaires dans leur rapport avec les personnes en situation de handicap est délicat. C'est encore plus vrai lorsque les déficiences du patient touchent aux fonctions cognitives, le rendu de l'expérience par le stagiaire s'en trouve complexifier. C'est un exemple d'obstacle que nous avons rencontré en tant que chercheur. Sachant que parler de son expérience pour en soustraire un objet de pensée n'est point chose aisée :

*« L'expérience est la vie même (Dewey 1968) et que ses traces, comme situations vécues et comme actions déployées sont incorporées et composent nos manières de penser, d'agir, de nous situer par rapport aux autres, aux choses et aux pratiques. L'expérience compose ainsi une sorte de tout indéterminé dont nous n'avons pas l'habitude de faire un objet de pensée. En outre nous en parlons le plus souvent (mais pas seulement) sous une forme narrative » (Mayen, 2009, p.104).*

Le recueil de l'expérience, peut utiliser une seconde voie celle de « l'action documentée » (Olson, 2005, cité dans Mayen, 2009, p.103) en tant qu'ensemble de tâches variées qui consistent : à lire, remplir de documents, suivre les consignes que ce document impose, remplir des fiches etc.

Concrètement lors du débriefing, nous nous sommes intéressés à l'ensemble des supports mobilisés par les étudiants. À défaut, nous invitons les stagiaires au cours

des entretiens à utiliser des graphismes, pour montrer leur compréhension des situations de soin avec tel ou tel patient.

La narration et l'action documentée ou « *système instrumental* » (Mayen, 2009, p.103) ont été ainsi les deux pieds sur lesquels ont reposé le dispositif de recueil de données.

### 3.13 La mise en récit d'expérience de la situation de handicap

Le degré de conscience des patient.e.s, les défauts de communication, les inattendus cliniques liées ou non au handicap sont autant d'incertitudes vécues par la/le stagiaire. En début de stage, l'expérience clinique des stagiaires acquise ultérieurement face à des patients cérébrolésés s'avère fréquemment bien mince, l'expérience clinique au contact du patient qui se manifeste à eux ici et maintenant, se présente comme une terre incognito.

Dans ces conditions, il s'agit d'essayer de comprendre les mécanismes qui permettent une élaboration de leur expérience, son expression, son intégration dans un but de formation. Comment le stagiaire peut-il réaliser ce processus complexe ? Quels en sont les résultats pour lui ? Comment dans le cadre de la recherche pouvons-nous aborder ces phénomènes complexes, les observer et les analyser ?

Poser ces questions, c'est attendre du stagiaire, une forme de prise de distance par rapport à l'expérience. Le moteur de la mobilisation de nos outils de recueil est tout entier dans cette citation d'Axel Honneth (2007).

*« Dewey entend montrer que nous pouvons parvenir à une appréciation différenciée et rationnelle d'une situation vécue qu'après nous être séparé de son unité qualitative par un acte de prise de distance. Les éléments analytiques dont nous avons besoin pour traiter un problème pratique proviennent de la tentative réflexive de séparer les uns des autres des éléments dont nous avons auparavant fait l'expérience dans l'unité indifférenciée d'une tonalité affective unique (...) C'est seulement à ce moment que, que dans l'élaboration secondaire d'une situation, se détache l'objet de la connaissance auquel l'individu agissant, devenu affectivement neutre peut s'opposer en tant que sujet »* (Honneth, 2007, cité dans Mayen, 2009, p.103).

Honneth questionne ici la possibilité de saisir l'expérience globale d'un individu. Il suggère d'emblée la nécessité d'un découpage du réel. Une opération qui ciblerait à titre d'exemple, un séquençage d'actions lié à un élément d'étonnement, lié à une perturbation, éléments divers dont les contenus seraient ensuite creuser.

Vergnaud (2013) suggère une méthode pour traiter ce problème du saisissement de l'expérience en objets de pensée « *est de découper des objets d'étude plus petits que l'expérience globale, même si cette expérience globale mérite aussi d'être analysée pour elle-même, et même si elle pèse sur l'expérience associée à des domaines particuliers* » (p. 291).

Ces domaines « *couvrent à la fois l'expérience dite quotidienne de la vie (dans la famille et dans le milieu de vie) et l'expérience scolaire, l'expérience professionnelle, la formation* » (Vergnaud, 2013, p. 290).

C'est un ensemble de champ d'expérience qui se trouvent reliés les uns aux autres et qu'il serait « *excessivement simpliste d'opposer* » (Ibid., p. 290). Ainsi, en sondant l'expérience globale des stagiaires, le chercheur accède dans une certaine mesure à leur expérience-vécue auprès des patients en situation de handicap.

La méthode de découpage de l'expérience globale est soutenue par la théorie des champs conceptuels, selon laquelle, l'objectif est d'identifier et de désigner des sous-champs de l'expérience, en utilisant deux idées ou leviers que sont « *situation et (...) concept* » (Ibid., p. 291).

Cette méthode demande à pouvoir disposer des champs conceptuels, de les avoir extraits de l'expérience ce qui ne peut se faire d'emblée étant donné la complexité intrinsèque du/des concept (s) et son intrication avec la/les situation (s):

*« Il est à la fois un ensemble de situations et un ensemble de concepts. L'ensemble des situations dont la maîtrise progressive appelle une variété de concepts, de schèmes et de représentations symboliques en étroite connexion. L'ensemble des concepts qui contribuent à la maîtrise des situations. »* (Ibid., p. 291).

Avant de pouvoir mettre en œuvre cette méthode encore faut-il pouvoir recueillir l'expérience dans sa globalité première. C'est pourquoi nous avons eu recours au débriefing afin de faire surgir l'expérimentation du stagiaire acquise en séance de soin avec le patient.

Le principe du débriefing repose sur le concept d'expérience. L'expérimentation est son dynamisme constituant, ce par quoi la conscience du stagiaire parcourt un chemin, se « *propulse* » vers le savoir, « *parvient* » à la connaissance. « *Pour autant, il ne s'agit pas là d'un déplacement (...) mais de la prise de conscience, par elle-même, de ce qu'elle est* » (Jarczyk, & Labarriere, dans Hegel, 1993, p 669).

Le processus de l'expérimentation s'auto constitue de ce flux, par lui le stagiaire communique et le reconfigure (Barbier, 2016, p. 61).

Deux approches se conjuguent pour parvenir à une objectivation de contenus possibles, coconstruits et communicables ;

- > Le constructiviste dans laquelle les sujets « *élaborent une façon propre de connaître en restaurant de la cohérence entre les mondes de leurs expériences* » (Durand, 2008, p. 36) ;
- > L'interactionnisme social où l'acte d'apprendre résulte de la participation du stagiaire « *aux interactions sociales organisées* », il en résulte pour le chercheur que « *l'unité à analyser est l'activité au sein d'une action sociale* » (Ibid., p. 36).

L'activité qui résulte du face à face entre le stagiaire et le chercheur lors du débriefing, forge notre hypothèse méthodologique : celle d'une reconstruction, d'un remaniement de l'expérience du stagiaire, pouvant conduire à une objectivation de ses contenus. Cette fonction d'objectivation sera source et moteur de développements.

Deux principes d'action sont à l'œuvre lors du débriefing ; la construction de connaissances et les interactions sociales, qui en assurent la mise en dynamique.

### 3.14 Le débriefing entre activités de production et de construction

Par ses principes d'action, le débriefing rapproche deux processus ; celui concernant la production relevant d'actes de soins et celui en rapport avec construction se rapportant à la professionnalisation du stagiaire.

L'activité de production du stagiaire concerne les soins adressés aux patients, l'activité de construction à distance des soins prodigués, s'effectue, se déploie entre autre par la mise en œuvre du débriefing :

« *Par l'activité productive un acteur transforme le réel, que cette transformation soit matérielle, symbolique ou sociale* » et « *par l'activité constructive, le même acteur se transforme lui-même en transformant le réel* » (Pastré, 2007, pp. 84-85).

Le débriefing s'inscrit *en pont* entre dans le processus de construction/professionnalisation et celui de la production/soins, il met en lumière, il accentue les développements / apprentissages en créant une connexion entre « *deux registres : le registre de la réussite de la tâche, qu'on peut appeler pragmatique ; et le registre de la compréhension et de la conceptualisation, qu'on peut qualifier d'épistémique* ». (Ibid., p. 85).

Cette mise en relation favorise des « *épisodes de glissements* » (Clauzard cité dans Pastré, 2007, p. 85) entre les deux registres.

Le registre pragmatique appartient au processus de production des soins délivrés dans le service de médecine physique et de rééducation. Le registre de la compréhension et de la conceptualisation est la partie émergente du processus de professionnalisation qui se concrétise dans, par les apprentissages sur le lieu de stage.

### 3.15 Le débriefing : l'enquête coopérative

Nous sommes dans le cadre d'une « *contractualisation* » d'une « *enquête coopérative* » (Durand, Ria, & Veynures, 2010, p. 5) au sein de laquelle la définition des objets d'études doit répondre à un principe de satisfaction « *des intérêts, objectifs et curiosité* » (Ibid., p. 5) du chercheur et du stagiaire.

Sur le plan éthique les termes du contrat sont explicités, le mode du volontariat, de l'anonymisation et d'un non contrôle normatif et hiérarchique sont des principes intangibles.

Le débriefing s'inscrit comme un élément clé de l'enquête coopérative, il correspond dans la pratique au calage des régulations entre le chercheur et le stagiaire. La définition du contrat et des échanges s'effectuent au cours de rencontres non formalisées en début de stage.

L'interpénétration des logiques entre le chercheur et le stagiaire est optimale lorsque les stagiaires doivent rendre à la suite du stage un rapport ou un mémoire sur le suivi thérapeutique d'un patient.

Les échanges avec le chercheur lors du débriefing, permettent aux stagiaires d'exprimer leur niveau de compréhension du cas clinique et des situations diverses de soins aux qu'elles ils sont confrontés. La présence du chercheur leur permet d'entendre un avis et de conforter ou non les procédures techniques entreprises.

Les échanges entre le chercheur et le stagiaire susciteront chez ce dernier<sup>1</sup> une réélaboration-communication (Barbier, 2013, pp.18-31) de l'expérience-vécue.

Les logiques d'action, les intentionnalités, les motifs généraux se trouvent assemblés. L'ensemble forme une délimitation opérationnelle du dispositif débriefing qui donne lieu à l'établissement d'un schéma-cible.

L'utilisation qui est faite du schéma-cible reste libre, par exemple quelques stagiaires ont demandé à prendre le document chez eux comme support de réflexion pour la rédaction de leur rapport. Cette appropriation non prévisible est venue s'inscrire dans le dispositif.

Nous sommes là en présence d'une d'appropriation de l'outil débriefing à des fins personnelles et de formation. D'une manière générale les stagiaires ont réclamé l'outil de recension schéma-cible lors de leur départ du stage.

## **3.2 La démarche méthodologique**

### 3.21 Introduction

Nous nous sommes orientés vers une étude idiographique, par le fait que nous savons cherché à comprendre la manière dont le stagiaire avait déployé son activité d'expérimentation au cours d'une série de séances de rééducation auprès d'un patient singulier et comme résultat, ce qu'il avait pu en retenir ? « *Le domaine idiographique est ainsi focalisé sur le particulier et l'individuel. (...) Les études idiographiques relèvent de la préoccupation de comprendre des significations plutôt que du projet de formuler des lois causales* » (Smith et al. cités dans Leplat, 2002).

### 3.22 Le raisonnement idiographique

Nous avons inscrit notre activité de chercheur dans le cadre d'un raisonnement idiographique pour lequel plusieurs règles méthodologique sont recommandées et renvoient à la compétence du chercheur, « *la comparaison des données, la saturation ; l'utilisation de cas négatifs ; la variation et la comparaison des sources ; la durée prolongée sur le terrain ; l'imprégnation distanciée* » (Charmillot, & Dayer, 2007, p 129).

Rétrospectivement en examinant le cheminement de la recherche, nous nous sommes saisis pragmatiquement du raisonnement idiographique, sans toutefois l'avoir conceptualisé, lors de la recherche. Nous pouvons répondre de l'utilisation de plusieurs règles méthodologique.

---

<sup>1</sup> Nous n'excluons pas le patient, il est en capacité comme tout être humain de créer ce processus de réélaboration-communication par rapport à sa propre expérience.

### 3.23 La comparaison des données

Nous avons à notre disposition comme moyen d'investigation : l'entretien conforté par un procédé de recension complémentaire dans la démarche d'investigation, le schéma-cible.

Cette dichotomie et complémentarité des deux moyens avaient un double objectif, découvrir l'action menée par le stagiaire et en même temps comprendre le construit qui la sous-tend. Il fallait pouvoir investiguer les deux dimensions de l'action : téléique et atélique.

#### 3.231 La dimension téléique de l'action par l'utilisation du schéma-cible

Elle est portée par la technicisation des soins avec le bipole : le but et les moyens pour l'atteindre, c'est une forme de simplification de l'action qui est perçue comme une trajectoire.

La dimension téléique comprend une arborescence des possibles envisagés en amont de l'action, « *une véritable action doit impliquer en son amont une vaste arborescence de possibles réarrangements* » (Livet, 2005, p. 24).

L'action est à considérer comme un ensemble de fonctions emboîtées reliées entre elles par un mouvement circulaire et non strictement linéaire. L'action animée par une motivation, un besoin pragmatique. Nous mobilisons un schème d'action pour atteindre un but.

*« Pour pouvoir accomplir une action de manière à satisfaire notre motivation, nous devons donc non seulement déterminer notre mouvement en fonction de cette motivation et de sa cible, mais nous devons disposer d'un répertoire varié de réarrangements de nos posture, pour les réorienter vers les mouvements qui nous demandent le moins d'efforts »* (Ibid., p. 24).

#### 3. 232 La dimension atélique de l'action par l'utilisation de l'entretien

Elle présente l'action dans son déroulement ses remaniements, ses linéaments, bifurcations, ses ramifications. Le processus de transformation est à mis en avant, il apporte une image d'une construction en cours, d'un développement où les repentir de la progression ne sont pas gommés.

*« Nous voyons alors que non seulement une action exige de disposer d'un vaste répertoire de réarrangements vers l'amont, mais qu'elle exige aussi de disposer d'un vaste répertoire d'ajustements ou de mises à jour, qui sont des liens entre les mouvements présents et les mouvements futurs »* (Ibid., p. 25).

Ces deux aspects sont indissociables pour comprendre la genèse des construits réalisés par le stagiaire.

Notre intuition méthodologique était que la dimension téléique (portée par le schéma-cible) devait servir de support au découverture de la dimension atélique (portée par l'entretien).

Lors de l'entretien, le surgissement de la mise en réseau de l'action s'est produit au cours des échanges, par exemple les objectifs, les moyens et les informations sous la forme de fléchages ont été reliés par le stagiaire.

### 3.24 L'éclectisme des sources pour une comparaison des données

L'éclectisme des données a été provoqué par les plusieurs modalités de production des données ; l'entretien, le schéma-cible, auxquels des procédés de recension "bricolés", sont venus s'ajouter comme des schémas d'action, des écrits divers, des vidéos de séquences gestuelles ou scénettes.

Cet éclectisme a permis de recueillir un maximum d'informations et de pouvoir ensuite effectuer au moment du traitement des données des recoupements :

*« L'éclectisme des sources à un grand avantage sur les enquêtes fondées sur un seul type de données. Il permet de mieux tenir compte des multiples registres et stratifications du réel social que le chercheur étudie » (De Sardan, p. 13).*

La difficulté à réaliser les débriefings (du fait de leur imbrication dans un procès de production de soin, de planification des séances de rééducation à respecter etc.) faisait que le temps était compté. Néanmoins, l'éclectisme des sources a été un objectif que nous avons pu atteindre selon des modalités diverses en fonction des situations professionnelles sous-jacentes et des déroulements des débriefings.

### 3.25 La saturation

La question tourne autour de quand doit-on cesser l'enquête de terrain ?

Le chercheur a perçu une diminution de la productivité des données fin 2015, il a poursuivi néanmoins sa démarche de recueil en 2016 mais elle s'est accompagnée d'une diminution des enquêtes de terrain.

Au fur et à mesure de l'avancée du recueil des données nous avons eu l'impression que les phénomènes que nous tentions de comprendre nous échappaient encore, bien que leurs manifestations nous deviennent connues, presque prévisibles.

Nous pouvions déclencher leur apparition par l'intermédiaire de « *procédés de recension* » (Olivier De Sardan, 1995, p. 10) tel que le schéma d'action aperceptif de valuation de l'effort lié à l'adaptation des techniques de soins.

Nous avons la nette impression que nous étions en mesure de manipuler des phénomènes sans pour autant pouvoir les soutenir sur le plan conceptuel ou du moins très partiellement, par bribes.

Nous avons intuitionné que nos données contenaient le phénomène dans, par, avec des mécanismes qui permettaient sa manifestation ; et que le moment était venu de les mettre à jour.

Le recueil de données n'était plus une priorité leur traitement oui, et ce afin d'être en capacité de développer une analyse. La conceptualisation ou théorisation avaient pris le pas sur l'observation, la production et le recueil des matériaux empiriques.

Pour donner un ordre de grandeur fin 2015 nous avons réalisé depuis 2013 environ, 133 débriefings.

L'impression de saturation s'est imposée par un autre cheminement celui de l'utilisation d'un descripteur, la matrice expérientielle.

Ces entités font office de « *médiateurs entre concepts interprétatifs et corpus empiriques* » (Olivier De Sardan, 1995, p. 17) ce sont des « *ensembles pertinents de données "qualitatives" permettant de corroborer ou d'infirmer, et plus souvent de modifier, des propositions interprétatives spécifiques* » (ibid., p. 17).

Il s'avère que c'est seulement à ce stade de la recherche que nous sommes en capacité de nommer et d'explicitier ce que nous avons utilisé comme moyens afin « *de mettre de l'ordre et de la systématité* » (ibid., p. 17) dans notre travail de terrain.

### 3.26 La variation et la comparaison des sources

Ces deux critères sont dépendants du dispositif de recueil des données, notre dispositif observationnel y a répondu par le nombre et la diversité des champs cliniques et thérapeutiques ciblés entre 2013 et 2015 : la neurologie, la traumatologie, l'orthopédie, les amputations, la chirurgie d'escarre, et la gériatrie.

La variation et la comparaison des sources ont résulté de l'utilisation de trois critères en lien avec des situations professionnelles exposées par les stagiaires : les champs cliniques et thérapeutiques, la filière métier et les années de formations (Cf. Figures A et B en annexes).

La volonté du chercheur était de vérifier l'adaptabilité de la pratique du débriefing au contact des différentes filières de formation et de tester en même temps la faisabilité du dispositif de recueil des données en fonction des situations professionnelles exposées.

### 3.27 La durée prolongée sur le terrain

Elle a été d'au moins trois ans voire plus, en effet après 2015, nous avons poursuivi ce travail de terrain encore 1 an tout au long de l'année 2016 mais en menant beaucoup moins d'enquêtes et avec la volonté de vérifier empiriquement des manières de produire des données. En explorant les capacités de recension des schémas d'action aperceptifs, en cherchant à combiner l'outil vidéo par l'enregistrement de scénettes.

### 3.28 L'imprégnation distanciée et la posture du chercheur

Le chercheur participe à la production des données empiriques, il en est le co-auteur. Se pose le problème de sa distanciation par rapport à son objet de recherche.

La production des données est issue d'un dispositif sociotechnique constitué par le stagiaire l'interviewer utilisant un outil le débriefing, dans un espace clos à distance spatio-temporelle des soins.

Nous considérons ce dispositif comme un point d'observation distanciée ; parce que non producteur d'interférences en relation directe avec les activités de soins en cours

et avec leurs acteurs (en particulier le patient). Le chercheur n'est pas intervenu sur la conduite des soins (processus de réhabilitation) ni sur celles des tuteurs de proximité (processus de professionnalisation).

Le dispositif observationnel comme système sociotechnique par sa mise en œuvre crée un espace de médiation en regard des activités en situation de soin ce qui à la fois le relie et le distancie à l'objet de recherche.

Le dispositif observationnel que propose le débriefing est distancié de l'activité de soin. Se pose le problème des outils de recherche pour la production des données empiriques. L'idée était que ces outils puissent enregistrer les traces des activités du stagiaire et du patient expérimentées au cours des soins et présentifiées au cours de l'entretien.

Par ailleurs, une force de rapprochement s'est exercée, mue par la motivation du chercheur qui s'est résumée sous la forme d'une assertion ; les mieux à même de comprendre les mécanismes à l'œuvre dans les processus de réhabilitation et de professionnalisation sont les soignants chercheurs.

La distanciation et la force de rapprochement se sont équilibrées dans le cadre de l'entretien par les objectivations qui s'y sont produites et qui ont formé un chemin, que le chercheur et le stagiaire ont pu parcourir à rebours ou bien en avançant.

### **3.3 Les procédés de recension**

#### 3.31 Introduction

Le schéma-cible a servi de support, de vecteur au débriefing.

Le schéma-cible s'apparente à un « *schéma heuristique ou carte mentale* » (Berthou, & Marchand, 2010, p. 35) qui met au centre « *une idée centrale qui rayonne vers d'autres données, formant une structure radiante ou arborescente* » (Ibid., p. 35). C'est une « *technique de représentations graphiques d'idées, de concepts ou d'informations* » (Ibid., p. 35) qui a comme visée utilisatrice d' « *organiser de résumer des idées* » (Ibid., p. 35).

Cet outil favorise la construction d'une « *abstraction "figurative", la formalisation schématique permet défigurer la représentation que l'on se fait de l'action, et, de ce fait, d'explicitier l'activité mentale qui la sous-tend* » (Sonntag, 2002, p. 32).

Le schéma-cible, selon nous, sert à détecter les "arborescences de l'action" du stagiaire en direction de l'objet du soin, il permet de :

« *Représenter la perception que les acteurs ont du déroulement de leur agir (enchainements de leurs actions et stratégie de mise en œuvre) et des références sur lesquelles ils se fondent (références cognitives, expériences personnelles, source d'informations, personnes ressources)* » (Ibid., p. 32).

Le schéma-cible retrace et donne une « *vue globale de la démarche* » (Ibid., p. 36) de soin :

Il « évite des explications fastidieuses, ouvre sur des commentaires d'approfondissement, visualise le styles de connaissances mobilisées, permet de pointer les connaissances mal maîtrisées (...). La précision de la configuration dénote le plus souvent le degré de prise de conscience de la démarche » (Ibid., p. 36).

### 3.32 Le schéma-cible son utilisation lors des débriefings

Le schéma-cible (Cf. Figure 7) se présente sur une feuille de format A3, à partir duquel le stagiaire doit réagir :

- A exposition du cas clinique,
- B indications des informations en lien avec le cas clinique,
- C présentations des moyens
- D mise en avant des objectifs.

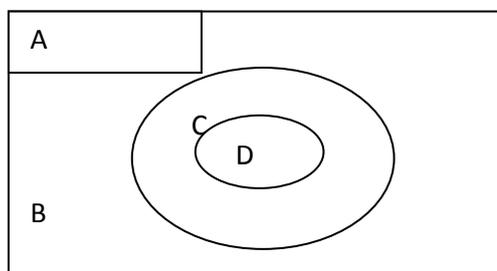


Figure 7 : La forme du schéma cible comme outil de recension

L'interview et l'inscription de données sur l'artefact se complètent ou se chevauchent l'idée étant d'utiliser l'oralité le discours et une forme d'écriture simplifiée, les deux approches pouvant servir de support aux échanges et à leur enregistrement formel.

Il comporte trois descripteurs principaux :

1. Les objectifs de soins du stagiaire (partie D du schéma-cible)
2. Les moyens techniques en rapport avec ces objectifs, ils se présentent comme une liste ou un répertoire (partie C du schéma-cible)
3. Les informations contenues dans le dossier patient sont notées, antécédents, histoire de la maladie, cas clinique, elles sont nécessaires pour comprendre la mise en œuvre des points précédents (parties A et B du schéma-cible)

La mise en relation de ces trois groupements s'opère au cours du débriefing par des fléchages (le cas échéant) ce qui permet de décrire, des groupements d'activités articulés les uns aux autres et indexés à des emports temporels. Ce rendu descriptif manifeste la présence d'un construit.

Le stagiaire à l'entière liberté de choix du cas clinique qu'il veut évoquer.

Avant que ne commence l'utilisation du schéma cible, une consigne est donnée au stagiaire celle de se représenter une situation de transmissions d'informations ; " vous confiez votre patient à un confrère, vous lui donnez les informations qui sont nécessaires à la poursuite du projet thérapeutique".

L'utilisation du schéma-cible comporte 4 périodes :

- > La 1<sup>er</sup> période, le stagiaire répond à la consigne en inscrivant les données catégorisées dans les espaces correspondants.
- > La 2<sup>ème</sup> période une régulation est menée dans son principe d'interactivité par le chercheur. Cette phase de communication intensive entre le chercheur et le stagiaire permet de construire des liens entre les espaces du schéma et les informations (à titre d'exemple, sous la forme d'un fléchage), de compléter voire d'amplifier significativement certaines catégories de données. À la suite de plusieurs débriefings, les régulations s'inscrivent sur le schéma-cible telles des stratifications (nous utilisons un code de couleur pour les différencier).
- > La 3<sup>ème</sup> période est consacrée à la duplication de l'artefact pour le stagiaire. La planification d'un autre débriefing est discutée.
- > La 4<sup>ème</sup> période est recentrée sur le chercheur, avec la préservation du document (s) et des enregistrements, le cas échéant un commentaire est réalisé par le chercheur.

Une catégorisation des données émerge du schéma-cible, elle porte sur des activités clinicothérapeutiques au contact d'objet(s) à titre d'exemples : clinique (s) contenus dans les parties A et B, d'objet(s) de connaissances/savoirs techniques dans la partie C.

Le schéma cible est un schéma d'action (Sonntag, 2002), il rassemble le répertoire des buts, des moyens afférents et des motifs et ou des raisons qui ont conduit le stagiaire à orienter et à mettre en œuvre un traitement. Pour le chercheur la « *représentation de la pratique est le véritable objet d'étude* » (Sonntag, 2002, p. 35). Ce qui nous intéressait c'était de faire apparaître ce que les grecs nommaient *techne*, une forme de savoir pratique (Rothier Bautzer, 2002, p. 42) en lien avec la transformation de l'objet du soin.

### 3.33 Le schéma-cible déclencheur d'un discours chez le stagiaire.

Le schéma-cible est une trame, une simplification ou une réduction d'un contenu actionnel beaucoup plus vaste. Il sert au chercheur à promouvoir les échanges avec le stagiaire. C'est un générateur d'interactions qui provoquent chez le stagiaire un flux de représentations, une narration, un discours.

Le chercheur sonde et oriente le flux par ses questionnements et ce, en vue d'accroître sa compréhension et celle du stagiaire sur le fondement des actions qui ont été menées.

L'outil cible sert de point d'ancrage à une multitude de représentations qui viennent s'y agréger et s'y complexifier (Vinter, & Perruchet, 2008, pp. 84-85). Et surtout, il appelle des commentaires et « *c'est le commentaire du schéma qui constitue le moment central* » de production des données pour le chercheur (Sonntag, 2002, p. 36).

Cette dynamique agrégative et centrifuge vers l'outil cible est facilitée par le schématisme de l'outil cible qui permet de faire apparaître les points-clés sédimentés que sont les étapes fonctionnelles du déroulé du traitement clinicothérapeutique.

La mise en lumière des moments d'inflexion, de franchissement d'obstacles, de réponses données aux problèmes clinique prévisibles ou inopinés, leur rapport avec de nouvelles tactiques ou stratégies, toutes ces informations peuvent être prises dans avec et par les mailles du filet que constitue un discours.

### 3.34 Le schéma cible : l'avantage que procure la spatialisation des données

L'outil cible en tant qu'objet offre une spatialisation, un ordonnancement sur la feuille d'une quantité importante d'informations.

Cette géométrisation permet de passer d'une « *stratégie de route* » (Berthoz, 2013, p. 352) qui est une « *description logique, par nature sérielle, linéaire, successives* » (Ibid., p. 34) à une à une stratégie « *de carte ou de survol* » (Ibid., p. 352) c'est-à-dire une « *description en parallèle simultanée (...) qui permet de créer des chemins (...) de saisir des relations, de comparer des itinéraires, de manipuler mentalement les relations entre les éléments* » (Ibid., p. 34).

La forme schématique de l'outil cible ou diagramme facilite le travail de la pensée. Le chercheur et le stagiaire verront par l'outil (médiation), se former progressivement entre eux l'objet d'une réflexion distanciée.

### 3.35 Le schéma cible : l'imprégnation distanciée et le travail collectif

L'imprégnation distanciée est un critère qui se rapporte au raisonnement idiographique, il nous semble raisonnable d'affirmer que le schéma cible a permis de le mettre en œuvre. Le chercheur a accompagné le flux représentationnel suscité par le schéma-cible par une écoute empathique et distanciée du stagiaire.

Le schéma cible est un objet médiateur, le résultat d'une pratique qui peut être considérée comme une œuvre (Ricœur, 1986, p. 120). Cette œuvre est la « *chose* » du schéma-cible (Ibid., p. 124) à partir de laquelle une mise à distance peut s'opérer entre ce qui a été vécue et qui est maintenant relaté graphiquement et textuellement

Les matériaux ou données formant les contenus du débriefing et leurs formalisations par l'intermédiaire du schéma-cible ont servis de leviers de distanciation.

L'utilisation de l'outil cible donne lieu à un travail collectif dont le but principal est l'explicitation des actions clinicothérapeutiques menées par le stagiaire en rapport avec un cas clinique qu'il faut définir.

Le décryptage concomitant des actions clinicothérapeutiques et du cas clinique est le résultat d'une coopération (Barthe, Queinec, p. 670, 1999) du chercheur et du stagiaire. Au cours de laquelle leurs points de vue se confrontent et conduisent progressivement à une reconstitution des activités, des coactivités du patient et du stagiaire, de leur organisation en termes de moyens techniques, de temporalité de résultats recherchés en direction de l'objet(s) du soin etc.

C'est une dynamique représentative qui est piégée par la mise en schéma des plans d'actions, elle-même donnera lieu avec la participation du chercheur, à une

« *assimilation sur le plan verbal* » (Vygotski, 1997, p.303), des actions apposées sur la feuille, engageant ainsi une prise de conscience du stagiaire.

### 3.36 L'apparition d'autres procédés de recension

Au fur et à mesure de l'avancement de la recherche et de la reproduction des débriefings, les activités clinicothérapeutiques décrites et questionnées par l'intermédiaire d'un schéma-cible ont fait émerger un graphisme ou un dessin, complété par des commentaires ou des annotations.

Ces formes schématiques descriptives parfois très abouties dans leur synthèse d'un cas singulier, ont répondu à une nécessité, celle d'avancer dans la compréhension des expériences-vécues du stagiaire.

Ces procédés de recension auxiliaires se sont avérés utiles, pour signifier sur un mode graphique, à titre d'exemple, ce qui s'était passé sur une période plus ou moins longue du traitement, mettant en lumière l'évolution des activités clinicothérapeutiques en lien avec les signes cliniques et les prescriptions médicales et ce, en quelques minutes. Le chercheur est resté admiratif la première fois devant la justesse et la célérité de la synthèse qui se réalisait devant lui.

Ces procédés de recension auxiliaires nous les avons qualifiés de schémas d'action aperceptifs. Ils ont agrégés des données touchant aux affects retraçant l'évolution d'une relation de confiance entre le patient et le stagiaire.

Ces procédés rapprochaient la sphère complexe des ressentis, éprouvés liés à l'action avec l'estimation d'un temps, d'un effort réalisé, de l'efficacité d'une pratique, d'une évolution du comportement du patient, de son autonomie etc. Ce type de descripteur s'est imposé comme un élément informatif important qui permettait de comprendre l'organisation des soins du point de vue du stagiaire.

Leur appropriation par le stagiaire fut source d'étonnement pour le chercheur. Il en ressortait une acceptation positive quant à leur utilisation par le stagiaire, ainsi qu'une reconnaissance de leur utilité.

Par ailleurs, le fait de réaliser ces schémas a permis de "montrer au stagiaire" ce qu'il avait réalisé dans le cadre du stage au contact du patient.

### 3.37 Une vue quantitative sur les procédés de recension

Lors des débriefings, l'utilisation de ces moyens de recension de 2013 à 2015 fait état de : 88 schémas cibles et de 98 tracés graphiques stagiaire qui englobent entre autres, les frises temporelles d'évolution clinicothérapeutique et les scripts aperceptifs, le besoin de procédés de recension se fait jour par ce bilan ou regard rétrospectif du chercheur.

### 3.4 L'approche inductive

#### 3.41 Introduction

Nous nous sommes engagés dans une démarche menant à un échantillonnage théorique (Guillemette, Luckerhoff, 2009, p. 8) sans en avoir pris conscience. Nous avons recueilli des données dans le but d'éclairer notre intuition de départ dont le contour était assez flou. Lors des premiers débriefings, nous avons repéré des liaisons entre les activités du stagiaire et l'évolution clinicothérapeutique du patient. Des séquences rééducative-réadaptatives émergeaient, articulés les unes aux autres, des formes de scission ou de césures se manifestaient dans des emfans temporels.

À ces zones de transitions répondaient des remaniements d'objectifs de soin. Des changements des techniques en découlaient. Un changement dans les activités du stagiaire et du patient s'opérait avec plus ou moins d'intensité et de rapidité lors des séances de rééducation ou de soins infirmiers.

Lors des débriefings, les questionnements qui portaient sur ces zones de transition provoquaient une investigation plus approfondie de la part du stagiaire (et du chercheur) du fait qu'étaient pointés les choix opérés, leurs motifs, la survenue d'obstacles etc.

La recherche d'une compréhension par le chercheur conduisait à une analyse de la succession des choix technologiques pris par le stagiaire en relation avec l'évolution clinique du patient. L'influence de Simondon était prégnante quant à la dimension technologique convoquée.

#### 3.42 L'échantillonnage théorique

Nous nous étions engagés dans une démarche menant à un échantillonnage théorique (Guillemette, Luckerhoff, 2009, p. 8) sans en avoir pris conscience. La variation des situations professionnelles que nous avons explorées par fragments lors des débriefings avait pour but de collecter des données empiriques, afin de « *favoriser l'émergence et la construction de la théorie* » (Ibid., p. 8).

Lors des débriefings nous avons repéré des ensembles de pratiques de soins en relation avec l'évolution de la clinique et des thérapeutiques ; que les stagiaires relataient, oralement et par l'écrit ou le dessin. Ces groupements de pratiques étaient animés par une rythmique qui faisait qu'ils se succédaient, s'enchaînaient, se recouvraient etc. et ces phénomènes que nous ne savions nommer étaient en fait la manifestation des fragments de situations professionnelles dans lesquelles se trouvaient inclus des objets du soin.

Ces phénomènes étaient ceux que nous recherchions sans être à ce moment-là en capacité de les conceptualiser.

Nous n'avons pas de plan de route prédéfini nous permettant de procéder à une « *opération de précision des échantillons* » (Ibid., p. 8) comme ce qui est requis pour la réalisation d'un échantillonnage statistique.

Aussi le choix de notre échantillonnage s'est effectué au fur et à mesure de l'avancement de l'exploration des situations professionnelles et des repérages des phénomènes intuitionnés. Nous ignorions « *à l'avance les échantillons* » dont nous allions avoir « *besoin tout au long* » (Ibid., p. 8) de notre recherche.

La répétition et la variation des situations professionnelles explorées entre 2013 et 2015 avaient comme motif, sans que nous puissions l'explicitier à l'époque, celui de « *collecter des données "théorisables", c'est-à-dire des données qui permettent de toujours mieux comprendre le phénomène plutôt que simplement le documenter* » (Ibid., p. 8).

La première théorisation fut la suivante ; lors des débriefings le stagiaire décrivait des objets du soin. Ils s'imposaient au stagiaire comme incontournables dans leurs expériences-vécues parce qu'ils permettaient d'entrer dans une situation professionnelle au contact du patient.

Finalement, un échantillonnage s'est imposé à nous, dont l'avancement s'est effectué par des « *voies ouvertes* » et des « *directions induites* » (Ibid., p. 8) en rapport avec l'introduction de critères liés à une deuxième méthode.

### **3.5 L'étude de cas**

#### 3.51 Introduction

La méthode de l'échantillonnage théorique a été adossée à une méthode que nous avons considérée comme complémentaire, celle de l'étude de cas (Leplat, 2002, pp. 1-33). L'étude de cas peut se définir comme « *un ensemble de données empiriques", et le cas d'une manière générale comme « un objet, un événement, une situation constituant une unité d'analyse* » (Bichindaritz cité dans Leplat, 2002, p. 1).

Le cas est un « *événement situé* » (Leplat, 2002, p. 2). La situation professionnelle se trouve située par les schèmes du stagiaire et du patient qui la composent. Les schèmes interagissent avec un ou des objets du soin situés dans le dispositif de soin ; ces objets s'inscrivent comme des composants d'une tâche à réaliser établie par un prescripteur en rapport avec un patient singulier. Les tâches à réaliser sont notées dans le dossier clinique du patient. La situation professionnelle par les schèmes d'action qui la traversent et les objets du soin qui s'y trouvent implantés, provoquent une césure dans le champ des pratiques soignantes liées au dispositif de soin, le service de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR).

La méthode de l'étude de cas permet de « *rapporter un événement à son contexte et à le considérer sous cet aspect pour voir comment il s'y manifeste et s'y développe* » (Ibid., p. 2).

Le déroulé du cas, celui de son « *épaisseur temporelle plus ou moins grande* » (Ibid., p. 2) relate une activité d'expérimentation, tel un épisode appartenant à « *l'histoire* » du sujet (Ibid., p. 2).

Les études de cas ont fait appel à une diversité d'outils de recension dans le but « *de tisser un réseau qui fera apparaître l'organisation du cas* » (Ibid., p. 2).

Ce réseau co-construit par les acteurs du débriefing a permis à posteriori au chercheur de faire émerger les schèmes d'action reliés aux objets du soin, de détecter leur essaimage dans le discours du stagiaire.

### 3.52 Le choix des cas

Dans notre étude de cas (qui en comporte 6), deux sujets en sont les protagonistes, le stagiaire et le patient (et l'épouse du patient dans le cas n°6). L'histoire est relatée par le stagiaire qui nous donne à voir le déroulement temporel et les observables du cas, par l'intermédiaire de ses expériences-vécues, le cas s'est intériorisé dans sa subjectivité.

Le choix des cas a répondu à plusieurs critères.

Le 1<sup>er</sup> critère fut celui des richesses des apprentissages et des développements de situations professionnelles reliées aux filières professionnelles, aussi nous avons opté pour un changement important dans la construction de l'échantillonnage en 2015. Nous avons élargi la base de collecte des données qui était alors composée que par des stagiaires en massokinésithérapie, en y incluant ceux en soins infirmiers et aides-soignants.

Le 2<sup>ème</sup> critère fut celui de l'année de formation, nous devons tenir compte du parcours de stage, en 3<sup>ème</sup> année de formation le stagiaire dispose d'une richesse d'expériences-vécues plus importante qu'un stagiaire en 2<sup>ème</sup> année. Aussi pour tenir compte de cette variable expérientielle, nous avons procédé à des débriefings avec des stagiaires en deuxième et troisième année de formation en masso kinésithérapie ou en soins infirmiers. Nous avons estimé que les expériences-vécues en retour seraient différentes apportant une diversité de points de vue sur les apprentissages.

Le 3<sup>ème</sup> critère a été celui de la diversité des activités clinicothérapeutiques, entre 2013 et 2014, nous avons investigué 5 champs cliniques et thérapeutiques (Cf. annexes, figure A). Nous avons estimé que les expériences-vécues en retour seraient différentes apportant une multiplicité de points de vue sur les apprentissages et développements.

Le 4<sup>ème</sup> critère fut celui des "patients très dépendants" et la situation de réhabilitation, l'activité d'expérientiation du stagiaire s'affronte avec la difficulté de prodiguer des soins adaptés, tant sur le plan de la technique, que sur celui de la relation, parce que les atteintes (pathologie et /ou lésions) sont complexes, et difficiles à analyser et à synthétiser dans un plan de soin. Ce type de prise en soin nous a paru favorable aux remaniements d'expériences-vécues chez le stagiaire par les obstacles à surmonter.

Le 5<sup>ème</sup> critère fut celui des "ruptures de vie" les stagiaires que nous avons choisi ont été amenés à découvrir des personnes en situation de handicap dont la vie venait d'être, où avait été complètement bouleversée.

Le 6<sup>ème</sup> critère fut celui du rapport au corps du stagiaire avec celui du patient, qui s'était inscrit dans la relation de soin et les activités clinicothérapeutiques et apparu avec netteté lors du débriefing ; Sabrina par ses contacts pour la première fois avec le moignon d'une personne amputé ; Roman par ses rapports avec un jeune patient traumatisé crânien (du même âge que lui) et ses troubles de l'équilibre et de la

mémoire ; Léonard par ses contacts avec un patient tétraplégique aux douleurs fortes et presque constantes lors des soins infirmiers ; Alexandre par ses contacts inaugurés sous cet angle, celui d'une patiente "cérébrolésée récente" dont l'hémicorps droit était presque complètement paralysé. Nous avons supposé que l'expérience-vécue de la corporéité des stagiaires s'était vue fortement remaniée, et enrichie.

C'est à partir de ces critères que nous avons choisi les cas.

3.521 Le cas n°1 en rapport avec la prise en soins d'une personne souffrant d'un Accident Vasculaire Cérébral (A.V.C.)

Le premier cas est complexe parce qu'il rend compte d'un exercice qui consiste à décrire et commenter les choix et leur priorisation qui se sont opérés lors de deux premières semaines de soins en masso-kinésithérapie, deux différences importantes avec les cas précédents. Les évocations ont été centrées de manière très prégnante sur la base d'un écrit qui a servi de fil conducteur à l'entretien. Le stagiaire préparait son mémoire de fin de formation, lors du débriefing nous échangeons à partir de ses premières formalisations d'objectifs.

Nous avons réalisé 5 entretiens portant sur la même prise en soin (durée de l'entretien environ 1 heure), 1 schéma-cible et 5 outils de recensions associés ont été mobilisés.

3.522 Les cas n°2 et 3 en rapport avec la prise en soin d'un jeune traumatisé crânien.

Ils présentent une complexité dans la prise en soin parce que le stagiaire ne peut compter sur un support suffisant en savoirs/connaissances sur le plan des techniques massokinésithérapiques. Il se trouve dans l'obligation de prendre en compte un champ d'activités clinicothérapeutiques en lien avec la neuropsychologie. Viennent se greffer la peur de la chute que son patient et lui-même ressentent et les troubles sévères de la mémoire dont souffre le jeune patient qui désarçonnent le stagiaire.

Nous avons réalisé 4 entretiens portant sur la même prise en soin (durée de l'entretien environ 1 heure), 1 schéma-cible et 1 outil de recension associé ont été mobilisés.

3.523 Les cas n°4 et 5 en rapport avec un patient diabétique amputé d'un membre inférieur

Ils exposent des techniques massokinésithérapiques avec une description technique bien campée, la relation thérapeutique au patient n'est pas absente, elle développée au travers de la décision massokinésithérapique partagée en rapport avec l'apparition de douleurs lombaires (l'arrivée d'un nouvel objet du soin), ces dernières vont obliger le stagiaire à modifier fortement son plan de soin. Nous avons voulu explorer les effets de la modification de l'état clinique du patient sur les activités clinicothérapeutiques de la stagiaire et ce, afin de distinguer ce qu'était un remodelage de la situation professionnelle par la survenue d'un nouvel objet du soin.

Nous avons réalisé 4 entretiens portant sur la même prise en soin (durée de l'entretien environ 1 heure), 1 schéma-cible et 1 outil de recension associé ont été mobilisés.

### 3.524 Le cas n°6 en rapport avec patient tétraplégique

Il sort du cadre de la massokinésithérapie pour s'ouvrir aux soins infirmiers et sur la prévention de complications cutanées survenues dans le service de médecine physique et de réadaptation. Ce sont là des caractéristiques situationnelles que nous avons voulues explorer. Nous avons choisi un extrait du discours du stagiaire portant sur une dimension bio-psycho-sociale des soins relatant les rapports difficiles entre un patient et une équipe soignante ; le stagiaire se trouve inclus dans l'équipe soignante, le "nous" est utilisé par le stagiaire de manière préférentielle lors du débriefing.

Nous avons réalisé 3 entretiens portant sur la même prise en soin (durée de l'entretien environ 1 heure), 1 schéma-cible et de 3 outils de recensions associés ont été mobilisés.

### 3.6 Le traitement des données

#### 3.61 Introduction

Une « *circULARITÉ de la démarche de recherche* » (Guillemette & Luckerhoff, 2009, p. 14) s'est engagée entre le traitement des données et l'intégration de « *concepts sensibilisateurs* » (Ibid., p. 14) relativement nombreux que nous avons présentés dans notre cadre théorique. Cette approche circulaire s'est imposée à nous, elle nous a permis de distinguer des structures, de les stabiliser dans par avec l'usage d'une modélisation progressivement intégrative.

Il nous a été impossible de poser un cadre théorique consistant sans l'appui de ce processus de remaniement incessant, mêlant des inclinations théoriques et des questions concomitantes portant sur la spécification des données.

#### 3.62 Le discours ou flux représentationnel, son séquençage en extraits événements

Le discours (l'interviewer et le stagiaire se parlent) conçu comme un événement, « *le surgissement du discours lui-même comme événement* » (Ricœur, 1986. p. 116) il s'y ajoute le discours comme sens, c'est entre ces « *deux pôles que naissent la production du discours comme œuvre* » (Ibid., p. 117), une dialectique de l'événement et du sens s'instaure « *si tout discours est effectué comme événement, tout discours est compris comme signification* » (Ibid., p. 117).

Le séquençage lors du traitement des données est guidé par la notion d'événement.

À un événement nous faisons correspondre un extrait, ce qui veut dire que l'extrait-événement est conçu comme l'annonciateur d'une information, d'une thématique.

L'extrait-événement voit sa délimitation dans l'ordre du discours provenir de l'événement relaté, de son apparition ou surgissement. L'extrait-événement est le véhicule d'une thématique. Il est structuré ou cimenté par cette information-thématique.

Un extrait (ou extrait-événement, la notion d'extrait a été conservée par souci de simplification) est constituée par des sous thématiques du fait des modalités expériences-vécues qui le traversent qui s'agencent les unes avec les autres montrant plusieurs points de vue ou mises en perspectives.

L'extrait conserve en son sein un fil chronologique celui de la narration et un flux représentationnel constitué d'expériences-vécues selon diverses modalités.

L'utilisation de l'outil sonal a permis d'établir très précisément les délimitations de l'extrait (nous les présentons en ouverture des cas). Une numérotation selon l'ordre chronologique de leur apparition a été attribuée pour chaque extrait ainsi que des caractéristiques qui s'y rapportent telles que, la durée, le champ d'investigation clinique, la notion de Tag.

#### 3.621 Le discours observé selon sa forme/constitution globale

Nous avons considéré le discours comme constitué d'une série d'événements-significations ou extraits, chacun d'eux porteurs d'un sens rattaché.

Le découpage initial intuitif en extrait/événement/sens s'est appuyé, lors de l'écoute des entretiens, sur des modalités de l'expérience vécue mobilisées. Nous les avons agrégées ensuite lors de l'analyse (en prenant plus de recul), à un principe de découpage du discours relevant d'une « *cohérence sémantique* » (Bessonnat, 1988, p. 89) autour d'un « *thème unique* » (Ibid., p.89).

Chaque extrait se distingue tout en se positionnant par rapport aux autres extraits qui l'entourent par des traits démarcatifs « *signalant l'ouverture et la clôture du paragraphe* » (Ibid., p.89).

Nous proposons comme idée directrice complémentaire que la structure de l'extrait se donne à lire comme une réponse à une question. Nous avons supposé qu'un dialogue originel s'était instauré entre le stagiaire et le patient lors des séances de rééducation ou de soins infirmiers que nous rapportait à distance le stagiaire : « *L'hypothèse a été émise (...) par Bakhtine, que tout discours, même monologal, avait une structure fondamentalement dialogique* » (Bakhtine cité dans Bessonnat, 1988, p. 87).

Le travail de séquençage en EÉ a été rendu possible par l'utilisation du logiciel Sonal.

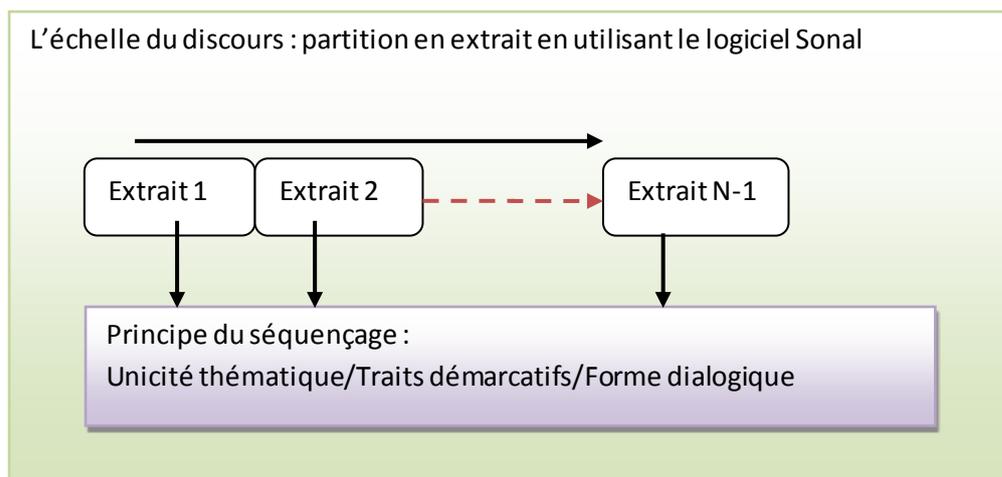


Figure 8 : Le séquençage du discours en extrait événements

### 3.622 L'Extrait examiné dans sa singularité (échelle microscopique)

Nous changeons d'échelle dans l'investigation et l'analyse.

Au sein de chaque extrait la fonction médiationnelle des représentations s'exprime :

« *De tels processus sont en œuvre lorsqu'une fraction de la réaction totale habituellement déclenchée par un stimulus–objet se trouve mise en jeu par le stimulus signe associé à cet objet. C'est cette réaction détachable qui, assurant, une fonction médiationnelle entre le stimulus–signe et la réaction du sujet, fonde la signification des stimuli verbaux* ». (Denis & Dubois, 1976, p 545)

Nous avançons l'idée qu'au cours du débriefing le chercheur par ses questions, relances, mobilise :

Des stimuli–signes associé à l'objet et déclenche une « *réponse représentationnelle* » (Denis & Dubois, 1976, p. 545). Cette réponse ne doit pas être considérée comme « *le*

*substitut de la réponse totale déclenchée par le stimulus–objet, mais qu'elle était une partie détachable du comportement total » (Ibid., p. 546).*

Des images mentales par lesquelles « *un objet ou un événement se trouve évoqué et représenté en mémoire sous la forme d'une "image"* » (Denis & Dubois, 1976, p. 548).

*« L'image, en tant qu'élément de la représentation, ne peut en fait être traitée ainsi comme un objet sur lequel opéreraient des processus perceptifs identiques à ceux qui opèrent dans la réalité extérieure (...). Elle n'aurait donc pas nécessairement les propriétés de l'événement ou de la scène réelle à laquelle elle fait référence ; son statut serait proche de celui d'une interprétation (et non d'une description) de cette scène (...) l'image impliquerait l'abstraction d'éléments et de relations particulièrement pertinents ou saillants de la situation, que l'individu repérerait comme relativement stables dans son environnement » (Denis & Dubois, 1976, p. 549).*

### 3.63 Le discours ou flux représentationnel : une rapportabilité consciente

Le principe de l'analyse est celui de veiller à l'intégrité du discours vu comme un flux de représentations qui se manifeste in vivo au cours du débriefing. Ce discours-flux doit être conservé dans son mode d'apparition, il en est de même pour chacun des extraits qui sont ses constituants.

Le discours et les extraits relèvent d'une « *rapportabilité consciente* » (Nacache, 2009, p. 229).

*« Ce que nous entendons par "être conscient de quelque chose" est celui de la "rapportabilité" consciente. Suivant ce critère, être conscient d'une représentation mentale signifie être capable de rapporter, à soi ou à d'autres personnes, à l'aide du langage ou de manière non verbale, (...) ce critère a valeur pour nous de marqueur propre de la conscience : tout ce dont nous avons conscience est rapportable et tout ce que nous rapportons est conscient » (Ibid., p. 229).*

La rapportabilité de l'expérience consciente présente deux propriétés :

*« Il s'agit en premier lieu du caractère fluent et dynamique de la conscience. L'intégration temporelle du flux qu'opère la conscience est une propriété essentielle en dehors de laquelle ne peuvent être compris ni la perception, ni les phénomènes mnésiques. Tout contenu de conscience, y compris perceptuel, est donc appréhendé dans un flux au sein duquel il trouve son sens pour nous, notamment par les mises en relation au sein de ce flux » (Rosenfield cité dans Pachoud & Zalla, 2000, p. 17).*

*« La seconde propriété cruciale de l'expérience est la conscience du corps propre qui accompagne en permanence toute expérience et qui (...) joue le rôle d'un cadre de référence absolument indispensable. Diverses situations pathologiques d'altération de la conscience du corps témoignent de l'importance de cette propriété, par leur retentissement spectaculaire sur la perception et la mémoire » (Rosenfield cité dans Pachoud & Zalla, 2000, p. 17).*

Nous retrouvons cette notion de flux, de continuité de l'expérience consciente chez Dewey pour qui elle se définit « *en termes d'événements et non de substances, elle se caractérise par des histoires, c'est-à-dire par une continuité de changement allant des commencements aux fins* » (Dewey, 2012, p. 24).

Nous pouvons y rapporter la conscience du but : action-but conscient-signification

*« Le rabatteur de gibier primitif qui lève l'animal—c'est le but immédiat de son action—a conscience de son but, c'est-à-dire que celui-ci se reflète dans ses rapports objectifs (en l'occurrence, il s'agit de rapports de travail), dans sa signification. La signification, c'est ce qui, dans un objet ou un phénomène, se découvre objectivement dans un système de relations, d'interactions et de rapports objectifs. La signification est reflétée et fixée dans le langage, ce qui lui confère sa stabilité »* (Leontiev, 1976, p. 85).

La mise en œuvre des principes du découpage du discours en extraits puis de la préservation au sein de chaque extraits du flux représentationnel dans sa continuité donne accès au déroulé d'une expérience consciente ; ce flux sert de fil conducteur, aux analyses. Nous qualifions le flux, d'expérience-vécue.

### 3.64 Le flux représentationnel ou expérience-vécue, sa transposition en flux schématique ou de schèmes

Nous prenons comme principe directeur que le flux représentationnel et le flux schématique qui en découle se conçoivent comme une succession de schèmes.

Le surgissement de la pensée du plan cognitif ou représentationnel s'opère concomitamment avec celle de la mise en mots ou narration sous l'égide de schèmes d'action. Nous concevons la narration comme une action. Les schèmes d'actions sont les vecteurs-catalyseurs de représentations pour l'action (Rabardel, 1995, pp. 118).

Le schème d'action sous sa version narrative, celle qui nous apparaît au cours du débriefing, est l'outil privilégié de la transformation du flux représentationnel ou expérience-vécue en flux schématique ou de schèmes. La succession des schèmes est identifiée grâce aux buts. Un extrait est une partie du flux schématique ou de schèmes. La correspondance entre le but et le schème permet d'analyser l'extrait par la succession des buts.

Ce système de repérage s'est avéré utile lors du traitement des données. L'extrait donne lieu à deux mises en perspective, dans sa globalité lors de la lecture, dans sa partition lors de l'analyse par les schèmes et leur but.

Nous avons constaté que cette opération de transposition a pu être réalisée pour chacun des extraits (porteur du cas)

Le résultat de la transposition est présenté sous la forme d'un tableau de décomposition de l'extrait (Cf. Les annexes des cas).

Dans le tableau l'extrait est décomposé en une succession de schèmes selon l'ordre chronologique de leur apparition. Chacun des schèmes est identifié par son but et ses composants ainsi que par sa position dans le flux schématique, sa numérotation y fait

référence. Les composants du schème notés sont ; les théorèmes en acte /règles d'action, les concepts en acte, les inférences.

Nous obtenons au sein de l'extrait un cheminement du flux schématique tel un parcours des choix des buts, ou objectifs de soin.

Sous l'action du des schèmes du stagiaire nous considérons que les buts ou objectifs de soin signalent la présence d'un Objet (s) du Soins (OS) et sa / ses mise (s) en travail.

Les Objets du Soins (OS) servent de bornage et de balise entre les champs de compétences des métiers.

3.65 L'utilisation des tâches pour situer les schèmes, les objets du soin et délimiter la situation professionnelle

Les "repérages" de la tâche discrétionnaire et de la tâche effective à partager se sont effectués par inférence à partir des données, sans chercher à les dénaturer.

La « *tâche discrétionnaire* » (Maggi & Valot cités dans Pastré, 2011, p.190) émane du médecin du service de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) elle pose le cadre de la situation professionnelle. La tâche effective « *ce que l'agent fait effectivement* » (Pastré, 2011, p. 188) prend appui sur la tâche discrétionnaire. La tâche effective porte sur la mise en travail de l'OS par le schème d'action de l'acteur.

La tâche discrétionnaire sert à délimiter les champs des activités des soins, elle segmente, balise le champ des pratiques clinicothérapeutique ne conservant que celles nécessaires à la mise en travail de l'OS. Cette tâche agit comme un tamis à gros grains. La tâche discrétionnaire crée les conditions du recouvrement des milieux associés des acteurs, autour de l'objet du soin (Cf. partie 2 la modélisation du cycle d'expérimentation).

La tâche discrétionnaire s'opérationnalise en une tâche effective à partager par la mise en branle d'un travail collaboratif stagiaire patient.

- > la tâche discrétionnaire, plus généraliste s'applique au schème à son but (ou objectif de soin) et à l'objet du soin
- > la tâche effective à partager, aux sous-buts et aux modalités de mise en travail de l'objet du soin par les deux acteurs de la situation.

La tâche effective à partager s'ajuste au besoin pragmatique partagé stagiaire patient et participe à la mise en place des sous-buts des schèmes du stagiaire et du patient, c'est l'opérationnalisation des soins.

3.66 Les buts des schèmes ou objectifs de soins, le repérage des objets du soin

Nous avons segmenté l'extrait en fonction des buts poursuivis par le stagiaire, chaque but ou objectif de soin étant le marqueur de la présence d'un schème d'action. Nous avons repéré le ou les schèmes d'actions, le (s) but (s) et sous buts, leurs composants, ce qui nous a mené à identifier des objets du soin.

La succession des buts des schèmes ou objectifs de soin répond, à une série d'ajustements de l'activité clinicothérapeutique en rapport avec les contingences qui touchent la situation professionnelle et le dispositif de soin.

*«À savoir en termes d'ajustements continus aux circonstances, aux contingences et aux configurations de l'environnement, telles qu'elles émergent du cours même de l'activité et de spécifier le plus précisément possible les modalités concrètes de la perception, des opérations cognitives et des choix qui sous-tendent cette action en situation. » (Quéré, 1997, p 171).*

Au cours de la séance de rééducation ou de soins infirmiers des choix clinicothérapeutiques sont effectués par le stagiaire pour conduire à la réalisation des objectifs de soins.

Les choix opérés par le stagiaire sont les résultats de réflexions menées avec le patient (en fonction de ses capacités) et le tuteur, de ce fait ils perdent leur *« caractère arbitraire »* (Dewey, 2012, p .60), et les choix deviennent compréhensibles par leurs *« conséquences capitales »* (Ibid., p 60).

Le but du schème ou objectif du soin est un moyen pour concevoir les actions des protagonistes. L'objectif du soin laisse entrevoir les réactions des acteurs, que vont-ils pouvoir faire ensemble pour l'atteindre ?

Le but du schème ou objectif du soin génère une dynamique actionnelle de la part des protagonistes dans un cadre collaboratif. Le stagiaire mène une action vers un objectif du soin qui lui appartient, le patient concomitamment conduit une action complémentaire et distincte vers un objectif du soin, qui est le sien. Nous sommes dans le cadre d'une *« interdépendance entre des buts distincts »* (Venturini, 2012, p.132). Les objectifs du soin des acteurs se complètent autour d'un motif commun, que nous pensons être l'objet du soin.

L'interdépendance des buts ou objectifs de soin du stagiaire et du patient, encadre, cisèle l'objet du soin et active une démarche coopérative qui ne peut se concevoir qu'avec l'assentiment du patient sous quelque forme que ce soit.

Une analyse des raisons et des conséquences qui ont prévalu au choix des objectifs de soin, permet *« de mettre en évidence quand, où, et comment ce qui correspond à une description désignée a été atteint »* (Dewey, 2012, p. 58).

Nous pensons que "la description désignée" est une représentation de l'objet du soin.

Le but et les sous buts sont orientés vers l'objet du soin afin le transformer.

Nous soulignons l'importance que revêtent les sous-buts dans l'identification d'objets du soin ; les sous-buts sont des modalités qui s'appliquent à la transformation dictée par le but. La description de Objets du Soins (OS) en cours de transformation se trouve ainsi enrichi par l'apport des sous-buts.

### 3.67 La relation entre le schème d'action et l'objet du soin : le cycle d'expérimentation

Nous avons inféré cette relation des données, de leur exploitation à partir du discours du stagiaire.

### 3.671 La découverte du cycle d'expérienciation

Il nous a été impossible d'extraire directement du récit des stagiaires des théorèmes-en-acte et des règles d'action dans une pureté qui aurait été originelle, de différencier avec certitude, une règle d'action d'un théorème en acte, aussi nous avons opté pour regrouper ces deux entités dans une dyade théorème en acte /règle d'action.

Nous avons noté cette dimension dyadique par la codification : T/R. Nous ajoutons à cette dimension dyadique le concept en acte. Ce dernier s'inscrit comme un des composants du cycle d'expérienciation. La codification du fait de cet ajout s'énonce : T/R CAct.

Le schème au contact de l'objet du soin qu'il transforme, crée un cycle d'expérienciation (perception-action) les invariants opératoires muent ; les théorèmes-en-acte se transposent en règles d'actions (Vergnaud, 2007, p. 20) et les règles d'actions en retour influent sur la détermination des théorèmes-en-acte. Une transformation par boucle de récursivité s'établit entre le théorème en acte et la règle d'action.

Le théorème en acte et la règle d'action du fait de leur insertion dans un cycle assimilateur ne peuvent être disjoints mais conçus comme se régulant l'un l'autre.

Par ailleurs, les concepts-en-acte sont reliés aux théorèmes-en-acte « *pas de théorème sans concepts et pas de concept sans théorèmes* » (Ibid., p.20), les concepts-en-acte s'inscrivent eux aussi dans la boucle de récursivité qui relie les théorèmes-en-acte aux règles d'actions. Le concept-en-acte est intégré dans le cycle d'expérienciation ainsi que les inférences.

Nous soulignons, que seul le concept en acte, nous a paru directement accessible dans le fragment de récit lors du débriefing par l'usage qu'en faisait les stagiaires par sous la forme d'expressions ramassées liées aux conduites, aux éprouvés.

Nous avons retenu la notion d'aphorisme : « *Proposition résumant à l'aide de mots peu nombreux, mais significatifs et faciles à mémoriser, l'essentiel d'une théorie, d'une doctrine, d'une question scientifique (en particulier médicale, politique, etc.)* » (© 2012 – CNRT)

L'histoire de l'art médical traite des aphorismes.

*« Différents témoignages antiques nous prouvent que la fonction de ces traités aphoristiques était de transmettre des connaissances médicales à un lectorat composé soit d'apprentis médecins, soit de médecins déjà formés qui trouvaient consigné dans ces compilations souvent vastes l'essentiel du savoir. C'est ainsi que Galien par exemple, dans son Commentaire aux Aphorismes, note que l'aphorisme est un moyen de gagner du temps, « d'apprendre un art long en peu de temps » ; le recueil d'aphorisme serait selon lui à la fois propre à l'apprentissage (...), à la conservation de ce qu'on a appris (...) et enfin à la remémoration des connaissances, (...) : c'est ici tout le processus d'apprentissage d'une science qui est décrit » (Ferracci, 2010, pp. 85-86).*

### 3.68 Le cycle d'expérienciation, le modeleur des expériences-vécues du stagiaire

Au travers du cycle d'expérienciation, le théorème en acte la règle d'action ainsi que le concept en acte et les inférences, mobilisent un champ d'expérience global celui de la situation professionnelle et qui donne lieu aux expériences-vécues des acteurs. Lors du débriefing les expériences-vécues du stagiaire se présentent sous la forme d'une

narration. Elle repose sur la mise en branle de schèmes d'action de leurs cycles d'expérimentation et de (s) l'objet (s) du soin. Un modelage, façonnage des expériences-vécues se produit au travers des mots, des expressions diverses.

Selon la théorie du mixage ou blending le processus expérientiel s'établit selon deux phases ; la première est celle de l'élaboration perceptive, la seconde celle de l'intégration expérientielle où les mots et le langage se constituent. Ce processus participe pleinement de l'expérimentation. Nous avons considéré que chaque interaction entre les deux plans ou interaction de mixage était équivalente à un mot produit, ou une expression qui en contient plusieurs.

Nous nous sommes intéressés aux mots, aux expressions. À partir des mots ou expressions, nous avons établi des catégories qui entraînent en projection avec le champ d'expérience global des soins massokinésithérapiques et infirmiers. Nous avons intitulés ces catégories de champs expérientiels, 7 au total ; dont la liste se présente comme suit par ordre alphabétique :

La corporéité, la réflexivité, la technique de guidage et d'accompagnement relationnel, technique instrumentale de soin, la technique instrumentale d'observation clinique, la valuation, la valuation temporelle.

Le cycle d'expérimentation est un modelleur d'expériences-vécues, ce processus de modelage est "traqué", tracé dans les cas que nous présentons par l'intermédiaire des mots ou expression et par leur mise en correspondance avec les champs expérientiels.

### 3.69 Le cycle d'expérimentation traversé par des affleurements d'Expériences-Vécues (afEV)

Lors du débriefing et de l'analyse des données, le fonctionnement du cycle d'expérimentation laisse paraître dans sa transposition narrative des dimensions fragmentaire, laconique des expériences-vécues lors des soins, ainsi qu'en provenance de la formation en Institut et de ses contenus.

Ce contenu lacunaire (paradoxe) surgit dans le discours, nous l'avons qualifié d'affleurement d'Expériences-Vécues (afEV). Nous avançons l'idée que ces afEV signalent (sans certitude absolue) la proximité d'un socle de représentations plus élargies et denses sur lequel elles trouvent appui, à titre d'exemple, sur le savoir :

*« Il désigne un ensemble d'énoncés cohérents et reconnus valides par une communauté scientifique ou professionnelle (...) un savoir est caractérisé par deux propriétés essentielles sa non contradiction et sa validité en référence à un domaine scientifique ou professionnel. Un savoir s'exprime donc dans un texte du savoir, qui est indépendant de l'appropriation que peuvent en faire des sujets : il y a une dimension objective » (Pastré, Mayen, & Vergnaud, 2006, p.15).*

Les afEV trouvent appui, à titre d'exemple, sur un socle de connaissances. Le concept de la cognition incarnée conforte cette mise en relation :

*« La vision incarnée des connaissances suppose que la mémoire d'une connaissance est distribuée sur les systèmes sensorimoteurs, et qu'elle partage donc des ressources de traitement avec ces systèmes (...) lorsqu'une connaissance est récupérée en mémoire, cela provoque une simulation sensorimotrice de son contenu » (Dutriaux, L., & Gyselinck, 2016, para. 22) ou encore « La présentation d'un mot conduit à une simulation sensorimotrice du*

*concept qui lui est associé. Ce phénomène permettrait d'ancrer le concept dans les systèmes sensorimoteurs, et ainsi de comprendre le mot » (Ibid., para. 41).*

### 3.70 Une mise en perspective de l'objet du soin et du schème d'action en utilisant la Classification Internationale du fonctionnement, du Handicap et de la santé (CIH-2)

L'analyse des données ici, met en avant l'objet du soin au sein du cycle d'expérientiation. Nous pouvons rendre compte de la complexité de la mise en travail de l'objet du soin par l'utilisation de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIH-2). C'est un outil robuste que nous avons apprécié pour la richesse descriptive de sa palette taxonomique.

Au travers la nomenclature, les termes déficiences, problèmes, obstacles sont utilisés dans les échelles d'évaluation de la CIH-2 et font référence à un codage qualitatif de performance, ils renvoient à l'expérience-vécue de la personne.

*« Ce code qualitatif de performance décrit ce que la personne fait dans son cadre de vie habituel (...) la performance (...) peut être aussi entendue comme (...) "expérience-vécue" » (CIH-2, Organisation mondiale de la santé, 2000, p. 99)*

La nomenclature et la taxonomie de la CIH-2 comporte 4 dimensions génériques qui permettent de décrire des états de santé:

- > Fonctions de l'organisme (Ibid., pp. 29-30)
- > Structure corporelle (Ibid., p. 31)
- > Activités et participation (Ibid., pp. 32-33)
- > Facteurs environnementaux (Ibid., p. 34), les « *facteurs environnementaux doivent être codés du point de vue de la personne dont on veut décrire la situation* » (Ibid., p. 135)

### 3.71 L'horizon temporel du schème d'action et de l'objet du soin

La mise en travail de l'objet du soin par le schème d'action s'exerce dans une durée, on ne peut s'en étonner puisque le schème "Kantien" ne peut exister hors du temps. L'analyse de l'horizon temporel repose sur un contenu spatiale en devenir, celui de l'évolution de la maladie ou de la lésion toujours omniprésente.

Nous nous référons à la notion d'horizon temporel, qui se présente comme une « *technique d'estimation des durées qui repose sur une analogie spatiale : il s'agit pour le sujet de traduire ses estimations temporelles sur une droite par des longueurs proportionnelles* » (Menahem, 1972, p. 53).

Nous avons utilisé l'horizon temporelle selon deux échelles ; une macroscopique en prenant en compte un ensemble d'extraits représentatifs des contenus débriefings, qui relève du parcours du stage réalisé avec un patient singulier ; une autre microscopique visant le schème d'action le cycle(s) d'expérientiation et l'objet du soin en lien avec le patient singulier. La première échelle sert à situer la seconde et vice versa ce qui permet de prendre du recul sur la construction des situations professionnelles effectuée par le stagiaire.

# Partie IV : Les résultats

## 4.1 Résultats descriptifs

### 4.11 Le maniement de la Situation d'Enquête-Exploration (SEE) par le chercheur

Nous avons cherché à optimiser l'émergence des expériences-vécues du stagiaire dans notre dispositif de recherche afin de faire apparaître les mécanismes sur lesquels il agit pour déployer la situation professionnelle au contact du patient.

Les débriefing(s) réalisé(s) lors du stage voient le stagiaire se rapporter aux évolutions des objets du soin et des activités clinicothérapeutiques. Ces évolutions alimentent les processus de professionnalisation, de réhabilitation, et l'avancée des objectifs de soins en lien avec le projet thérapeutique.

Nous avons activé l'émergence de la SEE (rattachée à la situation professionnelle) par l'intermédiaire des débriefings afin de susciter l'apparition d'un flux d'Expériences-Vécues (EV) chez le stagiaire avec plus de force et d'intensité.

Pour faciliter ce flux représentationnel/schématique sur le plan quantitatif et qualitatif nous avons orienté la SEE, avec le bon vouloir du stagiaire, sur un patient de son choix, dont il voulait nous parler.

Nous pensons que la SEE apparaît de manière plus ou moins fugace, lors de la situation professionnelle, qu'elle est utilisée par le tuteur de proximité, selon un emploi du temps réservé au tutorat, lors des bilans de mi-stage par exemple.

Les conditions de réalisation de la SEE sont contraintes par l'organisation du travail dans les services. Nous avons pu augmenter le temps de déploiement de la SEE bien au-delà de ce que aurait pu faire un tuteur, de manière à faire verbaliser, écrire le stagiaire sur une durée relativement longue et dans des conditions de réalisation adéquates.

### 4.12 La double préoccupation du stagiaire

Les modèles opératif/cognitifs (qui se chevauchent) contrôlent et régulent trois processus principaux de la situation professionnelle ; la professionnalisation, la réhabilitation et les actions visant l'objet du soin (Cf. Figure 9).

Les modèle opératif/cognitif (Cf. Figure 9) selon nous, utilisent la SEE en se rapportant aux modifications apportées à l'objet du soin par les deux acteurs.

Une double préoccupation du stagiaire se manifeste :

- I. maîtriser la situation de façon “de plus en plus professionnelle”;
- II. poursuivre l’enquête sur la situation dans le cours de l’action.

Les circuits de pilotage transitent obligatoirement par l’objet du soin.

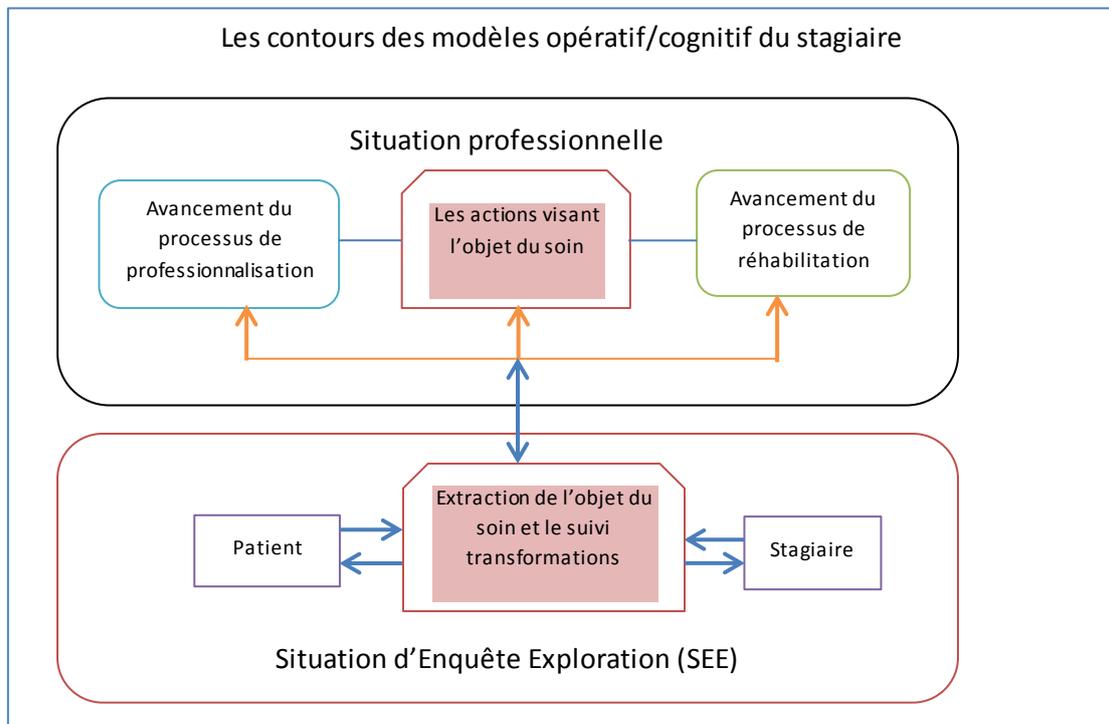


Figure 9 : La double préoccupation du stagiaire en action

Le fléchage orange signale les régulations liées aux processus de professionnalisation, de réhabilitation et aux actions visant l’objet du soin. Le fléchage bleu ou prise de recul, rend compte de l’extraction de l’objet du soin et des régulations portant sur les évolutions des modifications apportées à ce dernier.

Notre angle d’analyse repose sur l’idée qu’une réduction s’opère progressivement (grâce aux modèles opératif/cognitif) de la complexité de la situation professionnelle, du fait d’une compréhension plus avancée de la pathologie, du déficit, de ses actions et de celles du patient, ainsi que de la relation établit avec ce dernier.

#### 4.13 La structuration des résultats

Il nous a été impossible de séparer à partir des données les niveaux de fonctionnement des modèles opératif/cognitif lors de l’activation de la SEE.

Les résultats sont issus d’une approche globale qui présente des voies de réduction de la complexité de la situation professionnelle, des cheminements “qui font expérience” pour la/le stagiaire.

Nous les avons qualifiés d’horizons parce qu’ils renvoient aux objets du soin que le stagiaire regarde ainsi que le patient (en fonction de ses capacités). L’horizon est

l'émergence du substratum écologique sur lequel repose la situation professionnelle, l'horizon est inséparable du milieu du soin des acteurs.

Nous avons défini 4 types d'horizons qui vont venir se croiser, ainsi qu'un espace transactionnel. Ces entités composent et structurent la situation professionnelle.

Le plan de la présentation des résultats :

- > La présentation du patient (e) et de sa pathologie ;
- > Le 1<sup>er</sup> est l'horizon des apprentissages possibles/réalisés par la/le patient en lien avec l'objet du soin (il se rapporte à la professionnalisation du stagiaire et à la réhabilitation du patient) ;
- > le 2<sup>ème</sup> est l'horizon des soins, prodigués par le stagiaire en rapport avec l'objet de soin (il relève plutôt de la réhabilitation du patient) ;
- > Le 3<sup>ème</sup> est l'horizon des donations en liaison avec l'objet de soin (il se rapporte à ce qui est faisable/traitable par les deux acteurs qui s'engagent et se confortent l'un et l'autre) ; une visée commune se constitue.
- > Les prémisses du déploiement d'un espace transactionnel, induites par la coactivité des acteurs et l'émergence d'une visée commune.
- > Le croisement des horizons qui donne lieu à l'émergence d'un Objet Clinique à Partager (O. C. P.). La conceptualisation par le stagiaire d'un O.C.P., à partir de l'objet du soin est rendue possible par la création concomitante d'un espace transactionnel Cet espace est sous la dépendance d'un organisateur de l'activité du stagiaire ; celui du "partage" qui se conjugue avec l O.C.P., et forment une dyade.
- > L'espace transactionnel est né, composé de l'interactivité relationnelle, pragmatique et épistémique. Cet espace est favorable à la création de genèses d'instrument ou et d'outil ;
- > L'outil et ou l'instrument est décrit.

Quelques remarques :

L'effort de l'analyse porte sur le traitement des données dans le but de relier modélisation, outils d'analyse et données.

La présentation du patient (e) et de sa pathologie, nous présentons en amont de la section consacrée au 1<sup>er</sup> horizon celui des apprentissages un extrait du dossier du patient afin de présenter la dimension clinique et celle du dispositif technique des soins, avec lesquelles le stagiaire a été en étroite relation.

Les extraits du dossier du patient, sont un résumé des actions de soins à mener, des résultats obtenus ou à venir, ils donnent une vue sur la temporalité du projet thérapeutique et sur les appréciations que porte l'équipe soignante de l'évolution du processus de réhabilitation du patient.

Nous développons uniquement pour le 1<sup>er</sup> cas une approche modélisatrice pour rendre compte des horizons de leurs particularités, de leur relation avec les données. Pour les cas suivants, nous allons directement aux résultats en présentant à chaque fois les horizons du 1<sup>er</sup> au 4<sup>ème</sup>, l'espace interactionnel et l'outil et ou l'instrument.

L'horizon des apprentissages se concrétise dans un tracé du parcours de stage qui "raconte la vie du milieu du soin", celui des expériences-vécues, des épreuves qui s'y sont déroulées pour le patient et auxquelles le stagiaire s'est affronté, des transitions dans les soins induites par les phases de rééducation-réadaptation pour lesquelles le patient, l'équipe soignante et le stagiaire ont dû s'adapter. C'est à partir du tracé du parcours du stage que nous ferons un lien avec les horizons des soins et de la donation.

Nous présentons les horizons du soin et de la donation par l'entremise des cycles d'expérientiation. Ce travail d'exposition a demandé au préalable une première étape d'analyse du discours du stagiaire. Cette étape est reportée dans les annexes du cas. Ce sont des tableaux présentant le discours et sa décomposition en schème d'action, en cycles d'expérientiation et en inférences. Le cycle d'expérientiation est une sous-partie du schème d'action qui a été décomposé.

Lors de la présentation des horizons du soin et de la donation un changement d'échelle se produit. En effet, le tracé du parcours de stage est une vue générale portée sur les processus de réhabilitations et de professionnalisation, alors que l'exposition des horizons du soin et de la donation sont des descriptions en rapport avec un cycle d'expérientiation choisi.

Le cycle d'expérientiation rend compte donc, d'un fragment infime du parcours de stage. Nous passons dans l'analyse d'une échelle macroscopique (parcours de stage) à une autre microscopique (le cycle d'expérientiation).

L'horizon des soins expose la manière dont le patient et le stagiaire, font converger leurs points de vue afin de saisir ensemble l'objet du soin. Nous voyons au premier plan les conduites du stagiaire, nous entrevoyons au second plan celles du patient. Ce décalage est dû à nos outils observationnels et à la volonté du chercheur de ne pas interférer avec le processus de réhabilitation du patient.

L'horizon des donations voit les acteurs s'échanger des fragments de conduites et s'épauler pour faire avancer les processus de réhabilitation et de professionnalisation, nous abordons les notions d'agrégat expérientiel et les stratégies expérientielles qui permettent de les assembler telles que ; le maillage, le tuilage etc.

L'horizon de l'objet du soin montre la complémentarité des activités des acteurs en regard de l'objet grâce auquel elles se relient. L'objet du soin sert de point d'accroche entre les personnes d'une part, et les processus de réhabilitation et de professionnalisation d'autre part. Il donne part sa présence une "consistance" à la situation professionnelle.

L'horizon de l'objet du soin donne lieu à une description de la transformation de l'objet du soin en O.C.P. (Objet Clinique à Partager) et concomitamment à la description d'un espace transactionnel dans lequel se produisent des genèses, la fabrication d'outils et /ou d'instruments par les stagiaires.

Des résultats intermédiaires se sont cristallisés au cours de l'analyse, telles que :

La notion de Point de Réduction Expérientielle (PRExp) ; le schème d'action l'utilise afin de réguler les transformations de l'objet du soin et de piloter la situation professionnelle.

La notion d'état des horizons des soins et de la donation, c'est un aperçu du schème d'action ou d'enquête exploration. Nous présentons l'ensemble des cycles d'expérientiation qui composent le schème, celui que nous avons choisi et les autres qui lui sont connexes ainsi que la totalité des Point de Réduction Expérientielle (PRExp).

La notion d'O.C.P. qui accolé au concept organisateur du "partage" devient un organisateur de l'activité du stagiaire en regard des processus de professionnalisation et de réhabilitation.

## 4.2 Étude de cas n°1

### 4.2.2 L'extrait issu des entretiens

Synthèse éditée par Sonal (v.2.0) :07:56 > 10:18

Filière professionnelle: massokinésithérapie

Parcours formation: troisième année de formation

Champs d'investigations cliniques : neurologie, hémiplégie

Événements clinicothérapeutiques relatés par le stagiaire :

Évocations d'exercices déplacements renforcement musculaire, d'équilibre, mobilité segmentaire, coordination, tâche ; en vue d'analyser et ou de restaurer des capacités fonctionnelles, sensori-motrices

Évocations de l'hémiplégie avec le patient des progrès en cours, des déficits et du danger de la chute au cours des déplacements ou transferts.

*Alexandre « à partir de là j'ai développé mes moyens, donc la mobilisation du membre supérieur et inférieur, donc toutes les articulations pour le premier, là massage de l'épaule et de la mobilisation, massage de l'épaule droite et mobilisation infra douloureuse et des étirements notamment du grand pectoral »*

*Alexandre: « cela c'est pour le travail antalgique de l'épaule droite, la stimulation motrice des adducteurs et, globalement en fait des, du membre inférieur droit, donc c'était pour la stimulation sensori-motrice de l'hémicorps droit mise en évidence des faiblesses alors cela c'est particulier, puisque la patiente, elle fait, donc bien qu'elle ait des problèmes pour les transferts, là elle a des problèmes parce qu'elle s'y prend trop rapidement, et qu'elle risque de, qu'elle risque la chute, donc en fait voilà c'est, lui rappeler que, elle a des, elle a un côté hémiplégique et que, cela va demander du temps et qu'il faut faire attention en attendant et »*

Chercheur: mise en évidence des faiblesses, que vous voulez dire par là? Lui faire prendre conscience de ses défaillances?

*Alexandre: « voilà c'est cela, exactement, par exemple là, mise en évidence des faiblesses je le relirai également, avec, le travail de l'équilibre postural debout j'irai chercher, je la mets verticalisation et puis, je chercherai à lui dire "vous voyez là! On s'améliore de jour en jour, mais toute seule vous tomberez sûrement, il faut faire attention" donc, et c'est pareil pour les transferts donc "faite attention vous faites un transfert etc.", verticalisation et déstabilisations extrinsèques et intrinsèques donc voilà, face au miroir pour la verticalisation, pour lui faire prendre conscience de son équilibre, de sa posture »*

*Alexandre: « et déstabilisations intrinsèques extrinsèques pour, mettre, justement, à l'épreuve cet équilibre, et le stimuler, vérification de l'installation au fauteuil, cela je le relie en particulier, dans la, pour prévenir des "esc", enfin toutes les complications, et un travail assis avec déplacements le long de la table, plus un travail des transferts, donc cela c'est en particulier pour, voilà tout ce qui est le problème des transferts c'est, lui faire travailler, dans ses transferts, et voilà, et moi j'ai rajouté la stimulation de l'hémicorps droit puisque en effet tout ce qui est transfert cela reste toujours une stimulation de l'hémicorps droit aussi bien, donc la totalité »*

## 4.23 Présentation de la patiente et de sa pathologie

**MOTIF D'HOSPITALISATION** : Rééducation d'une hémiplégié droite avec aphasie survenue le 25/08/2015.

**MODE DE VIE** : Patiente mariée, 2 enfants (1 garçon et 1 fille). Elle aiderait son mari mécanicien. Lieu de vie à préciser avec la famille.

### **HISTOIRE DE LA MALADIE** :

Patiente de 52 ans, ayant présenté brutalement le 25/08/2015 alors qu'elle était en vacances à Djerba, un accident vasculaire cérébral sylvien gauche profond avec hémiplégié droite complète + aphasie.

**EXAMEN CLINIQUE A L'ENTREE** : le 21/09/2015

Nous sommes devant une patiente aphasique qui semble ne pas présenter de gros troubles de compréhension. Il existe une ébauche du mot, facilité lors de l'incitation verbale. La patiente est incapable de trouver les mots sans incitation.

En l'aidant, on apprend qu'elle a 2 enfants (1 fille et 1 garçon), que son mari travaille mais elle ne sait pas nous donner son adresse et son métier.

Elle ne semble pas se dire dépressive.

Il existe une paralysie faciale centrale droite.

L'examen du membre supérieur droite montre qu'il est totalement plégique, y compris à la racine.

Les amplitudes de l'épaule montrent une élévation antérieure ou latérale atteignant 90° avec des douleurs au-delà.

Le membre inférieur est légèrement spastique dans les fléchisseurs et les adducteurs. Il n'y a pas de limitation des amplitudes articulaires. Il existe une ébauche de mouvement de flexion-adduction de hanche droite.

Il n'y a pas de lésion cutanée tant au niveau du sacrum que des talons.

**AU TOTAL** : Prise en charge de la rééducation d'une hémiplégié droite massive avec aphasie chez une femme jeune de 52 ans, liée à un thrombus de l'artère carotide moyenne à point de départ myxome de l'oreillette gauche traité chirurgicalement le 10/09/2015.

L'évolution semble montrer une ébauche de récupération motrice et phasique mais une grosse dépendance.

### **EVOLUTION DANS LE SERVICE**

**Staff multidisciplinaire et visite du 24/09/2015**

En orthophonie, début du bilan. Troubles de la compréhension verbale. Répétition de mots difficiles. Langage automatique plus facile en chanson. Hypophonie.

En kinésithérapie, travail de l'équilibre assis, jambes pendantes ; station debout instable avec une mauvaise répartition des appuis à droite. Travail des transferts du décubitus dorsal au décubitus latéral. Comprend les consignes simples. Spasticité à 1+ sur l'échelle d'Aschworth modifiée des fléchisseurs plantaires de cheville droite. Sur le plan moteur, élévateur de l'épaule droite à 2 et adducteurs de la hanche droite à 2.

En diététique, il faudra préparer le repas avec la mise en place d'aide technique pour le repas en ergothérapie.

#### **Staff multidisciplinaire et visite du 30/09/2015**

En orthophonie, apraxie bucco-faciale associée à la paralysie faciale centrale droite ; expression orale spontanée qui demande un coût d'encodage important ; compréhension orale bonne en spontanée mais difficile dès que cela devient un peu plus complexe. Peut écrire quelques lettres et quelques mots. Persistance d'une hypophonie.

En ergothérapie, travail de déplacement en propulsion podale en fauteuil roulant manuel. Au niveau de la MIF : difficulté au coiffage pour les activités bi-manuelles. Toilette : aide partielle pour le dos et l'hémicorps droit. Habillage : guidage pour le haut du corps et aide totale pour le bas du corps. Travail de la commande motrice du membre supérieur droit. Relatéralisation à gauche en cours.

Sur le plan infirmier, incontinence sur impériosité. On propose à la patiente de l'accompagner aux toilettes à horaires réguliers.

En kinésithérapie, travail de l'équilibre debout en espace restreint. Est capable de tenir 30 à 40 secondes sans aide. Douleurs importantes de l'épaule droite à la mobilisation, d'horaire mécanique. On demande un port systématique de l'écharpe en position debout et de poser le membre supérieur droit sur l'Ottobock du fauteuil roulant lorsqu'elle est assise. Difficulté lors des déséquilibres extrinsèques en position debout.

#### **Staff multidisciplinaire et visite du 07/10/2015**

En orthophonie, Elle se plaignait de difficulté au niveau de la déglutition des liquides. Un test a été refait qui est normal. Travail des praxies buco-linguo-faciales. Répétition de mots courts en insistant sur l'article qu'elle a tendance à négliger. Exercices d'association d'images par rapport aux mots. La voix peut être un petit peu plus fort sur incitation.

En kinésithérapie, verticalisation. Travail de l'équilibre, du tonus du tronc.

En ergothérapie, transferts quasi seule au lit. Les essais pour les WC sont effectués.

Consultation auprès de l'assistante sociale le 08/10 à 15h00. On pourrait envisager dans un avenir proche une visite à domicile pour des sorties thérapeutiques.

#### **Staff multidisciplinaire et visite du 14/10/2015 :**

Bilan social effectué le 08/10/2015. L'ALD est à faire. Le dossier MDPH a été fait.

En orthophonie, bonne évolution de l'apraxie bucco-faciale mais tendance à évolution vers l'agrammatisme. Il ne faut pas hésiter à corriger la patiente lorsqu'elle fait des fautes de syntaxes. Cet agrammatisme est fréquent dans l'aphasie de Broca.

En kinésithérapie, gros progrès. Postures debout + Marche avec canne tripode. On va essayer de mettre en place l'omotrain qui va permettre de tenir l'épaule tout en permettant le balan du bras.

En ergothérapie, travail sur l'abaissement du pantalon pour l'autonomie sphinctérienne. Travail de la relatéralisation. Une visite à domicile la semaine sera effectuée dans la perspective de week-ends thérapeutiques.

## 4.24 L'horizon des apprentissages

### 4.241 Le cadre conceptuel mobilisé

Lors des entretiens le stagiaire nous donne à voir pour un patient particulier ce qu'il a prodigué comme soins. Il porte un éclairage sur la situation professionnelle qu'il a mise en œuvre au contact du patient. Le stagiaire nous fait part le cas échéant de ses observations, réflexions en rapport avec les processus de professionnalisation, de réhabilitation et des objets du soin qu'il a pu détecter. Le discours tenu par le stagiaire est une restitution de réflexions, d'actions, d'émotions etc., liées à des activités, nous les regroupons sous le vocable de, conduite.

Nous entendons par événement : « *le phénomène temporel de l'échange, l'établissement du dialogue, qui peut se nouer, se prolonger ou s'interrompre* » (Ricoeur, 1986, p ; 117). Nous avons qualifié ces événements/évolutions. Ils sont composés des faits marquants comme la découverte par le stagiaire et le patient d'une évolution clinique qui s'est imposée à eux, des adaptations des soins qui ont résulté de ce changement.

Le stagiaire rend compte événements/évolutions. Ils sont collationnés sous la forme d'expériences-vécues par le chercheur qui les assemble pour former un tracé reconstitué du parcours du stage en regard d'un patient singulier.

Le tracé originel quant à lui est construit par le stagiaire dans le cours des actions de soins, il n'appartient qu'à lui. Il s'en sert pour suivre les évolutions du patient, les siennes propres et pour construire et ou à déployer la situation professionnelle dans laquelle il se trouve.

Le tracé reconstitué rassemble des évolutions et ou des événements qui ont vu le stagiaire s'y adapter, afin de répondre à de nouveaux objectifs de soin. Des apprentissages se manifestent le cas échéant. Ils sont nécessaires en cas de modification d'une « *habitude d'activité* » (Barbier, 2011, p. 32) qui faisait auparavant « *l'objet d'une attribution de valeur par le sujet concerné et /ou par son environnement social* » (Ibid., p. 32).

D'un point de vue global, le milieu du soin est favorable aux développements des apprentissages chez le stagiaire parce que celui-ci est au contact de ses pairs et du patient, aussi il peut apprendre « *par imitations intelligente* » (Pastré, 1994, p. 38).

Pour suivre l'émergence des apprentissages et suivre leur développement, le stagiaire selon nous, produit (en rapport avec un patient singulier et sa pathologie), un tracé du parcours du stage, à partir d'un système de valuation/évaluations. Ce tracé comporte deux versants, l'évolution des apprentissages effectués par le stagiaire (qui s'autoévalue) et de ceux réalisées par le patient, du fait de sa participation aux soins en rapport avec l'avancement de son processus de réhabilitation.

Dans le tracé reconstitué avec l'aide du stagiaire, le chercheur a constaté que les processus de réhabilitation et de professionnalisation étaient en partie interconnectés (ils apparaissent comme tels par la reconstitution des processus de

valuation/évaluation). Joindre dans un même tracé les deux processus est une façon pour le stagiaire de réduire la complexité du champ d'expérience lié à la situation professionnelle.

Nous entendons par réduction un processus de concentration et qui ne doit pas être compris comme un affadissement de la complexité mais une façon d'en tirer une quintessence (Savoyant & Mayen, 2009, p.10). La réduction est un objet d'évaluation (Ibid., p.10), le tracé qui les regroupe est selon nous un méta-objet d'évaluation. Le stagiaire l'utilise pour piloter la construction et ou le déploiement de la situation professionnelle.

Le tracé est la manifestation d'une série de réduction de la complexité, dont les marqueurs sont les valuations/évaluations des processus de professionnalisation et de réhabilitation. Nous avons intitulé cette série de réduction de la complexité, l'horizon des apprentissages.

Nous avons intitulé Point de Réduction Expérientielle (PRExp) le composé du processus de professionnalisation et / ou de réhabilitation qui est valué /évalué à un moment précis et qui se trouve en rapport avec un objet du soin.

Le stagiaire se sert de l'entretien pour faire le point avec lui-même, puisque nous y mettons au jour son tracé du parcours de stage, il prend du recul. Nous avons interprété ses propos comme étant tournés avant tout vers lui-même, en direction de ses réalisations ou de celles en cours, voire de ses échecs ou semi-échecs.

Le tracé du parcours du stage (après avoir examiné les cas) résume ces faits selon un déroulement d'expériences-vécues que nous avons conçu comme composé d'étapes où chacune d'elles regroupe des thématiques expérientielles.

Le schéma (idéal) du stage est (après analyse des données portant sur 6 cas) : E-V-Rupture, E-V-Enquête-Exploration, E-V-Épreuve, E-V Ressources, E-V-Assimilation/Élaboration.

La venue en stage est considérée (fréquemment) comme une rupture par rapport au parcours antérieur, le stagiaire rentre dans un période de découverte du stage où il apprend à connaître le dispositif de soin (ses acteurs), et le patient auquel il va devoir prodiguer des soins.

Des événements/évolutions se produisent qui mettent à l'épreuve le stagiaire sur le plan des apprentissages des techniques de soins (relation, bilans, procédures diverses etc.), des ressources sont mises (en général) à sa portée (par les acteurs du dispositif de soin), ressources dans lesquelles il puise (de manière variable).

Puis survient après cette période d'adaptation, un temps de l'assimilation/élaboration qui voit les soins s'ajuster aux besoins du patient aux objectifs ainsi qu'aux objectifs de professionnalisation que s'est assigné le stagiaire (implicitement/explicitement, le débriefing sert de révélateur en ce domaine).

La réduction de la complexité de la situation professionnelle repose sur les capacités du stagiaire à valuer évaluer et à autoévaluer ses expériences vécues. Il enrichit le méta-objet d'évaluation qu'est le tracé du parcours de stage.

Nous postulons que pour atteindre cette réduction, la valuation/évaluation doit-être jointe à la perception. Notre position tient en ceci que lors des soins la perception permet d'accéder à des informations sur le patient et son environnement selon un mode global de saisie, mode que nous utilisons lors du geste de soin.

Pour soutenir notre position sur l'inflexion à apporter à la valuation, nous rappelons que la perception est étroitement liée à l'action et elle interfère avec elle (Rosenthal, 2004, p. 2), elle permet au sujet de porter sur son propre état de santé, une « *appréciation globale* » qui intègre « *ses connaissances et son expérience de la santé ou de la maladie, donc des aspects objectifs et subjectifs de la santé* » (Levasseur, 2001, p. 259), qu'une perception sociale du corps existe et donne accès à un comme « *on est parlé* » (Bourdieu, 1977, p. 51).

La perception conjoint deux origines, « *elle se fait là-bas dans le monde et elle se fait en moi* » (Barbaras, 2009, p. 8). La perception comme intellection examine l'objet et en appréhende une signification (Ibid., p. 30).

Nous postulons que la valuation/évaluation est en fait une dyade valuation/évaluation-perception.

La dyade dans sa configuration perception–valuation/évaluation permet d'apprécier la situation professionnelle dans sa globalité. La dyade dans sa configuration valuation/évaluation-perception permet d'apprécier la situation professionnelle en se focalisant sur des aspects précis et localisés.

Nous conservons le système dual de Dewey :

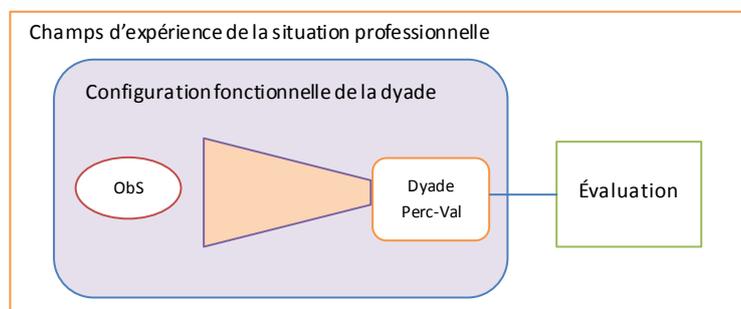
Celui des appréciations immédiates :

*« Valeurs immédiates » qui « apparaissent dès qu'il y a du goût, de l'intérêt, un penchant (...) une tendance, une disposition, une orientation. La plupart de nos goûts, quand ils font leur première apparition, sont toutefois aveugles et grossiers. Leur objet est mal connu et on ne sait pas pourquoi on s'attache à tel objet plutôt qu'à tel autre » (Dewey, 2012, p. 387).*

Celui de l'appréciation évaluative, est mue par un acte qui pèse et sous-pèse les attendues, les moyens en lien avec un objet du soin que l'on désire atteindre, conservé, préservé etc. et que dans les faits qui ont trait avec cet objet :

*« L'affirmation est comparative, qu'on juge une chose meilleure qu'une autre, le problème change de nature ; il met en jeu des comparaisons, des relations, des causes, de l'intellect et de l'objectivité » (Dewey, 2012, p. 387).*

Ce qui nous donne une configuration fonctionnelle scindée et imbriquée selon deux pôles évaluatif / évaluatif (Cf. figure 10). Le pôle évaluatif contenant une dyade perception-évaluation.



**Figure 10 : Configuration fonctionnelle de la dyade évaluative perceptive**

Obs : objet du soin

Perc-Val : Perception-Évaluation

Ces deux pôles en se conjuguant permettent au stagiaire suivre l'évolution de ses apprentissages ainsi que ceux du patient, de produire des Point de Réduction Expérientielle (PRExp).

Le chercheur en regard des deux pôles se positionne différemment lors de l'analyse des données.

Si le stagiaire tient les propos suivants,

« *C'est donc la première fois que j'avais la chance de toucher* »,

1<sup>er</sup> positionnement (vision perceptive-évaluative) :

Le terme toucher laisse entendre qu'une globalisation du réel est présente, chez le stagiaire. Elle est partagée par le patient qui reçoit des soins par l'intermédiaire de la main du thérapeute, le patient réagit en modifiant son positionnement, son mouvement etc.

Le soignant et le patient sont très proches en termes de distance. Un système d'activité de soin les englobe.

Dans ce cas, nous avons noté la valuation, [P-v P/P-v R], la Perception (P) prévaut sur (v) valuation et le processus de réhabilitation (R) ne sera pas disjoint du processus de professionnalisation (P).

Cette manière de faire présente l'avantage d'attirer l'attention du chercheur sur des processus liés. Deux activités se conjuguent qu'il ne faut pas chercher à séparer parce que pour les acteurs la relation soignant-soigné revêt une importance.

2<sup>ème</sup> position : (vision évaluative-perceptive)

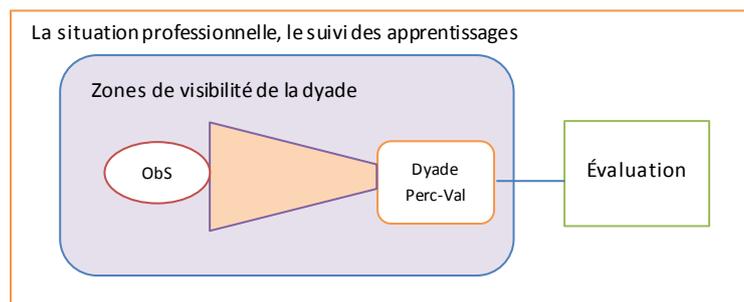
Les propos du stagiaire évoque la « *première fois* » et cela ne concerne que lui, c'est une appréciation globale que lui donne son expérience-vécue, le pôle de la valuation

(EV) se manifeste, nous l'avons notée, EV-p F, nous conservons en arrière-plan la perception (p), et (P) processus de professionnalisation du stagiaire.

3<sup>ème</sup> position : (vision évaluative)

Le stagiaire donne des informations sur un bilan qu'il a effectué, des échelles cliniques de mesures sont convoquées, des comparaisons sont notées explicitées, le pôle évaluatif est activé.

Ce qui nous donne un système avec deux zones de visibilité (Cf. Figure 11). La dyade valuative perceptive ou perceptive-valuative se prolonge le cas échéant, au travers d'une dimension évaluative.



**Figure 11 : Zones de visibilité de la dyade valuative perceptive auquel s'ajoute une dimension évaluative**

Obs : objet du soin

Perc-Val : Perception-Valuation

Dispositif	Pôle valuatif-perceptif		Pôle évaluation
Système d'activité	<b>P-v P / P-v R</b>	<b>V-p P / V-p R</b>	<b>EV-p P / EV-p R</b>
Activité	<b>P-v P</b>	<b>V-p P</b>	<b>EV-p P</b>
	<b>P-v R</b>	<b>V-p R</b>	<b>EV-p R</b>
	<b>P-v corps</b> → « on est parlé »		

Dans le tracé du parcours du stage nous utilisons ce dispositif en mettant en avant l'approche de Barbaras (2009) : la perception « se fait là-bas dans le monde et elle se fait en moi » en appliquant ce principe nous dissociions les auto-valuations, des autres types de valuations.

Le méta-objet se présente quatre colonnes :

La 1<sup>er</sup> colonne nous l'avons intitulée « le stagiaire relate des conduites » et reprend le texte des extraits.

La 2<sup>ème</sup> s'intitule EV pour Expérience-Vécues dans laquelle sont notées les étapes du parcours du stage.

La 3<sup>ème</sup> colonne montre les auto-valuations produites par le stagiaire en direction de son processus de professionnalisation.

La 4<sup>ème</sup> colonne est consacrée aux activités du patient le processus de réhabilitation du patient est ciblé. Dans le cadre des systèmes d'activités patient-stagiaire autour de l'objet du soin, les processus de réhabilitation du patient et de professionnalisation du stagiaire sont visées conjointement.

#### 4.242 Le parcours du stage

**Tableau 3 : Le tracé du parcours du stage (cas n°1)**

<p>Événement : la rencontre avec une patiente souffrante d'un AVC récent. Objet du soin : un bilan et un plan de soin en massokinésithérapie à mettre en œuvre</p>				
Le stagiaire relate des conduites	E-V	Les points de réduction expérientielle		
		<table border="1"> <tr> <td>état interne</td> <td>état externe</td> </tr> <tr> <td>« ce qui se fait ici »<sup>2</sup> (perception) Corps-cerveau</td> <td>« ce qui se fait là-bas » (Ibid., p. 8) (perception) Milieu associé</td> </tr> </table>	état interne	état externe
état interne	état externe			
« ce qui se fait ici » <sup>2</sup> (perception) Corps-cerveau	« ce qui se fait là-bas » (Ibid., p. 8) (perception) Milieu associé			
« j'avais c'est vrai donc Mme X bien que ce soit un AVC, je n'avais pas eu vraiment l'occasion de beaucoup travailler avec des AVC, en tous cas, depuis leur prise en charge de départ, j'étais dans les staffs où j'étais, je prenais des patients qui étaient déjà, bien avancés, (...) donc là cela m'a permis d'attaquer sur quelque chose de nouveau » 1 <sup>er</sup> semaine	E-V Rupture	<b>EV-p P</b> <i>« d'attaquer sur quelque chose de nouveau »</i> Patient AVC en début de rééducation	<b>P-v</b> corps → « on est parlé » <i>« patients qui étaient déjà, bien avancés »</i>	
« c'est donc quasiment la première fois que j'avais la chance de toucher, ça me disait, ça me déstabilisait pas particulièrement, c'est juste que voilà, hé bien cette technique c'est vrai que bon voilà, je pourrai l'utiliser (voix chuchotée) » 1 <sup>er</sup> semaine		<b>EV-p P</b> <i>« la première fois »</i> Utilisation de techniques	<b>P-v P/ P-v R</b> Perception du toucher	
« c'était, là cela me permettait non seulement de comprendre que certaines techniques j'étais pas, je n'avais pas en effet, tout l'envergure de leur potentiel, et puis donc, c'est pour cela aussi que cela contribue honnêtement à l'amélioration, et puis aussi en même temps je voyais des choses que je n'avais jamais faites avec des patients AVC, puisque je n'avais pas eu forcément eu l'occasion de travailler beaucoup avec des AVC, autant en aigu, subaigu quoi, j'avais eu beaucoup de patients chroniques déjà, qui étaient tard » 1 <sup>er</sup> semaine		<b>EV-p P</b> transition Utilisation de techniques Patient AVC en début de rééducation	<b>P-v P/ P-v R</b> <i>« l'envergure de leur potentiel »</i>  <b>V-p P/ V-p R</b> <i>« des AVC, autant en aigu, subaigu »</i>	
« vraiment cela a été la fin de la première semaine quoi, parce que en fait là, c'est plutôt bon là c'est pour expliquer, une partie découverte, c'était donc, je fais mon bilan, je découvre la patiente, je regarde ce qui la gêne, ce qui la gêne pas, où est-ce qu'on en ait, (...) c'était vraiment, c'était vraiment toute cette période, fin de première semaine » 1 <sup>er</sup> semaine 1	E-V Enquête-exploration	<b>P-v P</b> D'avoir bilanter plutôt bon là	<b>P-v</b> corps → « on est parlé » <i>« ce qui la gêne, ce qui la gêne pas »</i> <b>V-p P/ V-p R</b> <i>« je fais mon bilan, je découvre la patiente »</i>	
« c'est le signe d'une découverte, c'est le début de la prise en charge quoi, et voilà c'est le bilan d'entrée (hésitation) plus objectifs (silence) et après, voilà en fait c'est tout		<b>P-v P</b> D'avoir proposé	<b>EV-p F/ EV-p R</b> Évolution objectifs	

<sup>2</sup> Barbaras, 2009, p. 8

<p><i>simplement, cette période de découverte, qu'est-ce que je vois, qu'est-ce ce que je peux proposer maintenant et on voit comment cela évolue » 1<sup>er</sup> semaine</i></p>	<p>Découverte</p>	
<p><i>« donc c'est cela, c'était vraiment pour moi, donc cela, c'est quelque chose, c'est parti de peu, puisqu'en fait tout simplement, Martine m'a dit "oui, voilà, c'est bien ce que tu as fait, mais ce n'est pas organisé ! », c'est juste ce qu'elle m'a dit »</i></p> <p><i>« et elle ne m'a pas fait de remarques spécialement plus naïve que cela, c'était bête la manière dont elle me l'a dit, "ce que tu as fait c'est bien mais voilà", donc à partir de là eh bien, j'ai refait le plan de rééducation et puis voilà » 1<sup>er</sup> semaine ; 3</i></p>	<p><b>P-v P</b> D'un semi-échec</p>	<p><b>EV-p P/ EV-p R</b> Valuation tut rice. Organisation</p>
<p><i>« je pense que, j'avais (il insiste sur j'avais<sup>3</sup>) l'organisation, ce n'est pas, que je ne savais pas comment m'y prendre, c'est plutôt que je négligeais cette partie-là, je ne pensais pas que! Au final quand on regarde un patient, on se dit tout de suite voilà, il faut que vraiment, je regarde quoi, je regarde l'articulaire, le musculaire, le fonctionnel, le CTV<sup>4</sup>, et on fait un bilan, on a son bilan etc. ».</i></p> <p><i>« Et puis, on regarde un peu les objectifs on est content, on a les objectifs, on pense que l'on a tout, non! en fait au final, il y a toute cette importance, de devoir organiser (il insiste sur devoir organiser) en fait (hésitation) parce qu'il a des choses que l'on va travailler plus que d'autres, parce qu'il faut organiser une séance derrière » 1<sup>er</sup> semaine</i></p>	<p><b>P-v P</b> D'avoir pris conscience qu'il doit s'organiser D'avoir bilanter. Devoir réorganiser</p>	<p><b>EV-p P/ EV-p R</b> <i>je regarde l'articulaire, le musculaire, le fonctionnel, le CTV, et on fait un bilan Du patient globalement</i></p>
<p><i>Cette séance elle dépend de cette organisation, on ne peut pas viser une séance correcte, si dans le tas d'objectifs que l'on a, on n'est pas capable de dire, hé bien tient c'est cela qu'il faut que je travaille en priorité, parce qu'à ce moment-là, la séance elle part un peu en vrille » 1<sup>er</sup> semaine</i></p>	<p><b>P-v P</b> D'avoir pris conscience qu'il doit s'organiser</p>	<p><b>V-p P/ V-p R</b> De la séance qui part en vrille</p>
<p><i>« c'est que (...) comme on avait toujours en fait ce côté de mutisme etc. Je me suis vraiment efforcé, de trouver un moyen, de trouver un moyen de communication, enfin avec Mme X, essayer de trouver voir comment elle pouvait répondre le mieux, chercher, (...) est-ce qu'elle répond</i></p>	<p><b>P-v P</b> Recherche d'un moyen pour communiquer</p>	<p><b>P-v</b> corps → « on est parlé » <i>de trouver un moyen de communication</i></p>
	<p><b>Épreuve E-V</b></p>	

<sup>3</sup> Commentaires du chercheur

<sup>4</sup> Item du bilan : le Cutané-Trophique Vasculaire (CTV)

<p>aux questions ouvertes? Est-ce qu'elle répond aux questions fermées? Essayer de comprendre où est-ce que son aphasie allait? (...) C'est-dire réfléchir à savoir comment, il faut que je trouve, c'est une patiente avec qui je dois travailler trois semaines! Avec qui j'ai besoin de communiquer, et cela ne communique pas alors comment je vais devoir faire? (...) parce que vous imaginez bien, moi je devais remplir des fiches, est-ce que vous avez mal? Est-ce que vous avez ? Etc. Est-ce que vous avez de la fièvre? » 1<sup>er</sup> semaine.</p>	<p><b>V-p P</b> De ne pas pouvoir pratiquer les bilans De ne pas pouvoir écrire sur fiche<sup>5</sup></p>	<p><b>V-p R</b> « mutisme etc. Je me suis vraiment efforcé, de trouver un moyen, de »</p>
<p>« j'étais allé au CRF, (...) pour le relationnel avec les non-communicant(e)s, cette été (...) j'étais dans un service qu'on appelait post-éveil, c'étaient des gens qui venaient juste d'avoir leur accident en trauma crânien, (...) on était vraiment dans l'aigu et on avait tous ce problème de devoir faire des bilans, de devoir réussir à parler avec eux alors que, parfois ils ne te comprenaient pas » Le week-end et une référence à un temps passé</p>	<p><b>V-p P</b> Problème pour faire des bilans</p> <p><b>P-v P</b> « on était vraiment dans l'aigu »</p>	<p><b>V-p P/ V-p R</b> patients : traumatisés crâniens</p> <p><b>P-v</b> corps → « on est parlé » « d'avoir leur accident en trauma crânien,</p>
<p>« C'est là où j'ai appris, tout simplement à développer quelque chose, (...) je travaillais avec des aphasiques qui ne comprenaient pas les ordres que je leur donnais(...) j'avais trouvé cela j'en était content, c'est quelque chose que je garde bien profond en moi, c'est par exemple, j'avais remarqué [que la patiente dont je m'occupais à l'époque 6 ] qu'au final elle ne comprenait pas les consignes ou elle comprenait tout de travers du coup, je travaillais en fait, seulement avec les gestes, par exemple j'essayais de dire, genre parler « levez-vous, marchez », et du coup la patiente se levait et marchait en suivant plus mon bras que ce que je disais ». Le week-end et une référence à un temps passé »</p>	<p><b>V-p P</b> Problème pour faire des bilans Solution par l'imitation</p>	<p><b>P-v P/ P-v R</b> Absence de communication « seulement avec les geste »s</p> <p><b>V-p R</b> « je travaillais avec des aphasiques »</p> <p><b>P-v</b> corps → « on est parlé » « elle ne comprenait pas les consignes »</p>
<p>« elle avait mal, eh bien oui elle ne nous le disait pas, donc alors voilà j'ai compris hé bien elle a peut-être une petite perte d'initiative, c'est une patiente qui n'est pas très communicante, (...) et pendant le W-E là j'ai rechangé je me suis, j'ai rechangé ce côté-là, les objectifs, j'ai rechangé les objectifs, je me suis dit il faut que je trouve un moyen de communication avec la patiente parce que sinon cela va pas aller. » Le week-end et une référence à la 1<sup>er</sup> semaine</p>	<p><b>V-p P</b> Transition Modification des objectifs Solution par l'imitation</p>	<p><b>V-p R</b> « petite perte d'initiative »</p> <p><b>P-v P/ P-v R</b> « patiente qui n'est pas très communicante »</p>
<p>« j'ai vraiment commencé à me concerter avec Viet, c'est plutôt vers, voilà la première moitié de la première semaine quoi, la troisième séance où j'ai commencé à aller voir un peu ce que faisait Viet, et Viet m'a énormément expliqué » 1<sup>er</sup> semaine</p>	<p><b>V-p P</b> Transition par un tuteur</p>	<p><b>V-p R</b> Viet m'a énormément expliqué</p>

E-V  
Ressource

<sup>5</sup> Alexandre réalisera à partir de ce bilan son mémoire professionnel de fin de formation

<sup>6</sup> Ajout du chercheur

			V-p P/ V-p R « j'ai commencé à aller voir »
<p>« c'était en fait, simplement il m'expliquait, que voilà il y avait certains points, sur lesquels, peut-être (hésitation) enfin par exemple, voilà que je n'avais pas forcément compris l'entière (hésitation) importance d'un item en particulier, tout ce qui était, le côté équilibre tout de suite parce que j'étais sur le travail sensorimoteur, l'équilibre, je trouvais que c'était tôt par exemple, qu'il fallait attendre un peu, et Viet il me disait au contraire » 1<sup>er</sup> semaine</p>		V-p P Transition par un tuteur Technique sensitivomotric e	V-p R « je n'avais pas forcément compris » Évolution du patient
		P-v P « je trouvais que c'était tôt par exemple »	V-p P/ V-p R « Viet il me disait au contraire »
			P-v P/ P-v R « Viet il me disait au contraire »
		V-p P Transition par un tuteur Technique posturale	EV-p P/ EV-p R Mettre debout
		P-v P « tu es attentif, tu fais attention »	P-v P/ P-v R « s'il elle ne tient pas debout ok tu attends »
<p>« Viet il me disait au contraire, (...) tu as une récupération du membre inférieur, c'est maintenant qu'il faut la mettre debout, s'il elle ne tient pas debout ok tu attends un peu mais il faut au moins essayer, donc c'est sur cela qu'il m'avait en particulier repris, donc alors là, (...) c'est surtout voilà, le travail de l'équilibre (...) par exemple il me dit "il ne faut pas hésiter, tu mets debout et si elle tient, tu es attentif, tu fais attention »"</p>		V-p P Transition accélérée par un tuteur Prudence	P-v P/ P-v R « troisième séance »
		P-v P je faisais attention quoi	V-p P/ V-p R « troisième séance »
<p>« et puis là, là cela a été la deuxième, semaine cela a été la vraie prise en charge, c'est-à-dire, on peut dire que, sur mes objectifs finalement voilà, j'ai cela qui, devient important, j'arrive à mieux cibler sur ma patiente, donc oui voilà c'était vraiment, c'était vraiment toute cette période, fin de première semaine ici là » Fin de 1<sup>er</sup> semaine et 2<sup>ème</sup> semaine</p>	E-V assimilation/élaboration		V-p P/ V-p R « j'arrive à mieux cibler sur ma patiente »,
			EV-p P mes objectifs
<p>« j'ai développé mes moyens, donc la mobilisation du membre supérieur et inférieur, donc toutes les articulations pour le premier, là massage de l'épaule et de la mobilisation, massage de l'épaule droite et mobilisation infra douloureuse et des étirements notamment du grand pectoral (...) »</p>		P-v P D'avoir pratiqué Massé, mobilisé étiré	EV-p P/ EV-p R Antalgie épaule droit Articulation hémisphère droit

<p><i>cela c'est pour le travail antalgique de l'épaule droite»</i> 2<sup>ème</sup> semaine / Schème 1→</p>	<p><b>EV-p P</b> <i>mes objectifs</i> Mobiliser l'hémisphère droit Traiter, prévenir les douleurs d'épaule droite »</p>	<p><b>P-v P/ P-v R</b> Massage, perception</p>
<p><i>« la stimulation motrice des abducteurs et, globalement en fait des, du membre inférieur droit, donc c'était pour la stimulation sensori-motrice de l'hémicorps droit »</i> 2<sup>ème</sup> semaine / Schème 2→</p>	<p><b>P-v P</b> Perception D'avoir pratiqué Des stimulations sensitivomotric es</p>	<p><b>EV-p P/ EV-p R</b> Motricité sensibilité évaluation</p>
<p><i>« mise en évidence des faiblesses alors cela c'est particulier, puisque la patiente, elle fait, donc bien qu'elle est des problèmes pour les transferts, là elle a des problèmes parce qu'elle s'y prend trop rapidement, et qu'elle risque de, qu'elle risque la chute, donc en fait voilà c'est, lui rappeler que, elle a des, elle a un côté hémiplégique et que, cela va demander du temps et qu'il faut faire attention en attendant et (...) voilà c'est cela, exactement»</i> 2<sup>ème</sup> semaine / Schème 3→</p>	<p><b>EV-p P</b> <i>mes objectifs</i> Stimulation de l'hémisphère droit</p>	<p><b>P-v P/ P-v R</b> « La stimulation sensori-motrice »</p>
<p><i>« par exemple là (la) mise en évidence des faiblesses je le relirai également, avec, le travail de l'équilibre postural debout j'irai chercher, je la mets verticalisation et puis, je chercherai à lui dire "vous voyez là! on s'améliore de jour en jour, mais toute seule vous tomberez sûrement, il faut faire attention donc, et c'est pareil pour les transferts donc "faite attention vous faites un transfert etc.", verticalisation et déstabilisations extrinsèques et intrinsèques » (...) 2<sup>ème</sup> semaine / Schème 4→</i></p>	<p><b>P-v P</b> D'avoir pratiqué Des exercices à visée fonctionnelle</p>	<p><b>P-v</b> corps → « on est parlé » « des faiblesses » « elle s'y prend trop rapidement» « qu'elle risque la chute »</p>
<p><b>EV-p P</b> <i>mes objectifs</i> Prévenir la chute</p>	<p><b>V-p R</b> « elle a un côté hémiplégique »</p> <p><b>P-v P/ P-v R</b> « demander du temps et qu'il faut faire attention »</p>	
<p><b>P-v P</b> D'avoir incité à la prudence D'avoir pratiqué Des exercices à visée fonctionnelle</p>	<p><b>V-p R</b> Risque de chute</p> <p><b>V-p P/ V-p R</b> « troisième</p> <p><b>P-v</b> corps → « on est parlé » « tomberez sûrement</p>	

<p>« donc voilà, face au miroir pour la verticalisation, pour lui faire prendre conscience de son équilibre, de sa posture (...) et déstabilisations intrinsèques extrinsèques pour, mettre, justement, à l'épreuve cet équilibre, et le stimuler, » 2<sup>ème</sup> semaine / Schème 4 →</p>	<p><b>P-v P</b> D'avoir pratiqué Des exercices d'équilibre et de prise de conscience</p>	<p><b>P-v P/ P-v R</b> Prendre conscience L'épreuve du maintien de l'équilibre</p>
<p>« vérification de l'installation au fauteuil (à une ligne, ou Adeline?) , cela je le relie en particulier , (dans la), pour prévenir (des "esc"), enfin toutes les complications, et un travail assis avec déplacements le long de la table, plus un travail des transferts, donc cela c'est en particulier pour, voilà tout ce qui est le problème des transferts c'est, lui faire travailler, dans ses transferts, et voilà, et moi j'ai rajouté la stimulation de l'hémicorps droit puisque en effet tout ce qui est transfert cela reste toujours une stimulation de l'hémicorps droit aussi bien, donc la totalité » 2<sup>ème</sup> semaine / Schème 5 →</p>	<p><b>EV-p P</b> mes objectifs Prévenir les complications</p>	<p><b>V-p R</b> Vérifier l'installation a fauteuil</p>
	<p><b>P-v P</b> D'avoir fait pratiquer les transferts</p>	<p><b>EV-p P/ EV-p R</b> « le problème des transferts une stimulation de l'hémicorps droit prévenir, enfin toutes les complications, »</p>

	Pôle évaluatif-perceptif		Pôle évaluation
Système d'activité	<b>P-v P/ P-v R</b>	<b>V-p P/ V-p R</b>	<b>EV-p P/ EV-p R</b>
Activité	<b>P-v P</b>	<b>V-p P</b>	<b>EV-p P</b>
	<b>P-v R</b>	<b>V-p R</b>	<b>EV-p R</b>
	<b>P-v corps</b> → « on est parlé »		

- P-v P** : Perception-valuation du processus de Professionnalisation
- P-v R** : Perception-valuation du processus de Réhabilitation
- V-p P** : Valuation-perception-du processus de Professionnalisation
- V-p R** : Valuation-perception-du processus de Réhabilitation
- EV-p P** : EValuation du processus de Professionnalisation
- EV-p R** : EValuation du processus de Réhabilitation



À partir d'un cadre temporel séparé en trois périodes<sup>7</sup> celle des « bagages », celle de la « régulation→ apprentissage optimisé » et celle « apprentissage pratique », le chercheur demande au stagiaire d'indiquer par un traçage à main levée, les évolutions de ses apprentissages en prenant deux critères : la technique et le relationnel. Le stagiaire rétorqua aimablement qu'il fallait inclure celui de l'organisation. Après que les tracés furent faits, les annotations ont été réalisées.

Nous visualisons une évolution du processus de professionnalisation selon 3 critères.

L'organisation des soins (bleu), les techniques massokinésithérapiques (rouge) et les techniques de relations (vert).

Les tracés du stagiaire sur ses capacités d'organisation, montrent une évolution sur les deux premières semaines de stage ; valuation négative en première semaine puis positive sur la seconde.

Les interactions avec les tuteurs sont spécifiées ont été considérées par lui en termes de tendance comme des E-V enquête-exploration, ressources (lors de la première semaine) et E-V assimilation/élaboration (lors de la deuxième semaine)

- > Martine en 1<sup>er</sup> semaine son constat : « *c'est bien mais non organisé* »
- > Viet en 1<sup>er</sup> semaine : le regard porté par Viet sur mes séance, « *justifications* » et « *influence des priorisations* » interactions en fin de première semaine
- > Viet, Martine et Loles début de 2<sup>ème</sup> semaine : « *travail des techniques +variations* »

Synthèse du stagiaire : « *j'avais "tout", aspect relationnel, organisationnel, restait encore la pratique* »

Alexandre a réussi à réaliser ses observations massokinésithérapiques auprès de sa patiente, atteinte d'un AVC. Il a été aidé par le réseau informel des tuteurs, en particulier par Viet qui lui a demandé de revoir ses objectifs et de justifier ses actions de soins ; une aide est venue de Martine qui lui a demandé de revoir l'organisation de ses séances, une autre aide a été donnée par Loles sur le plan de la mise en pratique des exercices au contact du patient et des variantes à envisager, enfin il s'est appuyé sur les échanges qu'il a eu avec une autre stagiaire pour prendre du recul sur ses pratiques (Cf. Figure 12).

Alexandre est en fin de troisième année de formation. La prise en charge massokinésithérapique de cette patiente fera l'objet d'une analyse qui sera reportée dans un mémoire de fin d'étude. Il a sa disposition des outils de recueil des données qui lui ont été préconisés par son institut de formation. Il a su utiliser ses expériences antérieures de stage afin de pouvoir améliorer la communication avec sa patiente, cela lui a permis d'avoir un bilan plus précis et exhaustif.

---

<sup>7</sup> Les dénominations des périodes ont été choisies par le stagiaire.

4.244 Un état des valuations-évaluations auprès du patient : l'horizon des apprentissages

Tableau 4 : Points de Réduction Expérientielle établis par le bipôle valuatif-perceptif / évaluatif (cas n°1)

Les étapes du tracé	Les PRExp/VPÉ										
	Lignes	P-v corps	V-p	P-v F	P-v R	V-p F	V-p R	EV-pF	P-v F/P-v R	V-p F/V-p R	EV-p F/ EV-p R
E-V Rupture	1	e						i			
	2			i				i	e		
	3							i	e	e	
E-V Enquête Exploration	4	e		i						e	
	5			i							e
	6			i		i					e
	7	e		i		i				e	e
E-V Épreuve	8	e		i						e	
	9			i						e	
E-V Ressource	10	e				i	e			e	
	11	e		i		i				e	
	12	e				i	e		e		
	13					i	e		e		
	14					i	e			e	
	15			i		i	e		e	e	
	16			i		i			e		e
E-V Assimilation	17			i		i			e	e	
	18							i		e	
	19			i				i	e		e
	20			i				i	e		e
	21	e		i			e	i			
	22	e		i		i	e		e	e	
	23			i					e		
24			i			e	i			e	

PRExp/VPÉ : Point de Réduction Expérientielle établis par le bipôle Valuatif-Perceptif / Évaluatif

i : interne / e : externe

P-v P : Perception-valuation du processus de Professionnalisation.

P-v R : Perception-valuation du processus de Réhabilitation.

V-p P : Valuation-perception du processus de Professionnalisation.

V-p R : Valuation-perception du processus de Réhabilitation

EV-p P : Évaluation du processus de Professionnalisation

EV-p R : Évaluation du processus de Réhabilitation

P-v P/ P-v R : Perception-valuation des processus liés

Professionnalisation/Réhabilitation.

**V-p P/ V-p R** : Valuation-perception des processus liés  
Professionnalisation/Réhabilitation.

**EV-p P/ EV-p R** : Évaluation des processus liés Professionnalisation/Réhabilitation.

## 4.25 L'horizon des soins

### 4.251 Le cycle d'expérimentation

Nous utilisons la modélisation du cycle d'expérimentation (Cf. Figure 2, paragraphe 2.6).

Le schème d'action du stagiaire au contact de l'objet du soin, voit son but "s'iriser", en sous-buts. Les sous buts sont projetés dans la zone de recouvrement des C.C.M.A., ils seront les "têtes de pont" du but, à la fois effectrices et informatrices. Les sous-buts permettent d'engager l'effectuation de la tâche effective à partager.

À chaque sous-but, s'apparie un cycle d'expérimentation idoine. Ce dernier se situe entre le but le sous-but. Le cycle d'expérimentation appartient en propre au sujet ; i.e. ; à son C.C.M.A. L'objet du soin appartient en propre au patient, il fait partie de son C.C.M.A.

Le stagiaire et le patient se partagent la mise en chantier de l'objet du soin par l'intermédiaire de leurs schèmes respectifs.

L'objet du soin est dans la zone de recouvrement des C.C.M.A. des acteurs, il est donc *situé* du fait de ce positionnement. Il dispose de ses propres caractéristiques biopsychomotrices et fonctionnelles. Il émet des informations sous la forme de flux, dans la zone de recouvrement lors de sa mise en chantier. Flux qui rendent compte des transformations qui s'accomplissent en son sein.

La zone de recouvrement des C.C.M.A., est une zone de mutualisation des ressources qui s'y trouvent et qui transitent par elle. Le patient et le stagiaire y ont accès et viennent y puiser ce dont ils ont besoin et en particulier les flux d'informations émises par l'objet du soin.

Les flux d'informations émises par l'objet du soin, sont des indicateurs du déroulement de la tâche effective à partager, de l'activation des sous-buts, des cycles d'expérimentation de chacun des acteurs.

Percevoir les flux d'informations émises par l'objet du soin, les interpréter, permet aux acteurs de suivre et de guider l'avancement des transformations sur l'objet. À une échelle plus globale, l'utilisation des flux d'informations qui naissent et transitent par la zone de recouvrement donneront la possibilité aux acteurs d'accompagner, et d'infléchir le processus de réhabilitation et au stagiaire son processus de professionnalisation.

### 4.252 Le schème d'enquête du stagiaire

Pour repérer l'objet du soin le stagiaire est aidé en cela, par des sources d'informations variées à visée ou non prescriptives transmises par des acteurs du dispositif de soins. Il se renseigne à distance du dispositif de soin à titre d'exemple auprès de formateurs de son institut et fait appel à son réseau personnel, il recherche sur

internet, dans des bibliothèques des documents qui peuvent l'éclairer sur la pathologie du patient et les méthodes de rééducations recommandées.

Il est renseigné par le patient lui-même et par les proches de ce dernier, le cas échéant. Toutes ces activités reposent sur le schème de l'enquête (Thievenaz, 2019, p. 3). Le stagiaire utilise ce mécanisme pour construire une démarche de soin qui vise la pertinence des soins<sup>8</sup>

Il reste à ajuster la démarche de soins au plus près de l'objet du soin et par le suivi de sa transformation. C'est moment du corps à corps entre le patient et le stagiaire, de la mise en œuvre de la distance thérapeutique vectrice de la pertinence des soins dont la visée est l'objet du soin. La zone de recouvrement des C.C.M.A., est l'espace où se situent ces processus et les activités qui les concernent.

#### 4.253 Le schème d'enquête-exploration du stagiaire

Lors du corps à corps stagiaire-patient, le schème de l'enquête deweyenne se trouve pris en défaut parce que « *le tempo de l'action est bien trop rapide pour laisser place à du raisonnement ou à du calcul* » (Pastré, 2011, p. 211). Le stagiaire utilise une autre méthode en s'appuyant sur des coactivités. Le schème sous sa forme d'enquête-exploration est généré, nous faisons appel au blinding, durant la phase d'élaboration perceptive et court-circuite en quelque sorte la pensée hypothético-déductive en proposant une reconnaissance affinée des phénomènes à partir des irisations du champ d'expérience provoquées par l'objet du soin et ses transformations.

Selon nous, les coactivités seront "reprises en main" par le schème de l'enquête, lors de la phase suivante du blinding expérientiel.

Les coactivités en regard de la transformation de l'objet du soin sont ajustées continument parce que ce sont des actions dont les opérations au niveau le plus fin sont mutualisées par les acteurs, ce ne sont plus les opérations de l'un ou de l'autre mais des opérations fusionnelles de "[l'un-l'autre]".

Le schème de l'enquête se voit complémenté par une dimension exploratoire. Il en résulte un schème plus global d'enquête-exploration muni de capacités d'investigation et de pilotage des situations professionnelles plus étendues.

Le schème d'enquête exploration ne peut être dissocié de la situation professionnelle, ce vers quoi il agit.

Le schème d'enquête exploration se manifeste au niveau de la zone de recouvrement des C.C.M.A., des acteurs. Il appréhende les flux d'informations qui transitent par l'objet du soin, il participe ce faisant à sa transformation.

---

<sup>8</sup> Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient, sur la base d'une analyse bénéfices / risques, et conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations de la [Haute Autorité de Santé](https://www.has-sante.fr/) (HAS) et des sociétés savantes, nationales et internationales. (ARS : <https://www.ars.sante.fr/pertinence-des-soins-et-qualite-des-pratiques>)

Pour trouver les traces de ce schème d'enquête-exploration il faut revenir vers l'objet du soin et voir comment schème d'enquête-exploration s'en empare.

#### 4.254 Le pilotage de la situation professionnelle

Pour piloter la situation professionnelle, le schème d'enquête-exploration essaime des balises au contact de l'objet du soin. Les balises ont pour but de contrôler et de suivre les transformations de l'objet du soin. Selon nous, c'est par ce moyen que le stagiaire "manœuvre" de la situation professionnelle, de son émergence à sa finitude.

Les balises sont des points de contrôle, ce sont des réductions qui découlent d'un processus de concentration. Ce dernier élimine le superflu pour ne conserver que la quintessence des phénomènes observés. (Savoyant & Mayen, 2009, p.10). Ces réductions sont stockées par, dans, avec, au travers des expérience-vécues. Les réductions sont réutilisables, modelables etc. Nous avons qualifié les réductions de Point de Réduction Expérientielle (PRExp).

#### 4.255 Le repérage des Point de Réduction Expérientielle (PRExp)

Il s'effectue en partie au niveau de la zone de recouvrement des milieux associé des acteurs (Cf. Figure 2, paragraphe 2.6).

La zone de recouvrement des C.C.M.A. est ductile [En parlant d'une matière] Qui se laisse étirer, battre, travailler sans se rompre. *Acier ductile.* (Quasi-) synonyme. *malléable, plastique.* © 2012 – CNRTL. Cette propriété permet au stagiaire d'examiner d'objet du soin selon différents points de vue (Janet cité dans Berthoz, 2013, p.81) et de prendre des décisions appropriées pour réaliser un suivi des transformations de l'objet du soin.

Le changement de point de vue est une propriété du schème d'enquête-exploration.

Le point de vue est un moyen qui permet de repérer un Point de Réduction Expérientielle (PRExp), encore faut-il dans le cadre de l'Objet du Soins (OS) que le point de vue sur l'OS résulte d'une convergence des points de vue du patient et du stagiaire.

À partir d'un composant en transformation de l'objet du soin, potentiellement deux points de vue peuvent convergés vers lui, ceux du patient et du stagiaire, ils peuvent aussi diverger. Idéalement, la convergence des points de vue est recherchée afin d'optimiser la modification du composant de l'objet du soin. Une action est liée à l'effectuation de la convergence, elle est éprouvée par le stagiaire, nous la qualifions d'action de Rapprochement des Points de Vue (RPV).

Les points de vue des acteurs sur l'objet du soin se construisent en deux étapes :

En tournant leur regard vers l'objet du soin ils réalisent une convergence de leur point de vue. Les acteurs cherchent à réaliser un Rapprochement de leur Point de Vue (RPV), i.e. orienter leur regard dans une direction commune en se fixant sur un composant de l'objet du soin. La zone de chevauchement des milieux associés est

considérée comme un micro-réseau de soin<sup>9</sup>, trois positions des acteurs sont envisageables dans le réseau, ce qui donne lieu à trois possibilités de RPV pour le stagiaire et le patient.

Les contenus visés par les RPV<sup>10</sup> sont modélisés en utilisant la nomenclature et la taxonomie par la CIH-2. Chacun des contenus d'un groupement renvoie à la taxonomie de la CIH-2. (Cf. paragraphe 2.38).

Ces contenus rassemblés dans un RPV, nous les avons qualifiés de Groupements de Matériaux Expérientiels (GME), ils sont potentiellement observables/observés par les deux acteurs.

Chaque contenu (identifié par les deux acteurs au sein du GME) correspond à un Point de Réduction Expérientielle (PRExp).

Un PRExp signale un "gisement" expérientiels en rapport avec un composant de l'objet du soin et ou un élément de son environnement.

Un PRExp indique une valuation sur un composant de l'objet du soin. Par ce moyen, le stagiaire perçoit une évolution; à titre d'exemple, la réduction ou l'augmentation d'une déficience, d'une restriction de participation, la levée ou la survenue d'un obstacle lié à un élément de l'environnement.

Les PRExp sont inclus dans la situation professionnelle tel un système de balisage.

Ces informations seront regroupées et structurées dans une Base d'Orientation (BO).

#### 4.256 La création d'une Base d'Orientation (BO)

La BO est assujettie au fonctionnement du cycle d'expérientiation, chaque cycle est pourvu d'une BO spécifique.

La BO permet le guidage du schème d'enquête-exploration des acteurs dans la zone de recouvrement au plus près des composants de l'objet du soin et des éléments environnementaux en interactivité avec lui.

La BO facilite Rapprochement des Points de Vue (RPV) des acteurs sur des points particuliers du champ d'expérience que nous avons qualifiés de Point de Réduction Expérientielle (PRExp).

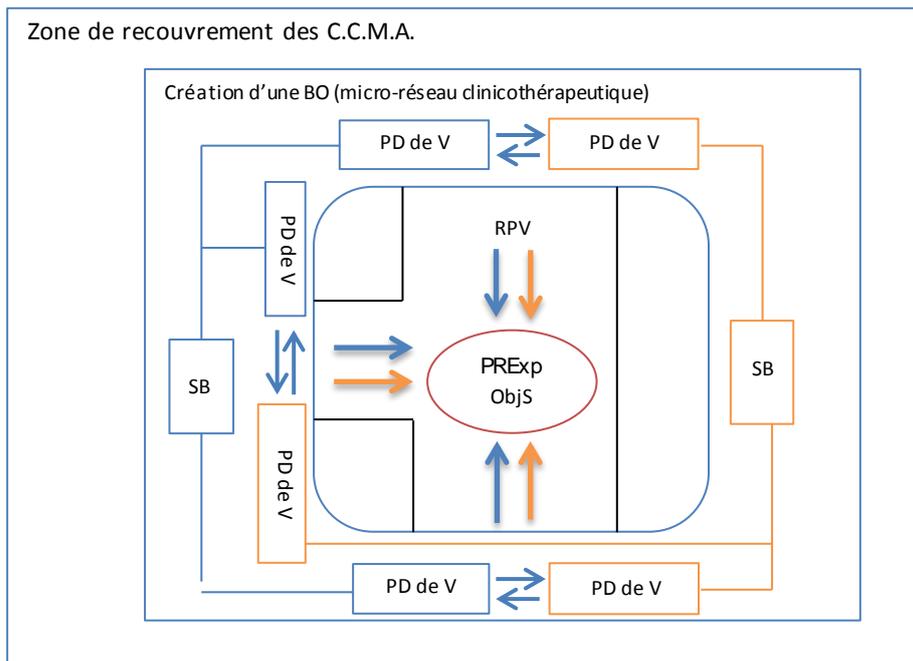
Ces derniers signalent l'existence d'une articulation entre les activités du stagiaire et du patient.

---

<sup>9</sup> Les positions des acteurs et de leurs activités dans le réseau :

- *les acteurs "s'entre-définissent" dans les intermédiaires qu'ils mettent en circulation*
- *Une identification des actions des agents est possible à travers la production qu'ils vont diffuser, dans et à travers le réseau*
- *Un ensemble d'entités humaines et non humaines individuelles ou collectives (...) et les relations dans lesquelles elles entrent*

<sup>10</sup> Structure corporelle et Fonctions de l'organisme, Activités et participation, Facteurs environnementaux.



**Figure 13 : RVP des acteurs dans la zone de recouvrement de leur milieu associé**

PD de V : Point de Vue (bleu stagiaire, orange patient)

RVP : Rapprochement des Points de Vue

SB : Sous But

ObjS Objet du Soins

Les PRExp permettent d'agir en priorité sur le processus de réhabilitation de le guider et de le contrôler dans son évolution, ils sont utilisés par le stagiaire pour développer son processus de professionnalisation et pour construire la situation professionnelle.

#### 4.257 La position du cycle d'expérientiation étudié

Le discours du stagiaire sur ce segment de l'horizon (échelle temporelle macroscopique) est positionné au niveau de l'étape Expérience-Vécue Assimilation Élaboration du parcours du stage (Cf. Tableau 5). Le cycle d'expérientiation étudié (échelle temporelle microscopique) se situe au niveau du schème 1→

Tableau 5 : Segment de l'horizon des apprentissages, lieu d'investigations (cas n°1)

<p>« voilà je l'aurais fait mais, pas de manière aussi précoce quoi, surtout que moi j'en étais à ma troisième séance avec Mme X, donc du coup j'étais un petit peu, dans le, je faisais attention quoi » 1<sup>er</sup> semaine</p>		<p>V-p F Transition accélérée par un tuteur Prudence</p>	<p>P-v F/ P-v R « troisième séance »</p>
		<p>P-v F je faisais attention quoi</p>	<p>V-p F/ V-p R « troisième séance »</p>
<p>« et puis là, là cela a été la deuxième, semaine cela a été la vraie prise en charge, c'est-à-dire, on peut dire que, sur mes objectifs finalement voilà, j'ai cela qui, devient important, j'arrive à mieux cibler sur ma patiente, donc oui voilà c'était vraiment, c'était vraiment toute cette période, fin de première semaine ici là » Fin de 1<sup>er</sup> semaine et 2<sup>ème</sup> semaine</p>	<p>E-V Assimilation Élaboration</p>	<p>EV-p F mes objectifs</p>	<p>V-p F/ V-p R « j'arrive à mieux cibler sur ma patiente »,</p>
<p>« j'ai développé mes moyens, donc la mobilisation du membre supérieur et inférieur, donc toutes les articulations pour le premier, là <b>massage de l'épaule et de la mobilisation, massage de l'épaule droite et mobilisation infra douloureuse</b> et des étirements notamment du grand pectoral (...) cela c'est pour le travail antalgique de l'épaule droite » 2<sup>ème</sup> semaine / Schème 1→</p>		<p>P-v F D'avoir pratiqué Massé, mobilisé étiré</p>	<p>EV-p F/ EV-p R Antalgie épaule droit Articulation hémisphère droit</p>
		<p>EV-p F mes objectifs Mobiliser l'hémisphère droit Traiter, prévenir les douleurs d'épaule droite »</p>	<p>P-v F/ P-v R Massage, perception</p>
<p>« la stimulation motrice des abducteurs et, globalement en fait des, du membre inférieur droit, donc c'était pour la stimulation sensori-motrice de l'hémicorps droit » 2<sup>ème</sup> semaine Schème 2→</p>		<p>P-v F Perception D'avoir pratiqué Des stimulations sensitivomotric es</p>	<p>EV-p F/ EV-p R Motricité sensibilité évaluation</p>

	<b>EV-p F</b> <i>mes objectifs</i> Stimulation de l'hémisphère droit	<b>P-v F/ P-v R</b> <i>« La stimulation          sensori-motrice »</i>
--	--	---

#### 4.258 L'étude du cycle d'expérientiation T3/R3

**La conduite :** « *là massage /de l'épaule /et de la mobilisation, massage /de l'épaule droite /et mobilisation infra douloureuse* » portée par T3/R3

#### **La genèse du cycle**

Elle a été suscitée chez le stagiaire par 5 facteurs ou conditions expérientielles : la tâche discrétionnaire issue du dispositif technique des soins, le but du schème, la tâche effective à partager ces deux facteurs sont en lien avec un besoin pragmatique partagé en rapport avec l'objet du soin : *les articulations de l'hémicorps droit hémiplégique*, le facteur qui suit, est celui des RPV des acteurs qui se concrétisent au travers d'une Base d'Orientation (BO), le dernier facteur se rapporte aux savoirs/connaissances présumés mobilisés par le stagiaire.

*Le cadrage des activités par la tâche discrétionnaire le but du schème et la tâche effective à partager*

La tâche discrétionnaire, elle relève du projet thérapeutique, elle est émise par le prescripteur, elle s'énonce comme suit :

- > préserver les fonctions de mobilités de l'hémicorps droit et de possibles complications liées

Le but du schème 3:

- > traiter la fonction articulaire de l'hémicorps droit et de possibles complications liées

Une tâche effective à partager qui appelle une collaboration des deux acteurs.

- > Préserver les fonctions relatives à la mobilité de toutes les articulations de l'hémicorps droit en y associant des soins à visée antalgique sur l'épaule droite.

#### **L'établissement d'une Base d'Orientation consacrée aux soins de Rééducation Réadaptation de l'AVC (BORRAVC).**

La base d'orientation montre sur que la totalité des Rapprochements de leur Point de Vue (RPV) 11 réseau (3) ont été utilisés. Ils se sont articulés avec les RPV (2) objet du soin et le RPV facteurs environnementaux. Les RPV se sont fixés sur, 1 structure corporelle, 2 fonctions de l'organisme, 1 activité et participation, et 1 facteur environnemental.

La partie de la base d'orientation activée, englobe 3 Groupements de Matériaux Expérientiels (GME) (Cf. Tableau 6)

**Tableau 6 : Une utilisation de la BORRAVC par le cycle d'expérientiation T3/R3**

Un état de la BORRAVC		
<i>Les acteurs "s'entre-définissent" dans les intermédiaires qu'ils mettent en circulation</i>	RPV réseau	1 <sup>er</sup> GME

<sup>11</sup> RPV : rapprochements des points de vue

Convergence de vue	« structure du membre supérieur s730» « Les fonctions relatives à la mobilité des articulations b710 » « la sensation de douleur b28014 »	RPV <i>objet du soin</i>	
<i>Une identification des actions des agents est possible à travers la production qu'ils vont diffuser, dans et à travers le réseau</i>		RPV <i>réseau</i>	2 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« interactions de base avec autrui d710 »	RPV <i>objet du soin</i>	
<i>Un ensemble d'entités humaines et non humaines individuelles ou collectives (...) et les relations dans lesquelles elles entrent</i>		RPV <i>réseau</i>	3 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« médicaments e1101 »	RPV <i>facteurs environnementaux</i>	

Commentaires sur les contenus des GME :

(CIH-2) La structure corporelle : la région anatomique et sa biomécanique qui seront concernées par les soins « structure du membre supérieur s730»

(CIH-2) les fonctions organiques : les fonctionnalités la région anatomique et issues de sa biomécanique « Les fonctions relatives à la mobilité des articulations b710, fonctions relatives à l'amplitude et à la facilité de mouvement d'une articulation », la douleur elle peut être considérée comme une fonctionnalité dont la visée est la protection du membre supérieur, en particulier de l'épaule droite hémiparétique « la sensation de douleur b28014 douleur au membre supérieur sensation désagréable indiquant des dommages potentiels ou réels à une structure située dans un ou les deux membres supérieurs, y compris les mains »

(CIH-2) Les facteurs environnementaux : « médicaments e1101 », le massage et la mobilisation articulaire sont des soins que l'on considère comme faisant partie de la classification.

Le 1er GME crée des PRExp en lien avec la biomécanique de l'épaule droite hémiparétique et des PRExp sont en rapport avec des manifestations de la douleur attenantes à l'épaule. Le 2ème GME produit des PRExp en lien vers les capacités d'interactions, le 3ème GME crée des PRExp qui se rapportent aux techniques de soins massokinésithérapie liées à la mobilisation articulaire.

### ***L'étayage du cycle d'expérimentation par les savoirs connaissances***

Le stagiaire a été en mesure de mobiliser des savoirs connaissances, qui lui ont permis d'étayer le cycle d'expérimentation et ce faisant, les modèles cognitif et/ou opératif ont été sollicités voire enrichis dont on peut percevoir l'affleurement au travers du discours.

L'Affleurement des Modèles Cognitif et Opératif (AfMCO) se manifeste dans le(s) fragment(s) de conduite :

- > « massage de l'épaule /et de la mobilisation de l'épaule droite /et mobilisation infra douloureuse »

L'AfMCO est un indicateur, de savoirs connaissances mobilisables (Cf. encadré et annexe du cas) que le stagiaire a pu mobiliser à partir de ses modèles, ou intégrer à ses modèles cognitif et opératif, nous exposons ceux qui sont à même d'avoir été mobilisés en priorité :

Le syndrome régional douloureux complexe type I anciennement appelé algoneurodystrophie, maladie de Sudeck, syndrome épaule-main ou encore dystrophie sympathique réflexe, après AVC » (PTV<sup>12</sup>)

Par ailleurs « Le traitement du syndrome régional complexe comprend tout d'abord une mobilisation, qui doit rester en dessous du seuil de la douleur » (PTV)

« Après un accident vasculaire cérébral (AVC), on peut être confronté à une manifestation douloureuse qui risque d'empêcher la participation active aux thérapies et peut devenir le symptôme au premier plan. On peut distinguer trois sortes de douleurs: les douleurs neurogènes (dues à une atteinte du système nerveux lui-même), les douleurs mixtes avec le syndrome régional douloureux complexe type I et les douleurs nociceptives (secondaires à une lésion tissulaire) parmi lesquelles les douleurs d'épaule sont particulièrement fréquentes lors d'hémiplégie (PTV)

### ***Une opérationnalisation du cycle d'expérientiation T3/R3***

Elle passe par la création d'un sous-but qu'appuie, le cas échéant, un aphorisme ou concept en acte/pragmatique véhiculé par les propos tenus par l'équipe soignante, les tuteurs etc.

#### *Le sous but*

Conjuguer dans une seule manœuvre sous le seuil nociceptif le massage et la mobilisation articulaire.

#### *L'aphorisme, le concept en acte, CAct3 « le soin infra douloureux »,*

Le CAct3 « le soin infra douloureux » qui pilote l'application d'un principe général, celui du non dépassement du seuil nociceptif

Le théorème-en-acte T3 ;

- le massage, la mobilisation infra douloureuse comme moyens conjugués sont considérés comme efficaces pour traiter (curation et prévention) l'épaule hémiplégique douloureuse ce qui conduit à recommander son utilisation (PTV)

La règle d'action R3:

- **si** je veux traiter (curation et prévention) la mobilité et la sensation de douleur de l'épaule droite hémiplégique.
- **alors** j'utiliserais la mobilisation infra douloureuse

---

<sup>12</sup> PTV : proposition tenue pour vraie

4.259 Un état de rapprochement des points de vue avec la patiente: l'horizon des soins

Tableau 7 : Points de Réduction Expérientielle mus par l'Objet du Soin (cas n°1)

Schème d'action ou d'enquête-exploration	Situation Professionnelle (SP)				
Base d'Orientation (B.O.) Pilotage	Construction de la SP par essaimage des Points de Réduction Expérientielle (PRExp)				
1er GME (structure corporelle et fonctions de l'organisme)	PRExp/ ObjSoin				
« structure du membre supérieur s730 »		PRExp T2	PRExp T3	PRExp T4	PRExp T5
« structure du membre inférieur s750 »		PRExp T2			
« Les fonctions relatives à la mobilité des articulations b710 »		PRExp T2	PRExp T3	PRExp T4	
« la sensation de douleur b28014 »			PRExp T3		PRExp T5
« Fonctions relatives au tonus musculaire b7350 »				PRExp T4	
2ème GME (activités et participation)	PRExp/ObjSoin				
« prendre soin de parties de son corps d520 »	PRExp T1	PRExp T2			
« « interactions de base avec autrui d710 »	PRExp T1	PRExp T2	PRExp T3	PRExp T4	PRExp T5
« relations formelles d740 »	PRExp T1				
3ème GME (facteurs environnementaux)	PRExp/ObjSoin				
« médicaments e1101 »	PRExp T1	PRExp T2	PRExp T3	PRExp T4	PRExp T5
« professionnels de santé e355 »	PRExp T1	PRExp T2			
Cycles d'expérientiation	T1/R1	T2/R2	T3/R3 étudié	T4/R4	T5/R5

GME: Groupement de Matériaux Expérientiels

PRExp/ObjSoin : Points de Réduction Expérientielle par l'Objet du Soin et selon les GME

PRExp: Point de Réduction Expérientielle

T/R : Théorème en acte / Règle d'action

## 4.26 L'horizon des donations

### 4.261 La patiente et sa pathologie, les actions du stagiaire

Des objectifs de soins sont projetés et attendus comme la reprise de la marche. Le concours de la patiente à ses soins est rendu nécessaire, devant l'ampleur de la tâche. Par ailleurs, la patiente ne peut pas apporter son aide directement au stagiaire (comme le fait un formateur en cernant la zone proximale de développement) cependant lors des séances de rééducation, elle participe aux soins en fonction de ses capacités et de sa motivation.

Le stagiaire investigate les rapports qui lui apparaissent comme pertinents entre la pathologie de l'AVC et la personne qui en souffre.

Le stagiaire apprend à connaître les besoins, les attentes de la patiente. Il examine à l'aide de bilans ses réactions posturales motrices d'équilibration. Il est indispensable qu'il puisse anticiper ses réactions pour assurer sa sécurité lors des soins. Il choisit des installations sur le podium de rééducation qui présentent moins de risques, néanmoins la chute reste toujours possible lors d'un déplacement, d'une défaillance. Une douleur peut survenir de manière inopinée etc.

Ce qui renforce la difficulté de la tâche pour le stagiaire, c'est son déficit d'expériences-vécues dans ce domaine. Vient s'ajouter à ce tableau, une communication qui est difficile à établir ; la patiente n'est en mesure de s'exprimer et de comprendre son interlocuteur que très partiellement.

Le stagiaire est confronté à la fatigabilité de la patiente, il doit en tenir compte et ne pas épuiser les forces dont elle dispose par des efforts excessifs lors d'exercices inadaptés.

Il est indispensable que la patiente reprenne confiance, aussi déclencher chez elle une frayeur pourrait avoir des conséquences négatives sur sa participation à venir. Une relation de soin s'instaure progressivement au fil des séances, la patiente perçoit plus ou moins confusément à ce stade de la rééducation où l'AVC est récent et sévère, ce que fait le stagiaire lors des séances pour l'aider à progresser.

D'autres savoirs/connaissances sont à intégrer pour le stagiaire comme le temps de latence des réactions de la patiente. C'est aussi apprendre à toucher la patiente, en tirant, poussant un de ses membres afin de l'aider à réaliser un geste fonctionnel. Tous ces gestes d'assistance et de guidage, doivent être parfaitement dosés pour ne pas entraîner un déséquilibre et la chute de la patiente.

Le stagiaire ne peut apprendre à connaître cette patiente hémiplégique qu'en se rapprochant d'elle, lors des séances de rééducation, en éprouvant les conséquences de ses défaillances, de ses déficiences, sur son propre corps de stagiaire en pleine possession de ses moyens. C'est cet écart vécu, qui est instructif.

Le stagiaire se renseigne auprès de ses pairs, il observe qui se passe dans la salle de rééducation, il imite de manière intelligente des gestes techniques etc.

#### 4.262 L'expérience-vécue du stagiaire au contact de la patiente par l'intermédiaire de l'objet du soin

La mobilisation des connaissances/savoirs du stagiaire en regard de la pathologie dont souffre la patiente ne s'effectue pas exclusivement par les mots et le discours. Vient s'y intégrer, une connaissance incorporée complémentaire qui s'élabore par l'intermédiaire de la corporéité du stagiaire toute entière engagée et reliée à la corporéité de la patiente dans le but de franchir à titre d'exemple, des obstacles fonctionnels auxquels elle se trouve confrontées lors la vie de tous les jours dans le service de MPR. L'expérience-vécue du stagiaire participe de cette mobilisation composite des connaissances/savoirs.

L'expérience-vécue du stagiaire relève d'un objet du soin à partir duquel il a interagit avec la patiente

L'expérience vécue est un ensemble complexe de perceptions de réflexions, d'affects entremêlés qui se sont produits au contact de l'objet du soin issu de la patiente et que le stagiaire a su utiliser pour construire avec son intelligence, ses habiletés, des manières d'agir afin d'apporter à l'objet du soin, des modifications pertinentes.

Si le stagiaire a appris des effets de ses actions sur l'objet du soin c'est parce qu'il est arrivé à cerner les réactions de la patiente, sa participation à la mise en travail de l'objet du soin et dans quelle mesure, elle a été capable ou non de l'aider, ce qu'il a été amené à faire pour lui porter son concours lors des exercices, afin qu'elle progresse dans son autonomie.

Ce sont ces échanges qui forment la trame sur laquelle repose l'horizon des donations.

C'est ce subtil dosage des relations de l'un vis-à-vis de l'autre et que nous avons cherché à éclairer par l'intermédiaire de l'objet du soin.

#### 4.262 Un processus pour une composition de l'expérience-vécue

Une fois que l'expérience vécue se trouve construite, elle est en mesure de s'agencer avec d'autres expériences-vécues. Lors du débriefing, la narration des conduites produit des agencements d'expériences vécues, ces agencements sont réalisés par le schème d'action.

Un agrégat expérientiel est un composant des conduites du stagiaire et/ou du patient mobilisé au cours de l'activité de soin ou lors sa narration dans le cadre du débriefing, selon des modalités de réflexivité. Un agrégat expérientiel est porteur de connaissances/savoirs incorporés.

L'agrégat expérientiel est "fabriqué" par le cycle d'expérientiation du schème par l'entremise de l'objet du soin. Le schème d'action est le maître d'ouvrage de ce processus, le cycle d'expérientiation son maître d'œuvre.

Les expériences-vécues mobilisatrices de connaissances/savoirs incorporés participent de l'appréciation des évolutions de l'objet du soin et de la participation du patient et du stagiaire en termes de coactivités.

Le cycle d'expérientiation utilise des stratégies expérientielles ou d'agencement des agrégats expérientiels dans le but d'harmoniser à la fois :

- > La création/production d'expériences vécues,
- > Les effets sur l'objet du soin
- > Les coactivités des acteurs (Cf. Figure 14).

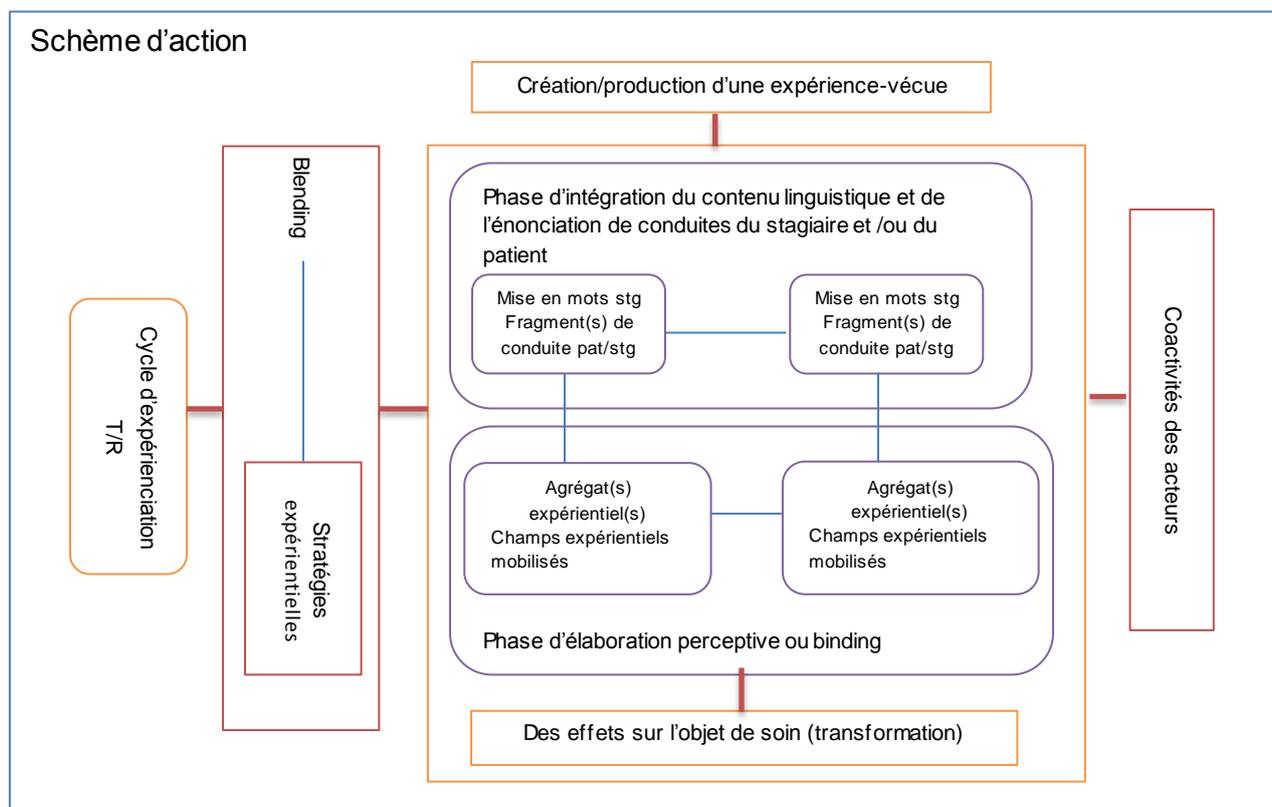


Figure 14 : Un processus de fabrication des expériences vécues

#### 4.263 L'agrégat expérientiel sa composition et son rôle fonctionnel

Lors de la narration le stagiaire relate des conduites la partie visible de l'activité (constituées de micro-fragments), de son activité et celle du patient.

Dans le cadre d'une coactivité stagiaire et du patient lors de tâches mutuellement dépendantes l'objet du soin en cours de transformation sert de point d'articulation entre les systèmes d'activité des acteurs.

L'agrégat est composé d'une parcelle de l'objet du soin en cours de transformation à laquelle sont rattachés des micro-fragments de conduite, en provenance du patient et/ou du stagiaire. Ces micro-fragments peuvent appartenir à plusieurs champs expérientiels qui se trouveront ainsi rassemblés et formeront un agrégat expérientiel.

Potentiellement, le schème peut intégrer un/des acteurs du soin en sus du patient en ajoutant leur rattachement à l'objet. Ces ajustements n'entravent par le fonctionnement agrégatif du schème qui est de relier les micro-fragments de conduites des acteurs par l'intermédiaire de l'objet du soin.

Le fonctionnement agrégatif s'opère lors de la phase d'élaboration perceptive ou « *binding* » (Miranda, 2012, p. 184) au cours de laquelle « *les différentes propriétés de l'environnement (...) ne peuvent être perceptivement être dissociées les unes des autres* » (Ibid., p.184). Les fragments de conduites des acteurs et l'objet en cours de transformation, forment un tout insécable, il est impossible de « *désintégrer l'information* » (Ibid., p.184) en provenance des espaces perceptivo-cognitifs des acteurs, de l'objet du soin et de leurs rapports avec le milieu du soin, les situations professionnelles qui le composent.

Ces agrégats expérientiels donnent lieu à partir du contenu des espaces perceptivo-cognitifs à des mises en mots lors d'une seconde phase du blending. Le fonctionnement des cycles d'expéientiation est à l'origine de ce processus complexe (Cf. Figure 14).

Sur le plan macroscopique des conduites un /des agrégats expérientiels résultent de réciprocités fonctionnelles de conduites imposées par la transformation de l'objet du soin.

Sur le plan écologique, l'objet en soin en cours de transformation émet des d'agrégats expérientiels (sous la forme d'un flux qui se diffuse dans la zone de recouvrement des C.C.M.A. des acteurs).

Par l'intermédiaire d'un flux d'agrégats le stagiaire value, régule sa propre activité et celle du patient indirectement par l'intermédiaire des modifications apportées à l'objet du soin au moyen des techniques de soin, le processus de professionnalisation se trouve ainsi activé.

Au début du processus de réhabilitation les micro-conduites du stagiaire seront marquées du sceau de leur prépondérance sur celles du patient. Dans le meilleur des cas, au fil de l'avancée du processus de réhabilitation, la tendance peut s'inverser, les micro-conduites du patient deviennent plus prégnantes en termes d'effets sur l'objet du

soin. Le patient en quelque sorte s'autonomise par le fait qu'il participe au traitement l'objet du soin avec efficience.

En rapport avec les systèmes d'activité des acteurs, si l'activité du stagiaire (perçu dans la narration par l'intermédiaire de fragments conduites) impulse une action sur l'objet du soin, une modification s'en suit qui se répercute par ses effets sur l'activité du patient (perçu dans la narration par l'intermédiaire de fragments conduites). L'objet se trouvant modifié, impose en quelque sorte une régulation des activités des deux parties. Ce processus de "micro-adaptation" prend corps durant la phase d'élaboration perceptive et participe de la constitution d'un agrégat expérientiel. (Cf. Figure 15)

La constitution de l'agrégat, peut provenir de l'impulsion donnée par le stagiaire et /ou du patient en vue d'améliorer une des caractéristiques ou propriété de l'objet du soin. D'un point de vue du sujet écologique, la constitution de l'agrégat s'effectue au travers de l'objet du soin en rapport avec la personne du patient et son milieu associé, c'est une partie de lui-même, de son C.C.M.A que le C.C.M.A du stagiaire vient recouvrir.

À titre d'exemple, suite à l'action entreprise par le stagiaire sur l'objet du soin, ce dernier attend en retour que le patient réagisse<sup>13</sup>. Une coactivité se dessine dans le but d'apporter à l'objet du soin une modification pertinente en lien avec le projet thérapeutique. Une réciprocité fonctionnelle des conduites entre acteurs s'instaure mue en partie par le mécanisme social du don et du contre don<sup>14</sup>.

L'agrégat expérientiel porte témoignage de l'activation des systèmes d'activité du patient et / ou du stagiaire en rapport avec l'objet du soin.

#### 4.264 Les stratégies d'agencement des agrégats expérientiels par le schème d'action

En fonction des caractéristiques de l'objet du soin, de ses mises en travail par les acteurs, le champ d'expérience global qui enserme l'objet du soin présente différentes modulations, où champs expérientiels.

Les agrégats expérientiels s'agencent sous l'effet de stratégies.

Nous avons détecté trois stratégies lors de l'analyse du discours : le maillage, le tuilage et l'essaimage.

Le principe de l'analyse (en nous appuyant sur la théorie du blending) est d'inférer à partir des mises en mots (ou fragments de conduites) la présence de(s) champ(s) expérientiels perceptivo-cognitifs qui leur correspondent et qui porte les traces de la 1<sup>re</sup> phase du blending ou binding. À la suite de l'analyse, une correspondance est établie entre la mise en mot (2<sup>ème</sup> phase du blending expérientiel) qui celle de « *l'intégration du contenu linguistique et de l'énonciation* » (Miranda, 2012, p.184) et celle du binding.

##### *La stratégie de maillage interindividuel et individuel*

Elle est perçue dans l'analyse par des liens qui apparaissent entre des fragments de conduites des acteurs, liens portés par la phase du binding et la mobilisation de (s) champ(s) perceptivo-cognitif(s) relevant d'une même classification.

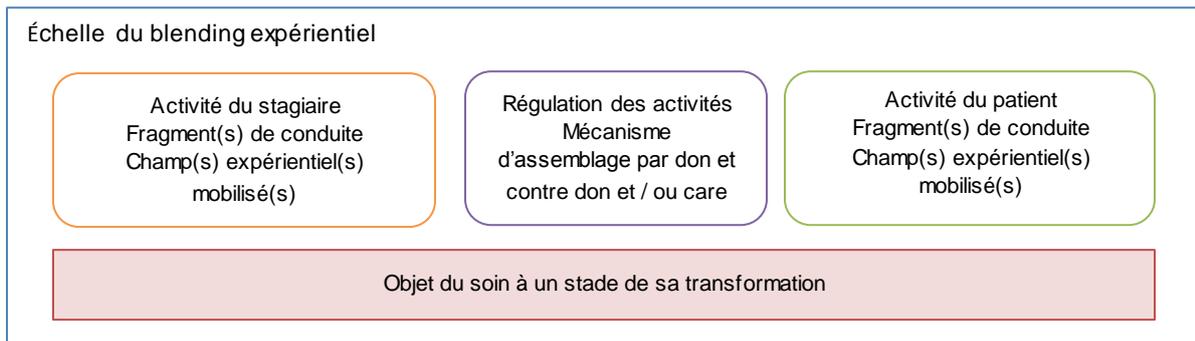
---

<sup>13</sup> En fonction des capacités du patient, une asymétrie des activités des acteurs est présente.

<sup>14</sup> Ce mécanisme sera complété par celui du care du fait de l'asymétrie des activités (déficiences), un patient n'est pas toujours en capacité d'effectuer une donation

Le maillage interindividuel en phase de binding, se présente comme une imbrication entre les deux acteurs, d'un ou de plusieurs champ expérientiels perceptivo-cognitifs. C'est une stratégie qui permet au plan macroscopique de soutenir une coactivité, les conduites des acteurs se trouvant en quelque sorte articulées (au plan microscopique) par des points d'ancrages que sont les fragments de conduites et les champs expérientiels perceptivo-cognitifs qui les sous-tendent (Cf. Tableau 9).

Les maillages interindividuels produisent un type particulier d'agrégat expérientiel qui est un regroupement de fragments de conduites des deux acteurs imposé par un/des champs perceptivo-cognitifs qui leur sont communs (Cf. Figure 15).



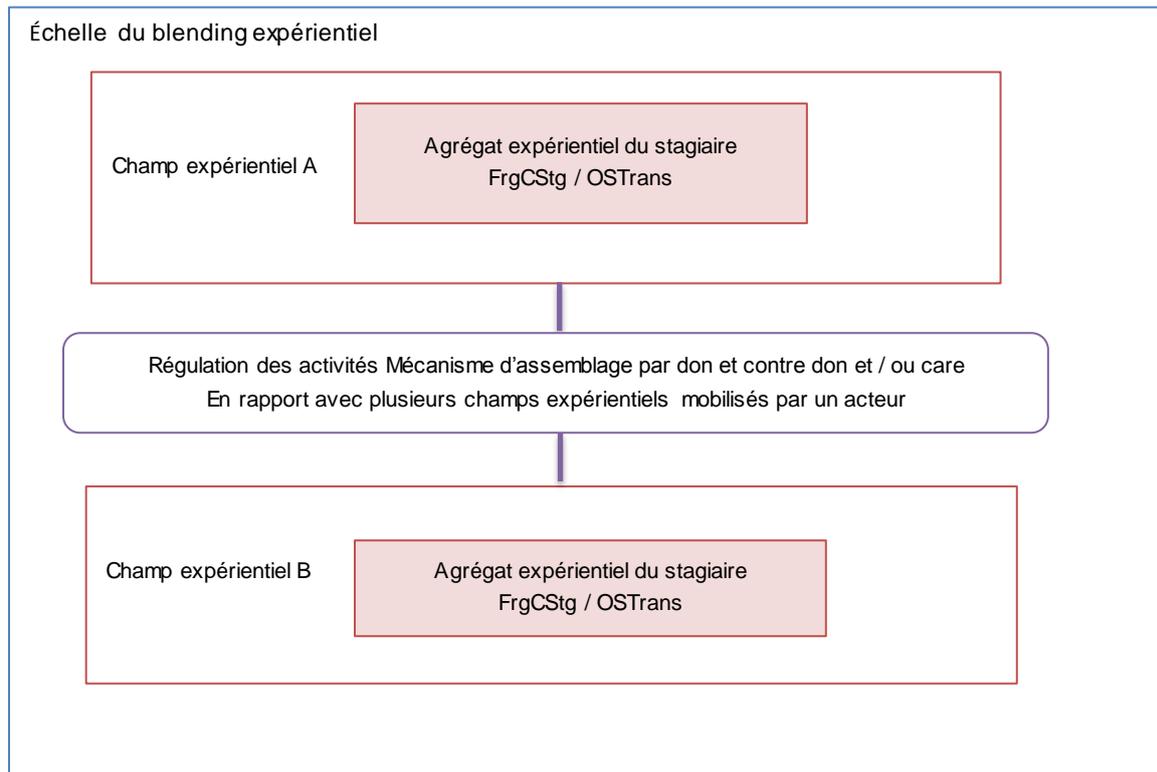
**Figure 15 : Un maillage interindividuel par ses composants expérientiels**

Il existe des maillages individuels qui trouvent leur assise sur les mêmes principes que ceux qui président aux maillages interindividuels à la seule différence, que ce sont les activités en propre de l'acteur (stagiaire ou patient) qui sont mobilisées.

Les maillages individuels produisent un type particulier d'agrégat expérientiel qui est un regroupement de fragments de conduites d'un acteur imposé par un/des champs perceptivo-cognitifs mis en commun, reliés par un mécanisme d'assemblage par don et contre don et / ou care.

### La stratégie de tuilage

L'agrégat expérientiel par tuilage conduit à une superposition par un acteur de plusieurs champ perceptivo-cognitifs en rapport avec son propre système d'activité. C'est une stratégie qui permet d'améliorer la "richesse expérientielle" de l'agrégat. C'est une stratégie individuelle (Cf. Figure 16) qui renforce les possibilités de calcul du cycle d'expérientiation du schème.



**Figure 16 : Un exemple de tuilage par ses composants expérientiels**

Le tuilage construit des points de réduction expérientielle axés sur l'activité individuelle et qui figurent l'évolution de la transformation de l'objet du soin.

FrgCStg : fragment de conduite du stagiaire

OSTrans : Objet du Soin en cours de Transformation en rapport avec les champs expérientiels (A et B)

#### 4.265 La matrice expérientielle et l'objet du soin en transformation

Elle met en relation des cycles d'expérientiation du patient et du stagiaire. Le Mécanisme d'Assemblage par Don et Contre don est en interface.

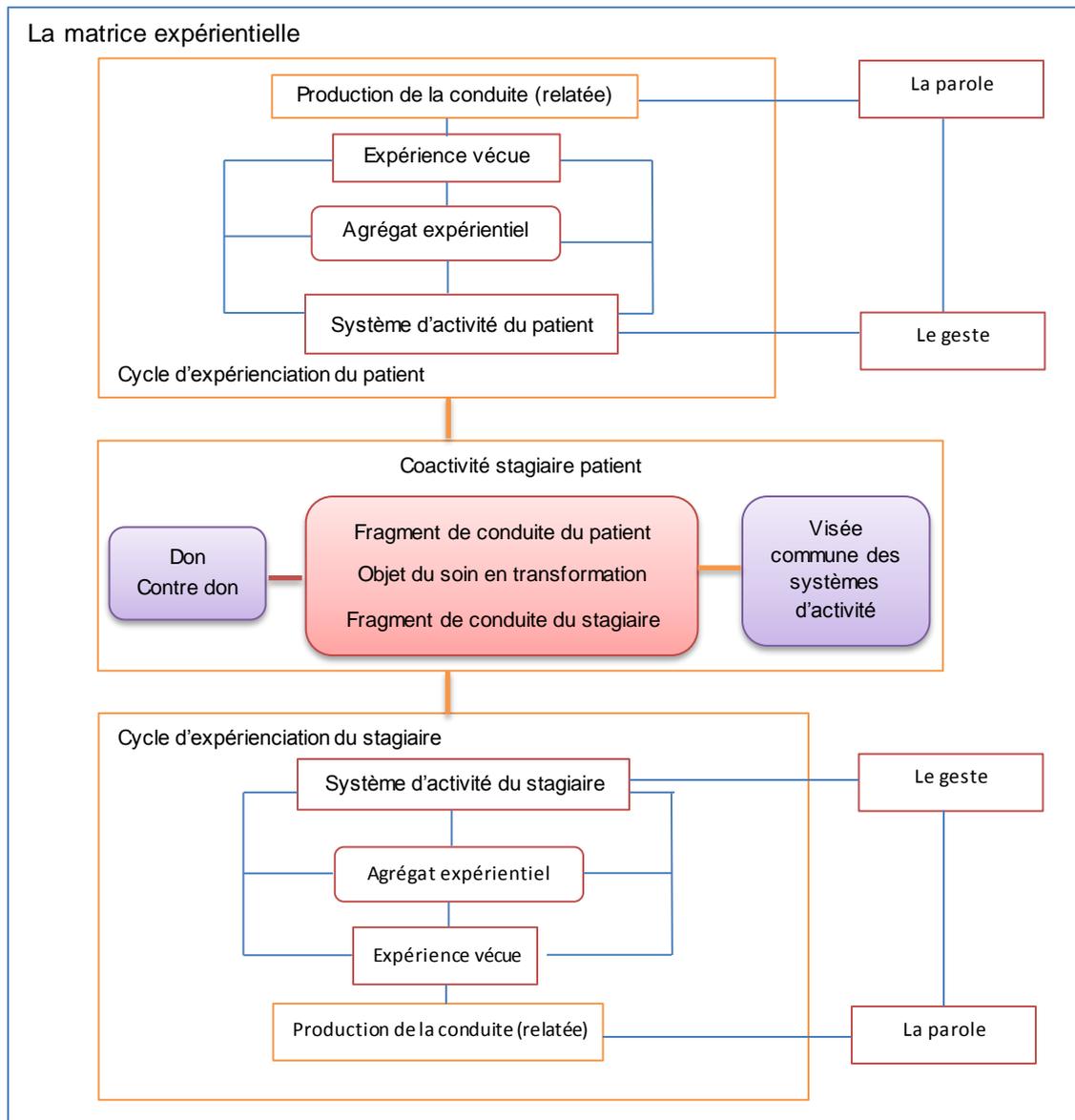


Figure 17 : Les composants d'une matrice expérientielle

Par ce mécanisme le patient et le stagiaire seront « à la fois donateur et donataire » (Alter, 2002).

Le geste et la parole sont deux aspects complémentaires dont peut se revêtir le schème d'action lors de la transformation de l'objet du soin, une continuité s'opère lors de l'activité, l'agrégat expérientiel sert de creuset à partir duquel geste et parole intègrent des données expérientielles nécessaires à leur activation. Geste et parole

s'inscrivent dans un même mouvement thérapeutique (Berthoz cité dans Olry, p. 65, 2015).

Chacun confectionne ses propres agrégats expérientiels dans le cadre de son activité en fonction ses besoins expérientiels. Les acteurs construisent leurs expériences-vécues singulières au moyen des échanges du don /contredon « *présenter quelque chose à quelqu'un c'est présenter quelque chose de soi* » (Mauss, 1995, p. 161).

Les activités des acteurs s'articulent au travers de l'objet du soin que tous les deux visent, se manifeste une *visée commune* de la transformation de l'objet du soin dans le but d'améliorer ses caractéristiques ; à condition que celles-ci soient reconnues, perçues, éprouvées comme altérées par les deux acteurs.

La donation expérientielle permet aux acteurs de créer des agrégats expérientiels par l'inclusion de fragments de conduites exogènes, en provenance de l'Autre. Ces agrégats remaniés seront utilisées, réutilisés, remodelés par le schème d'enquête-exploration dans le but de créer, produire, d'affiner la coactivité à laquelle il participe et la dépendance des tâches (Barthe & Queinnec, 1999).

Les fragments de conduite rendent compte d'une transformation en cours, passée ou projetée de l'objet du soin.

4.266 L'étude du cycle d'expérientiation T3/R3 et la constitution d'une visée commune

**La conduite** : « là massage /de l'épaule /et de la mobilisation, massage /de l'épaule droite /et mobilisation infra douloureuse » et portée par T3/R3

**L'activité du stagiaire<sup>15</sup> : 1<sup>er</sup> étape dans la constitution des agrégats expérientiels, détecter des champs expérientiels**

Le schème d'enquête-exploration recherche et utilise les champs expérientiels afin de contrôler l'avancée de la situation professionnelle.

La conduite narrée portée par T3/R3 s'est constituée en convoquant 5 champs expérientiels (Cf. Tableau 8). Celui de la technique instrumentale de soin a été le plus expérienté, avec 4 mises en mots. L'activation des 5 champs a donné lieu à la production de 13 mises en mots.

**Tableau 8 : Des champs expérientiels intégrés au fonctionnement de T3/R3 (cas n°1)**

Des champs expérientiels dans leur participation à l'expérientiation de l'objet du soin	
Phase d'élaboration perceptive	Phase de l'intégration du contenu linguistique et de l'énonciation
Convergences de vue vers l'objet du soin <sup>16</sup> Convocation des champs expérientiels	Convergences de vue vers l'objet du soin Mises en mots
technique instrumentale de soin	« <u>là massage</u> », SCH1 INF7 « et de <u>la mobilisation, massage</u> » SCH1 INF9 « <u>et mobilisation infra douloureuse</u> » SCH1 INF11 (4)
corporéité	« <u>de l'épaule</u> », SCH1 INF8 « de <u>l'épaule droite</u> » SCH1 INF10 « <u>et mobilisation infra douloureuse</u> » SCH1 INF11 (2)
valuation	<u>l'épaule droite</u> SCH1 INF10 « et <u>mobilisation infra douloureuse</u> » SCH1 INF11 (2)
la technique d'observation clinique	« et <u>mobilisation infra douloureuse</u> » SCH1 INF11_ « de <u>l'épaule droite</u> » SCH1 INF10 (2)
technique de guidage et d'accompagnement relationnel	« et <u>mobilisation infra douloureuse</u> » SCH1 INF11 (1)

<sup>15</sup> Plus exactement, une reconstitution de la conduite du stagiaire.

<sup>16</sup> Les caractéristiques (CIH-2) relevées dans la base d'orientation des perceptions/valuations

**L'activité du stagiaire: 2<sup>ème</sup> étape, créer/produire des Points de Réduction Expérientielle (PRExp).**

Dans l'analyse un PRExp est une mise en correspondance entre un champ expérientiel et une mise en mots /fragment de conduite. Un PRExp est un composant élémentaire d'un agrégat expérientiel.

Les PRExp répondent d'un classement qui est fonction des stratégies de mobilisation des champs expérientiels (Cf. Tableau 9).

**Tableau 9 : Des PRExp de T3/R3 mobilisés par le don/contre don (cas n°1)**

Un classement des PRExp et une formation d'agrégats expérientiels					
Stratégies expérientielles entrée par le/les systèmes d'activité	Fragments de conduite relatée visant le stagiaire			Fragments de conduite relatée visant le patient	
	« là massage », SCH1 INF7	« et de la mobilisation , massage» SCH1 INF9	« et mobilisation infra douloureuse » SCH1 INF11	« de l'épaule», SCH1 INF8	« de l'épaule droite» SCH1 INF10
1 <sup>er</sup> maillage interindividuel et/ou tuilage			PRExp de la corporéité	PRExp de la corporéité	PRExp de la corporéité
2 <sup>ème</sup> maillage interindividuel et tuilage			PRExp de la valuation		PRExp de la valuation
3 <sup>ème</sup> maillage interindividuel et tuilage			PRExp de la technique d'observation clinique		PRExp de la technique d'observation clinique
Maillage individuel et /ou tuilage	PRExp de la technique instrumentale de soin	PRExp de la technique instrumentale de soin	PRExp de la technique instrumentale de soin		
Tuilage			PRExp de la technique de guidage et d'accompagnement relationnel		

Agrégat par maillage interindividuel

Agrégat par maillage individuel

Agrégat par tuilage

**Une interprétation en rapport avec une tâche collective et les systèmes d'activité des acteurs**

Une tâche collective se dessine qui est composée de trois agrégats.

Une majorité de champs expérientiels, participe à l'agrégat des maillages interindividuels qui relèvent la présence de relations interindividuelles (Barthe & Quéinnec, p.674) de rencontres entre les acteurs (Olry, 2015, p. 56°) celles-ci se sont appuyées sur les champs de la corporéité, de la valuation et de la technique d'observation clinique. Des tâches mutuellement dépendantes ont été profilées en rapport avec les soins de l'épaule droite douloureuse. Le couplage des systèmes d'activité montre une participation presque équivalente des acteurs avec une légère dominance de la patiente en termes de PRExp.

Cette construction de l'agrégat par maillage interindividuel dénote une préoccupation chez les deux acteurs lors de la mobilisation qui ne doit pas dépasser le seuil nociceptif de l'épaule droite, en effet, un geste insuffisamment contrôlé de la part du stagiaire risquerait d'entraîner des douleurs, la patiente est vigilante pendant la mobilisation, ses réactions<sup>17</sup> guident le geste du stagiaire.

L'agrégat par tuilage prédomine au sein de la tâche collective du fait qu'il mobilise la totalité des champs expérientiels. Il a produit ou a créé la majorité des PRExp (8 sur 11).

À noter, un sous agrégat remarquable par tuilage réalisé par l'intermédiaire d'un fragment de conduite du stagiaire, tous les champs expérientiels sont mobilisés dans le but d'ajuster (Olry, 2015, p. 65) le geste de soin au plus près des possibilités d'acceptation de la patiente qui perçoit la fragilité de son épaule droite.

L'agrégat par maillage individuel correspond à une série d'actions menée selon des procédures techniques qui n'appelle pas une assistance technique du patient. Cette stratégie reste en en arrière-plan, secondaire en termes de PRExp (3 sur 11) dans la constitution de la tâche collective.

Une grande majorité de PRExp est créée en rapport avec le système d'activité du stagiaire.

***L'activité du stagiaire: 3<sup>ème</sup> étape en vue de l'agencement des agrégats, utiliser les Points de Réduction Expérientielle (PRExp) pour s'entendre avec la patiente sur une visée commune.***

Les dons/contre-dons des Fragments de Conduites (FC)

La patiente a donné en partage, ses FC

- ⇒ par l'entremise, de sa corporéité (épaule droite),
- ⇒ de l'auto-valuation (des effets antalgiques du massage et de la mobilisation articulaire),
- ⇒ de son auto-observation clinique (de son épaule droite douloureuse).

Le stagiaire a donné en partage, ses FC par l'entremise

- ⇒ de sa corporéité (prises et contre prises, palpations),
- ⇒ de sa valuation (des effets antalgique qu'a produit son traitement),

---

<sup>17</sup> Les réactions de la patiente sont multiples corporelles, avec des mimiques, des gestes, des mots etc.

- ⇒ de l'application de ses techniques instrumentale de soin (massage et mobilisation articulaire),
- ⇒ de l'observation clinique (par le soin qu'il a porté au non dépassement du seuil nociceptif),
- ⇒ du guidage et d'accompagnement relationnel (l'empathie, l'attention portée à la patiente)

#### Une visée commune

Traiter l'épaule droite douloureuse en conjuguant des techniques (massage et mobilisation)/ *faire soigner mon épaule douloureuse par la mobilisation et le massage*<sup>18</sup> ; conserver l'effet antalgique en évitant de dépasser le seuil nociceptif des téguments lors de leur mobilisation/*ressentir, apprécier les effets de diminution de la douleur sur mon épaule.*

---

<sup>18</sup> La mise en italique signale l'apport de la patiente à la visée commune

4.267 Un état de travail coopératif avec le patient : l'horizon des donations

Tableau 10 : Points de Réduction Expérientielle convoqués lors des donations (cas n°1)

Schème d'action ou d'enquête-exploration		Situation Professionnelle (SP)							Cycles d'expérientiation
Base d'Orientation (B.O.) Pilotage		Construction de la tâche collective par des Points de Réduction Expérientielle (PRExp)							
Donation	Fragments de conduite	PRExp/Don							
Don/ le stagiaire vers la patiente	« j'ai développé mes moyens » SCH1 INF2	PRExp T1 T	PRExp T1 MT	PRExp T1 T				PRExp p T1 T	T1/R1
Contre don/la patient vers le stagiaire	« à partir de là » SCH1 INF1		PRExp T1 MT					PRExp p T1 T	
Don/ le stagiaire vers le patient	« donc la mobilisation » SCH1 INF3	PRExp T2 T	PRExp T2 M						T2/R2
	« pour le premier ( <i>des objectifs</i> ) » SCH1 INF6			PRExp T2 M					
Contre don/la patient vers le stagiaire	« du membre supérieur et inférieur » SCH1 INF4		PRExp T2 M						
	« donc toutes les articulations » SCH1 INF5		PRExp T2 M	PRExp T2 M					
Don/ le stagiaire vers la patiente	« là massage », SCH1 INF7	PRExp T3 MI							T3/R3 étudié
	« et de la mobilisation, massage » SCH1 INF9	PRExp T3 MI							
	« et mobilisation infra douloureuse » SCH1 INF11	PRExp T3 MI/T	PRExp T3 MT	PRExp T3 MT	PRExp T3 MT	PRExp T3 MT			
Contre don/la patiente vers le stagiaire	« de l'épaule », SCH1 INF8		PRExp T3 M						
	« de l'épaule droite » SCH1 INF10		PRExp T3 MT	PRExp T3 MT	PRExp T3 MT				

Don/ le stagiaire vers la patiente	« et des étirements » SCH1 INF12	PRExp T4 T							T4/R4
Contre don/la patiente vers le stagiaire	« notamment du grand pectoral » SCH1 INF13		PRExp T4 T	PRExp T4 T					
Don/ le stagiaire vers la patiente	« cela c'est pour le travail antalgique » SCH1 INF14	PRExp T5 MT		PRExp T5 MT	PRExp T4 T	PRExp T5 T			T5/R5
Contre don/la patiente vers le stagiaire	« de l'épaule droite » SCH1 INF15	PRExp T5 MT	PRExp T4 T	PRExp T5 MT					
Champs expérimentiels convoqués		technique instrumentale de soin	la corporalité	la valuation	la technique d'observation clinique	La technique de guidage et d'accompagnement relationnel	la réflexivité	la valuation temporelle	
Fréquences		9	8	7	4	3	1	1	

PRExp : Point de Réduction Expérientielle

PRExp/Don : Points de Réduction Expérientielle selon le mode du Don/contre don

MT : Maillage interindividuel/Tuilage (violet)

M/T : Maillage individuel/Tuilage (orangé)

T : Tuilage

SCH : SCHème d'enquête exploration

## 4.27 Le déploiement d'un espace transactionnel à venir (cas n°1)

### 4.271 Les coactivités

Le stagiaire dispose par l'intermédiaire du schème d'enquête exploration de plusieurs états des horizons, il est en mesure d'apprécier l'avancée des deux processus celui de la professionnalisation et celui de la réhabilitation. Il est mesure d'évaluer l'avancée du processus de réhabilitation en se référant à un état de rapprochement des points de vue avec le patient (ou horizon des soins) et d'agir sur ce processus sans commettre d'erreurs importantes ; des échanges sont possibles avec la patiente (état de collaboration avec la patiente (ou horizon des donations) ; c'est ainsi que sur telles techniques de soin, il lui demande et obtient d'elle une participation plus soutenue (Cf. Tableau 10 : le maillage-tuilage).

L'activité de la patiente apporte des informations de première main sur la faisabilité les objectifs à atteindre, leur pertinence et leur innocuité en termes d'effets secondaires. L'idée générale est de commencer la phase de rééducation sans commettre de faux pas qui altéreraient le potentiel d'autonomisation de la personne et donc sa réadaptation.

Il s'agit pour lui d'appréhender ce que la patiente est capable de faire en termes de progressions sans pour autant lui faire prendre des risques.

Il utilise une Base d'Orientation (BO) qui détaille les composants de l'objet du soin et les convergences de vue que signalent les PRExp/Besoin (Cf. Tableau 10). Il utilise par ailleurs les PRExp/Don de l'horizon des donations qui le renseignent sur, jusqu'où les conduites peuvent-elles porter les deux acteurs de manière consensuelle et réaliste.

En utilisant ces deux types de PRExp, il infère l'activité que la patiente est en mesure de développer au travers de l'objet du soin. Mieux apprécier l'activité de la patiente pour le stagiaire, c'est pouvoir ajuster sa propre activité de soin. C'est interagir ensemble avec plus d'efficience.

Nous proposons une reconstitution de la démarche du stagiaire dont le but est de mettre au jour des coactivités qui doivent apparaître comme emboîtées, reliées les unes avec les autres, tel un puzzle.

Le stagiaire influe sur l'activité de la patiente pour qu'elle se rapproche d'une coactivité attendue. En faisant cela le stagiaire modifie sa propre activité. Une série d'ajustement réciproque entre les deux acteurs les mènent vers des coactivités auxquelles ; ils y connectent des visées communes, les prémisses d'espace transactionnel se trouvent établies.

Dans le cas n°1 les coactivités du binôme stagiaire–patient s’appliquent à la mise en mouvement des articulations de l’hémicorps droit hémiparétique et à l’obtention d’une antalgie au niveau l’épaule droite.

Nous exposons l’ensemble des cycles d’expérimentation du schème d’action afin d’examiner s’ils sont les vecteurs de coactivités et de visées communes ce qui permet d’envisager, telle une condition de faisabilité, le déploiement d’un espace transactionnelle.

Nous étayons la reconstitution des coactivités en faisant apparaître :

- > Les visées communes
- > En faisant apparaître les GME<sup>19</sup> et les convergences de vue avec la patiente qui s’y rattachent (Cf. Tableau 6, à titre d’exemple).

Nous prenons en compte deux critères pour valuer la rationalité de la reconstitution.

- > L’emboîtement des GME et convergences de vue au sein des “récits reconstitués” des coactivités, chez les deux acteurs
- > La concordance des “récits reconstitués” des coactivités du binôme avec la visée commune

T/R : cycle d’expérimentation associant théorème en acte et règle d’action

Stg : stagiaire

Pt : patient

a, b, c, d, e : marquage des coactivités en fonction des cycles.

La conduite (liée à T1/R1): «à partir de là /j’ai développé mes moyens »

Visée commune : Mettre en œuvre un plan de soin individualisé /recevoir des soins<sup>20</sup>, pour traiter l’hémicorps droit hémiparétique /pour soigner mon hémiparésie.

- ⇒ Coactivité stg a : il (3<sup>ème</sup> G.M. e355) cherche à concevoir et mettre en œuvre un plan de soin en massokinésithérapie par le développement des moyens techniques (3<sup>ème</sup> G.M. e1101) mis en rapport avec le bilan (3<sup>ème</sup> G.M. e1101) de la patiente et la manifestation d’un besoin de soin chez elle (2<sup>ème</sup> G.M. d740, d710, d520).
- ⇒ Coactivité pt a : Elle rend possible par la manifestation d’un besoin de soins (2<sup>ème</sup> G.M. d520), la conception d’un plan de soin en massokinésithérapie (3<sup>ème</sup> G.M. e1101) par le stagiaire (3<sup>ème</sup> G.M. e355) et participe (2<sup>ème</sup> G.M. d710, d740) à sa mise en œuvre en acceptant avec bon vouloir l’application des moyens techniques préconisés (3<sup>ème</sup> G.M. e1101).

Résultat : l’emboîtement des GME / convergences de vue au sein des “récits reconstitués” des coactivités est réalisé. La concordance des “récits” des coactivités du binôme avec la visée commune est assurée.

<sup>19</sup> GME : Groupement de Matériaux Expérimentiels

<sup>20</sup> La mise en italique signale l’apport de la patiente à la visée commune

La conduite (liée à T2/R2) : « donc la mobilisation / du membre supérieur et inférieur, / donc toutes les articulations / pour le premier (des objectifs21)»

Visée commune : traiter par la mobilisation toutes les articulations de l'hémicorps droit/*soigner mon hémiplegie par la mobilisation de mes articulations*<sup>22</sup>, valuer l'application des mobilisations pour toutes les articulations /*ressentir, et apprécier les effets de la mobilisation des articulations touchées par mon AVC.*

- ⇒ Coactivité stg b : En tenant compte de la manifestation du besoin de soin de la patiente (2<sup>ème</sup> G.M. d710, d520), et de son exposition à un risque de déficience de mobilités (1<sup>er</sup> G.M. b710) de l'hémicorps droit (1<sup>er</sup> G.M. s730, s750), Il (3<sup>ème</sup> G.M. e355) cherche en se référant au plan de soin, à concevoir les modalités d'utilisation des mobilisations articulaires (3<sup>ème</sup> G.M. e1101) et concomitamment il effectue leur mise en application (3<sup>ème</sup> G.M. e1101).
- ⇒ Coactivité pt b : Elle rend possible, par la manifestation d'un besoin de soins (2<sup>ème</sup> G.M. d710, d520), et l'exposition d'un risque lié à une déficience de mobilités (1<sup>er</sup> G.M. b710) de son hémicorps droit (1<sup>er</sup> G.M. s730, s750), la conception par le stagiaire (3<sup>ème</sup> G.M. e355) des modalités d'utilisation des mobilisations articulaires (3<sup>ème</sup> G.M. e1101) et elle participe à leur mise en application (3<sup>ème</sup> G.M. e1101).

Résultat : l'emboîtement des GME / convergences de vue au sein des "récits reconstitués" des coactivités est réalisé. La concordance des "récits" des coactivités du binôme avec la visée commune est assurée.

La conduite (liée à T3/R3): « là massage /de l'épaule /et de la mobilisation, massage /de l'épaule droite /et mobilisation infra douloureuse ».

### Cycle étudié dans le cas

Visée commune : Traiter l'épaule droite douloureuse en conjuguant des techniques (massage et mobilisation)/ *soigner mon épaule douloureuse par la mobilisation et le massage*<sup>23</sup>; conserver l'effet antalgique en évitant de dépasser le seuil nociceptif des téguments lors de leur mobilisation/ *ressentir, apprécier les effets de diminution de la douleur dus au traitement.*

- ⇒ Coactivité stg c : En tenant compte de la manifestation du besoin de soin de la patiente (2<sup>ème</sup> G.M. d710), et de son exposition à un risque de déficience de mobilités (1<sup>er</sup> G.M. b710) de l'épaule droite hémiplegique (1<sup>er</sup> G.M. s730). En se référant au plan de soin les moyens conjugués du massage, des mobilisations articulaires (3<sup>ème</sup> G.M. e1101) sont utilisés concomitamment avec une modulation au niveau de l'épaule afin de traiter (3<sup>ème</sup> G.M. e1101) la sensation de douleurs (1<sup>er</sup> G.M. b28014).
- ⇒ Coactivité pt c : Elle rend possible, par la manifestation d'un besoin de soins (2<sup>ème</sup> G.M. d710), et l'exposition d'un risque de déficience de mobilités (1<sup>er</sup> G.M. b710) de l'épaule de son hémicorps droit (1<sup>er</sup> G.M. s730), la mise en application des moyens conjugués du massage et de la mobilisation articulaire

<sup>21</sup> Ajout du chercheur

<sup>22</sup> La mise en italique signale l'apport de la patiente à la visée commune

<sup>23</sup> La mise en italique signale l'apport de la patiente à la visée commune

et leur modulation (3<sup>ème</sup> G.M. e1101) sur son épaule droite douloureuse (1<sup>er</sup> G.M. b28014).

Résultat : l'emboîtement des GME / convergences de vue au sein des "récits reconstitués" des coactivités est réalisé. La concordance des "récits" des coactivités du binôme avec la visée commune est assurée.

La conduite (liée à T4/R4): « et des étirements / notamment du grand pectoral »

Visée commune : Étirer le muscle grand pectoral de l'épaule droite/ *ressentir, apprécier les effets de l'étirement sur mon épaule droite*

- ⇒ Coactivité stg d : En tenant compte de la manifestation du besoin de soin de la patiente (2<sup>ème</sup> G.M. d710), et de son exposition à un risque de déficience de mobilités (1<sup>er</sup> G.M. b710) de l'épaule de l'hémicorps droit (1<sup>er</sup> G.M. s730). En se référant au plan de soin, une technique d'étirement tissulaire (3<sup>ème</sup> G.M. e1101) est utilisée avec une priorisation en direction du grand pectoral et de son tonus musculaire (1<sup>er</sup> G.M. b7350).
- ⇒ Coactivité pt d : Elle rend possible, par la manifestation d'un besoin de soins (2<sup>ème</sup> G.M. d710), et l'exposition d'un risque de déficience de mobilités (1<sup>er</sup> G.M. b710) de l'épaule de son hémicorps droit (1<sup>er</sup> G.M. s730), la mise en application d'une technique d'étirements musculaire (3<sup>ème</sup> G.M. e1101) et qui inclue une priorisation en direction de son muscle grand pectoral (1<sup>er</sup> G.M. b7350) afin traiter le tonus musculaire.

Résultat : l'emboîtement des GME / convergences de vue au sein des "récits reconstitués" des coactivités est réalisé. La concordance des "récits" des coactivités du binôme avec la visée commune est assurée.

La conduite (liée à T5/R5): « cela c'est pour le travail antalgique /de l'épaule droite »

Visée commune : Agencer les techniques de manière à optimiser un effet antalgique sur l'épaule droite/ *ressentir, apprécier les effets du traitement massokinésithérapique sur les douleurs de mon épaule droite*

- ⇒ Coactivité stg e: En tenant compte de la manifestation du besoin de soin de la patiente (2<sup>ème</sup> G.M. d710), et de l'exposition de son épaule droite hémiparalysée (1<sup>er</sup> G.M. s730). En se référant au plan de soin, tous les moyens techniques (3<sup>ème</sup> G.M. e1101) sont conjugués dans leur mise en application afin d'obtenir un effet antalgique (1<sup>er</sup> G.M. b28014) sur l'épaule droite.
- ⇒ Coactivité pt e : Elle rend possible, par la manifestation d'un besoin de soins (2<sup>ème</sup> G.M. d710), et l'exposition de son épaule droite hémiparalysée (1<sup>er</sup> G.M. s730), la mise en application, d'une conjugaison de tous les moyens techniques (3<sup>ème</sup> G.M. e1101) afin qu'elle puisse ressentir une antalgie (1<sup>er</sup> G.M. b28014) sur son épaule droite.

Résultat : l'emboîtement des GME / convergences de vue au sein des "récits reconstitués" des coactivités est réalisé. La concordance des "récits" des coactivités du binôme avec la visée commune est assurée.

## 4.28 Le croisement des horizons

### 4.281 Le temps des échanges

La donation expérientielle, implique des dons et des contredons et leur synchronisation. Une donation expérientielle d'un acteur présuppose l'attente une contre donation de l'autre acteur. Il faut du temps pour que le cycle aboutisse. Le temps nécessaire à la réalisation du cycle don / contre don est un temps partagé. Celui qui donne et qui vient de donner attend, et celui qui a reçu se prépare à donner et donne.

Ces temps élémentaires vont s'agréger les uns aux autres et former des durées. Un cycle expérientiel par le phénomène de synchronisation des dons et contre dons, va se prolonger dans le temps, jusqu'à ce que les cycles de don et contre don se terminent. Chaque cycle d'expéientiation engendre un segment temporel qui lui correspond. Les segments temporels se projettent sur le tracé du parcours du stage.

Cette dimension temporelle va participer aux croisements des horizons. (Cf. annexe pour les tableaux des segments temporels).

### 4.282 Le schème d'action et l'objet du soin : les activateurs d'un espace transactionnel

Le schème d'action s'est projeté à partir d'une position sur le tracé du parcours du stage (l'horizon des apprentissages), la phase d'assimilation élaboration.

Nous considérons qu'il s'est appuyé sur les Points de Réduction Expérientielle (PRExp) des trois horizons qui convergent sur l'objet de soin :

L'horizon des apprentissages

- ✓ Le système évaluatif du tracé du parcours de stage, chacune des évaluations-perceptions étant un PRExp/VPÉ

L'horizon des soins :

- ✓ La Base d'Orientation (BO) des évaluations-perceptions <sup>24</sup> chacune des convergences de vue étant un PRExp/ObjSoin

L'horizon des donations

- ✓ Le maillage expéientiel, chacune des lignes de champ expéientiel maillé étant un PRExp/Don

En nous référant à la définition de la notion d'organisateur :

Un « *espace transactionnel, celui d'une interactivité relationnelle, pragmatique, et épistémique* » (Vinatier & Pastré, 2007).

- Nous transcrivons ce concept en rapport avec les résultats ou configuration obtenues après le traitement des données, que sont : les visées communes, les

---

<sup>24</sup> Plus exactement les évaluations-évaluations-perceptions

horizons et des Points de Réduction Expérientielle (PRExp), des théorèmes en acte.

- L'interactivité relationnelle suscitée par le stagiaire résulte des visées communes
- L'interactivité pragmatique suscitée par le stagiaire résulte, du croisement des horizons et des Points de Réduction Expérientielle (PRExp) qui les composent.
- L'interactivité épistémique suscitée par le stagiaire résulte des théorèmes en acte.

Une articulation des horizons des apprentissages, des donations et des soins s'opère. Il en résulte une synthèse expérientielle en lien avec une personne atteinte d'une pathologie et un objet du soin, la concernant.

#### 4.283 L'interactivité relationnelle / les visées communes

- ❖ Mettre en œuvre un plan de soin individualisé / *recevoir des soins*<sup>25</sup>, pour traiter l'hémicorps droit hémiparétique / *soigner mon hémiparétique*.
- ❖ traiter par la mobilisation toutes les articulations de l'hémicorps droit / *soigner mon hémiparétique par la mobilisation de mes articulations*, valuer l'application des mobilisations pour toutes les articulations / *ressentir, et apprécier les effets de la mobilisation des articulations touchées par l'AVC*.
- ❖ Traiter l'épaule droite douloureuse en conjuguant des techniques (massage et mobilisation) / *soigner mon épaule douloureuse par la mobilisation et le massage*; conserver l'effet antalgique en évitant de dépasser le seuil nociceptif des téguments lors de leur mobilisation / *ressentir, apprécier les effets de diminution de la douleur dus au traitement*.
- ❖ Étirer le muscle grand pectoral de l'épaule droite / *ressentir, apprécier les effets de l'étirement sur mon épaule droite*
- ❖ Agencer les techniques de manière à optimiser un effet antalgique sur l'épaule droite / *ressentir, apprécier les effets du traitement massokinésithérapique sur les douleurs de mon épaule droite*.

---

<sup>25</sup> La mise en italique signale l'apport de la patiente à la visée commune

#### 4.284 L'interactivité pragmatique / le croisement des horizons

C'est un tableau de bord qui permet de piloter la mise en œuvre de la situation professionnelle au jour le jour. Un réglage des interactions des processus de professionnalisation et de réhabilitation peut s'opérer en regard de l'objet du soin (les articulations de l'hémisphère droit) grâce à une manipulation simplifiée de la situation professionnelle que donnent les horizons.

**Tableau 11 : Un schéma d'action d'une situation professionnelle par le croisement des horizons (cas n°1)**

La mobilisation des articulations de l'hémicorps droit chez un patient hémiparétique					
horizon temporel des expériences vécues	Période de l'hospitalisation dans le service de MPR				
Le tracé du parcours de stage (horizon des apprentissages) PRExp/App	assimilation élaboration				
Les segments temporels (horizon des donations) PRExp/Don	(t0) et (t1)	(t2)	(t3)	(t4)	(t5)
Les structures organiques (horizon des soins) PRExp/ObjSoin 1 <sup>er</sup> G.M. « structure du membre supérieur s730 » « la sensation de douleur b28014 »	Les articulations de l'hémicorps droit dont l'épaule droite		Épaule droite douloureuse		
Les techniques du soin (horizon des soins) PRExp/ObjSoin 2 <sup>ème</sup> G.M. « interactions de base avec autrui d710 »	Bilan et plan de soin avec un début de mise en application	mobilisations articulaires	Massage Massage et mobilisation infra douloureuse	Étirement du muscle grand pectoral (et d'autres muscles)	Bilan de l'effet antalgique
Les facteurs environnementaux PRExp/ObjSoin Le plan de soin pour l'épaule droite (horizon des soins) PRExp/ObjSoin 3 <sup>ème</sup> G.M.	Début du traitement		Développement du traitement		Fin du traitement

« médicaments e1101 »			
-----------------------	--	--	--

Il est possible de donner à voir, si la reconstitution de la visée simplifiée de la situation professionnelle en devenir, est du domaine du possible en prenant 2 critères ou processus :

- > La congruence qui s'est opérée entre les composants horizons.
- > La projection concordante des horizons sur l'horizon temporel des expériences vécues lors du stage avec le patient et en lien avec l'objet du soin.

Résultat :

La congruence et la projection concordante sont réalisées et soutiennent la faisabilité de la reconstitution de la visée simplifiée.

#### 4.285 L'interactivité épistémique<sup>26</sup> / les théorèmes en acte

- T1 : l'existence du bilan, la rationalité qu'implique et l'enchaînement bilan-diagnostic, sont considérés comme des moyens efficaces pour la mise en œuvre d'un plan de soin (PTV<sup>27</sup>)
- T2 : la mobilisation, est considérée comme un moyen efficace pour traiter les déficiences et prévenir les complications des articulations de l'hémicorps hémiparétique ce qui conduit à recommander son utilisation comme technique de soin (PTV)
- T3 : le massage, la mobilisation infra douloureuse comme moyens conjugués sont considérés comme efficaces pour traiter (curation et prévention) l'épaule hémiparétique douloureuse ce qui conduit à recommander son utilisation (PTV)
- T4 : l'étirement musculaire est considéré comme un moyen efficace de régulation de la tension du tissu musculaire ce qui conduit à recommander son utilisation pour le grand pectoral. (PTV)
- T5 : Les moyens conjugués, massage, mobilisation infra douloureuse, étirements du grand pectoral, sont efficaces pour l'obtention d'une analgésie de l'épaule droite hémiparétique de ma patiente

L'objet du soin suscite la mise en œuvre des théorèmes en acte.

<sup>26</sup> L'interactivité épistémique est essentiellement portée par le stagiaire, la patiente y participe par la compréhension (en fonction de ses capacités) qu'elle a de l'action du stagiaire envers elle.

<sup>27</sup> PTV : proposition tenue pour vraie

#### 4.286 Un espace transactionnel régit par un concept organisateur et un Objet Clinique à Partager

Les trois types d'interactivité décrite par Pastré & Vinatier entrent en écho avec les résultats des réductions expérientielles (les points de réduction expérientiels liés aux horizons) et l'objet du soin

À partir des trois positions, le schème d'enquête-exploration peut piloter l'évolution de la situation professionnelle tout en veillant à l'avancement du processus de réhabilitation et de professionnalisation.

Le schème d'enquête-exploration, muni d'un concept organisateur ouvre un espace transactionnel, mais sans contenu il ne peut fonctionner.

L'espace transactionnel ne peut se concevoir sans un contenu dont il doit assurer le déplacement au sein de l'espace.

Le concept organisateur, déterminera la configuration des objets qui y transitent

L'objet du soin est l'entité qui été visée par le stagiaire et la patiente comme étant *les articulations de l'hémicorps droit hémiplégique*.

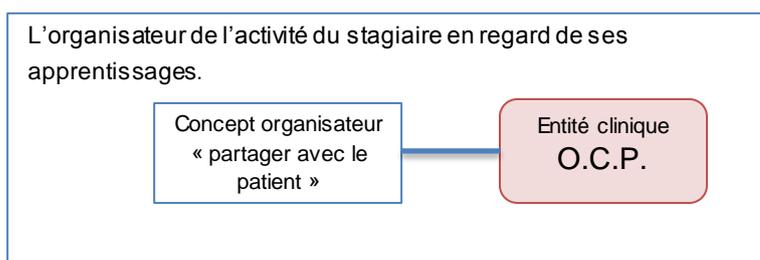
L'objet du soin est remanié par le concept organisateur.

Le résultat du remaniement voit la genèse d'un objet adapté à l'espace transactionnel, *l'Objet Clinique à Partager (O.C.P.) : les mobilités et le cas échéant les douleurs des articulations de l'hémicorps droit hémiplégique*

Le principe organisationnel est celui du « *partage<sup>28</sup> avec le patient* ».

Nous pensons que l'organisateur se présente comme une dyade

Une partie de la dyade est réservée à l'entité clinique, l'O.C.P., l'autre partie concerne le concept organisateur.



**Figure 18 : L'organisateur de l'activité du stagiaire**

L'avantage de cette configuration repose sur le fait que l'les acteurs conservent le concept organisateur et peuvent remplacer l'O.C.P. (a) par un O.C.P. (b) en fonction de l'évolution du processus de réhabilitation.

Nous notons cette configuration modulaire : COrg/O.C.P.

<sup>28</sup> En partage. Comme don naturel. *Avoir, donner, recevoir qqc. en partage; échoir, tomber, revenir en partage à qqn.* © 2012 - CNRTL

#### 4.287 La genèse d'un outil dans un espace transactionnel

L'espace transaction transactionnelle est un générateur instrumental qui conjoint les processus de réhabilitation, et de professionnalisation en utilisant la dyade COrg/O.C.P.

##### **Le processus de réhabilitation**

Alexandre s'est lancée dans la mise en œuvre un plan de soin visant l'objet du soin ; les articulations de l'hémicorps droit hémiparétique.

Alexandre agence des techniques de massage et de mobilisation articulaire et d'étirement musculaire dans le but de traiter les articulations de l'hémicorps droit hémiparétique et ce afin d'éviter leur enraidissement et la survenue de douleurs articulaires musculaires ou aponévrotiques concomitantes. Ces deux complications ont comme conséquence une diminution des chances pour la patiente de redevenir autonome.

La patiente perçoit une limitation de son potentiel fonctionnel suite à son AVC, elle n'est plus capable d'agir à sa guise dans son environnement. Elle se sent en insécurité lors des changements de positions, son équilibre est précaire et ses déplacements pédestres sont impossibles à réaliser.

L'utilisation de ses capacités de mobilités articulaire est un enjeu pour elle si elle veut à terme pouvoir se mouvoir effectuer les gestes du quotidien. L'AVC a réduit considérablement ses possibilités de mouvement volontaires et donc la possibilité de mouvoir ses articulations. Une douleur de l'épaule droite vient compliquer le tableau clinique.

Dans ces conditions, la stagiaire propose à la patiente des soins de préservation de ses articulations et de traiter les douleurs de l'épaule droite. La patiente lors de séances participe à ces soins massokinésithérapiques sans pour autant en saisir les justifications biomécaniques et techniques, elle perçoit les conséquences qui sont pour elle bénéfiques, au jour le jour, comme la diminution de ses douleurs d'épaule.

##### **Le processus de concrétisation**

Alexandre est en fin de troisième année, le contrôle qu'il exerce par l'intermédiaire de la dyade COrg/O.C.P. sur ses actions/opérations de soin, fait qu'il maîtrise les agencements des structures techniques qu'il utilise. Il nous donne à voir au travers du processus de formation, l'emploi d'un outil qu'il a mis au point pour transformer l'OCP.

L'objet technique a été fabriqué par Alexandre à partir de trois éléments techniques « *dépositaires de la technicité* » (Simondon, 2012, p. 95) massokinésithérapique (Cf. Tableau, les encadrés orangés), la mobilisation articulaire, l'étirement musculaire et le massage. Ces trois éléments techniques se complètent par leurs effets physiologiques sur les tissus articulaires, musculaires.

L'assemblage des éléments technique est piloté par la dyade COrg/O.C.P. un processus de concrétisation<sup>29</sup> se met en place.

Le travail antalgique de l'épaule a été délivré au moyen d'un « *objet technique concret* » qui tend par son autorégulation « vers la cohérence interne, vers la fermeture du système des causes et des effets à l'intérieure de son enceinte » (Simondon, 2012, p. 56). La fonction active de l'objet technique concret est prédominante, c'est un outil, de façonnage et de modelage des tissus articulaires et péri articulaires de l'hémicorps droit de la patiente que propose Alexandre (Cf. Tableau 96).

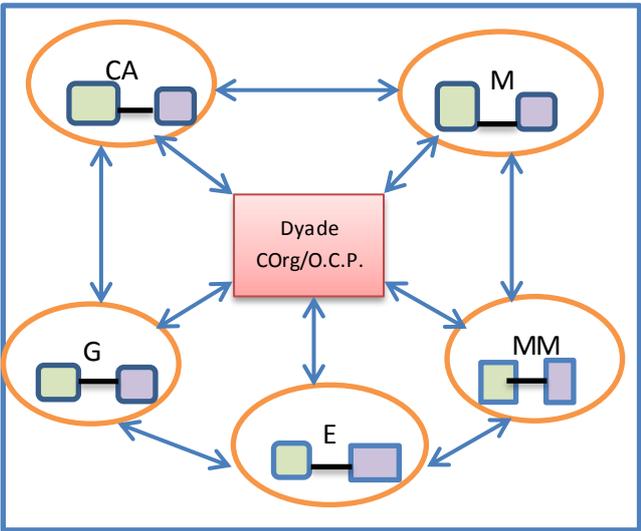
L'instrument comporte 5 composants chacun d'eux étant porté par un cycle d'expérientiation. Chaque composant inclut l'O.C.P.

Le 1er composant est animé par une dynamique de conception application des moyens pour mettre en travail l'O.C.P., le 2ème par une dynamique d'utilisation de mobilisations articulaires appliquées à l'O.C.P., le 3ème par une dynamique d'utilisation du massage et des mobilisations articulaires appliquées à une partie de l'O.C.P.<sup>30</sup>, le 4ème par une dynamique d'utilisation de l'étirement musculaire appliquées à une partie de l'O.C.P., le 5ème par une dynamique de groupement des techniques précédentes et de valuation appliquées à une partie de l'O.C.P.

Le discours du stagiaire présente l'instrument selon cette configuration.

L'objet technique concret, son milieu associé, ses composants et sa forme active

**Tableau 12 : L'outil de façonnage modelage fabriqué par le stagiaire (cas n°1)**

L'OCP et l'OCP transformé	L'objet technique concret	L'outil (forme active)
<p>Alexandre Schème 1→ But : Traiter la fonction articulaire de l'hémicorps droit hémiplégique <b>L'OCP</b> : Les mobilités et le cas échéant les douleurs des articulations de l'hémicorps droit hémiplégique <b>L'OCP transformé</b> : La mobilisation des articulations de l'hémicorps droit hémiplégique, le traitement antalgique de l'épaule droite</p>	<p>En imbrication et avec des causalités récurrentes</p> 	<p>Outil de façonnage modelage des tissus articulaires et péri articulaires de l'hémicorps droit</p>

Codifications :

<sup>29</sup> Le processus de concrétisation agence « une pluralité de zones fonctionnelles différentes, soudées les unes aux autres (...) d'éléments techniques élaborés selon un certain schème de fonctionnement et assemblés en structure stable par l'opération de fabrication » (Simondon, 2012, p. 89)

<sup>30</sup> L'épaule droite de l'hémicorps hémiplégique

Patient : carré violet

Stagiaire : carré vert

CA : dynamique de conception application

M : dynamique d'utilisation de mobilisations articulaires

MM : dynamique d'utilisation du massage et des mobilisations articulaires appliquées à une partie de l'O.C.P.

E : dynamique d'utilisation de l'étirement musculaire appliquées à une partie de l'O.C.P.

G : dynamique de groupement des techniques précédentes et de valuation appliquées à une partie de l'O.C.P.

Nous nous référons à la classification que propose Simondon (2012, p. 161) :

« Si 'l'on entend par outil<sup>31</sup> l'objet technique qui permet de prolonger et d'armer le corps pour accomplir un geste, et par instrument<sup>32</sup> l'objet technique qui permet de prolonger et d'adapter le corps pour obtenir une meilleure perception ; l'instrument est outil de perception. Certains objets techniques sont à la fois des outils et des instruments, mais on peut dénommer outils ou instrument selon la prédominance de la fonction active ou de la fonction perceptive »

---

<sup>31</sup> En italique dans le texte

<sup>32</sup> Idem.

## 4.3 Étude de cas n°2

### 4.31 L'extrait issu des entretiens

Extrait conversationnel numéro 26

Synthèse éditée par Sonal (v.2.0) : 13:11 > 13:56

Filière professionnelle: massokinésithérapie

Parcours formation: troisième année de formation

Champ d'investigation clinique: la neurologie

Tag(s): sécurité, faire plus attention, m'interposer, contrer une chute, faire rire

Chercheur: et vous avez rencontré une situation avec lui où vous vous êtes dit "houlà il risque de

*"Roman: « entre les barres tout seul! Alors qu'il avait plus de sécurité plus, mais en dynamique, surtout au début mais maintenant cela va mieux, il fait plus attention il est plus lent (Roman ralenti son phrasé pour dire lent) dans ses gestes, il va, mais c'est (court silence) »*

Chercheur: et alors au début il y a eu un souci entre les barres parallèles à un moment donné quand vous l'avez pris en charge c'est de cela que vous avez été surpris?

*Roman: « souci, souci, souci, souci non! Parce qu'enfin on est toujours là, et parce qu'on fait toujours attention mais (hésitation) il faut lui dire "stop! «Arrête toi!", "fais attention!" et oui, non il n'y a pas eu de (bruits de stylo répétitifs), je n'ai pas eu à, enfin je n'ai pas eu à m'interposer et pour, pour contrer une chute enfin et il va, il va, il va se relever, il va se redresser et il va dire "oui, c'est vrai", il va rigoler, et cela le fait rire! »*

### 4.32 Présentation du patient et de sa pathologie

#### MOTIF D'HOSPITALISATION

Rapprochement familial de la région parisienne et poursuite de la rééducation après traumatisme crânien grave survenu le 28/02/2014

#### MODE DE VIE

Patient âgé de 22 ans, célibataire, ayant un BAC PRO d'électrotechnique.

#### HISTOIRE DE LA MALADIE

**Le 28/02/2014**, vers minuit, accident de la voie publique en tant que passager d'un véhicule léger. Le patient est immédiatement pris en charge avec une désincarcération de longue durée.

#### **Le 03/09/2014**

Sur le plan clinique, le patient présente des troubles frontaux. Il est capable de sonner, d'appeler mais il ne prend aucune initiative. Présence d'une boulimie lorsqu'on lui présente le

plateau repas. Sur le plan sphinctérien, il porte des protections, n'est pas continent mais commence de façon non systématique à appeler pour dire qu'il souhaite aller aux toilettes. Pour la toilette et l'habillage, il participe sous guidance rapprochée et doit être aidé.

En rééducation, peu ou pas d'initiative. Commence à faire des calculs très simples. La critique de phrases absurdes est possible de façon correcte. La dénomination est bonne mais globalement il reste une adhésivité majeure avec troubles de l'attention, de la concentration, de l'exploration de l'espace.

Le patient est très fatigable bien que cela diminue. Il commence à marcher avec un déambulateur axillaire de façon très cérébelleuse et automatique. Il a tendance au déséquilibre vers la gauche. Il commence à travailler aussi l'équilibre assis

### **EXAMEN CLINIQUE D'ENTREE**

Le 09/09/2014, nous sommes à 6 mois du traumatisme crânien grave initial et à 45 jours de la dernière intervention neurochirurgicale. Il est souriant, calme, content d'être là. Gros trouble d'orientation spatiale. Il répond sur sollicitations à sa date de naissance. Lenteur d'idéation. Gros troubles mnésiques. Il peut aider pour faire ses transferts. Il n'y a pas nécessité de lève-malade.

### **AU TOTAL**

J+ 6 mois d'un traumatisme crânien grave.

Patient qui devra bénéficier de kinésithérapie, ergothérapie, neuropsychologie et psychomotricité. Une reconstruction crânienne sera à envisager très à distance compte-tenu de l'épisode infectieux initial. Le projet thérapeutique a été expliqué au patient et à ses parents présents qui ont donné leur accord.

### **Staff multidisciplinaire du 16/09/2014**

Début de prise en charge multidisciplinaire

Le patient est perturbé par un oubli au fur et à mesure des faits et gestes qu'il effectue dans la journée. Grosse désorientation spatiale et temporelle Le patient est agréable. Il sourit beaucoup. Il aide beaucoup. En ergothérapie, apragmatisme. Troubles de la mémoire de travail. Désorientation temporo spatiale. Petite limitation articulaire de l'épaule gauche (hémiparésie gauche initiale). Sur le plan social, il s'agit bien d'un accident en service. Le patient bénéficiera d'une pension militaire d'invalidité. En kinésithérapie, équilibre précaire. Peut marcher dans les barres parallèles mais rétro pulsion.

### 4.33 L'horizon des apprentissages

#### 4.331 Le parcours du stage

Tableau 13 : Le tracé du parcours du stage (cas n°2)

Événement : la rencontre avec un patient traumatisé crânien			
Objet du soin : l'indépendance dans les déplacements			
Le stagiaire relate ses conduites	E-V	Les points de réduction expérientielle	
		état interne	état interne
		« <i>ce qui se fait ici</i> » <sup>33</sup> (perception) Corps-cerveau	« <i>ce qui se fait là-bas</i> » (Ibid., p. 8) (perception) Milieu associé
« oh là, oh là, alors j'ai fait (hésitation) un stage, enfin (long silence), j'ai fait de la rhumato, pédiatrie, traumatologie oui (hésitation) j'ai fait eh bien ma patiente mémoire c'était une brûlée, donc j'ai fait un stage chez les brûlés (...) J'ai fait un peu de neuro, mais plus tout ce qui est hémiparétique, tout ce qui est, para, tétra, un peu, mais là un traumatisé crânien comme cela, oui »	E-Rupture	EV-p P transition Patient traumatisé crânien	P-v corps → « on est parlé expériences vécues autres patients
« et il est un peu, oui, il est peu frontal dans le sens que où, dès qu'il va avoir un moment de déconcentration, il va commencer, enfin il va rigoler, enfin (moment de silence) il a tendance à rigoler assez rapidement, il va se déconcentrer assez rapidement »	Enquête-exploration	P-v P D'avoir observé	V-p R manque de contrôle émotionnel
			P-v corps → « on est parlé » « <i>il est peu frontal</i> » avoir tendance à rigoler assez rapidement »
			V-p P/ V-p R « moment de déconcentration »
<b>Roman</b> : « pour sa toilette enfin parce que, oui, parce qu'il pourrait, il pourrait se prendre en charge, il se déplace au fauteuil mais difficilement, (...) il a, il a, enfin il y arrive très bien! mais il prend du temps, il (hésitation) enfin disons, qu'il n'est pas! (court silence) enfin je ne sais pas si on peut avoir l'impression, mais il n'a pas de (court silence, hésitation)	Enquête-exploration	P-v P D'avoir observé	V-p R Lenteur « <i>se déplace au fauteuil mais difficilement</i> », r
			P-v corps → « on est parlé » « il prend du temps »
			V-p P/ V-p R « il pourrait se prendre en charge »

<sup>33</sup> Barbaras, 2009, p. 8

<p><b>Le chercheur</b> : d'initiatives, de troubles d'initiative?  <b>Roman</b> : non c'est qu'il n'a va pas de, en fait il va aller tout doucement, il ne va pas se servir de l'inertie, enfin il ne va pas (court silence) comment dire? il va, ses roues il va les, il va les accompagner il ne va les lancer en fait! et il n'y a pas (Roman tape dans sa main), enfin d'impulsion, d'impact (Roman tape dans sa main) au niveau de, (hésitation) ce n'est pas, comment on appelle cela? (hésitation) ce n'est pas explosif! Enfin c'est lent c'est (hésitation et silence)  <b>Le chercheur</b> : donc il y a une gestuelle aussi qui ?  <b>Roman</b> : oui c'est cela c'est dans la (hésitation) et même au niveau de la coordination il pourrait faire les deux, les pieds et les bras, et c'est ou l'un ou l'autre »</p>	<p><b>V-p P/ V-p R</b> Déplacements difficiles Lenteur Incoordination</p> <p><b>P-v P</b> Perception D'avoir observé</p>	<p><b>P-v P/ P-v R</b> « il va les accompagner il ne va les lancer en fait! et il n'y a pas (Roman tape dans sa main), enfin d'impulsion »</p> <p><b>P-v</b> corps → « on est parlé » Il va aller tout doucement »</p>
<p><b>Le chercheur</b>: il arrive à se lever de son fauteuil ou pas? ou (hésitation)  <b>Roman</b> : tout seul?!  <b>Le chercheur</b>: oui, oui, non? Je ne me rends pas compte du tout?  <b>Roman</b> : (large inspiration) tout seul? oui mais avec une aide, enfin, ou alors il faut qu'il ait, si tout seul si avec les accoudoirs si il a les barres parallèles devant oui mais, (court silence) si, si même dans le déambulateur il y arrive »</p>	<p><b>V-p R</b> Déplacements difficiles</p> <p><b>P-v P</b> D'avoir<sup>2</sup> aidé et guidé</p>	<p><b>P-v</b> corps → « on est parlé » « tout seul? oui mais avec une aide</p> <p><b>P-v P/ P-v R</b> oui mais avec une aide,</p>
<p>« mais (court silence) il va arriver à (hésitation) au milieu du gymnase à la sortie du gymnase faire (hésitation) une partie du couloir là en sortant et (hésitation) cela va le fatiguer quand même parce qu'il est »</p>	<p><b>P-v P</b> D'avoir observé Perception D'avoir guidé utilisé des outils</p>	<p><b>V-p P/ V-p R</b> patients : traumatisés crâniens Perception</p> <p><b>V-p R</b> Fatigue</p>
<p><b>Le chercheur</b> : parce qu'il y a quand même un risque de chute ou de, d'incoordination (bruits de stylo Roman note)  <b>Roman</b>: mais, oui? Mais ce qu'il y a aussi c'est donc que je fais travailler l'équilibre avec lui du coup (Roman continue à noter sur le document cible et on a essayé (hésitation) avec Sylvie parce que avec moi, c'est aussi un exercice, qu'on fait à plusieurs, dos à l'espalier! Donc réception de balles, rattrape (hésitation) enfin réception de balles (hésitation) il va la relancer, il va lui-même commencer à dissocier les ceintures,</p>	<p><b>P-v P</b> Perception D'avoir pratiqué Tester faisabilité</p> <p><b>V-p P</b> « on a essayé (hésitation) avec Sylvie »</p>	<p><b>P-v P/ P-v R</b><sup>34</sup> Équilibre coordination Début de déplacement</p> <p><b>EV-p R</b> Le patient ne chute pas</p> <p><b>V-p P/ V-p R</b> Équilibre coordination « exercice, qu'on fait à plusieurs, dos à l'espalier! »</p>

<sup>34</sup> Perception du stagiaire et de la tutrice

<p><b>Roman</b> :enfin (...) c'est assez intéressant (court silence, hésitation) et on lui a demandé de faire un pas en avant, enfin et du coup, il n'avait plus aucun (hésitation) il était vraiment en bipodal, tout seul, sans, même si il y avait Sylvie pas loin, même si il y avait (hésitation) , il réceptionnait les balles et il gardait l'équilibre et il me les renvoyait alors qu'il n'avait plus aucun, enfin il avait juste (hésitation)</p>		<p><b>P-v P</b> Perception D'avoir praticqué Tester faisabilité</p>	<p><b>V-p R</b> <i>demandé de faire un pas en avant</i></p>
		<p><b>V-p P</b> «<i>Sylvie pas loin</i> »</p>	<p><b>EV-p R</b> « Il gardait l'équilibre »</p>
		<p><b>P-v P</b> D'avoir observé et anticipé</p>	<p><b>P-v P/ P-v R</b> « il réceptionnait les balles et il gardait l'équilibre »</p>
<p><b>Roman</b>: mais c'est après justement, une fois qu'il va être parti à faire justement à se déplacer avec ses jambes, ou à marcher, il va s'emballer! Et c'est là, où il va, ne plus faire attention, plus faire attention à son équilibre et partir quoi</p> <p><b>Roman</b>: mais c'est après justement, une fois qu'il va être parti à faire justement à se déplacer avec ses jambes, ou à marcher, il va s'emballer! Et c'est là, où il va, ne plus faire attention, plus faire attention à son équilibre et partir quoi</p>		<p><b>EV-p R</b> D'un emballement D'un risque de chute</p>	<p><b>P-v</b> corps→ « on est parlé » « il va s'emballer! »</p>
<p><b>Le chercheur</b> : oui, oui, donc avez, vous avez rencontré peut-être une ou deux situations un peu limites avec lui, c'est-à-dire où vous êtes dit "houlà! Il risque de tomber ou il risque ceci ou cela"?</p> <p><b>Roman</b>: hé bien justement, justement enfin, c'est pour cela que (hésitation) je, j'ai fait, enfin on a fait cet exercice là avec Sylvie et c'est assez surprenant parce qu'on pensait qu'il allait, perdre l'équilibre, alors l'analyse de chute enfin, oui j'en ai une oui, d'analyse de chute</p> <p><b>Roman</b>: et au final! hé bien pas tant que cela! j'ai, on a été assez surpris justement (court silence)</p> <p><b>Le chercheur</b> : oui, oui, parce qu'il était peut-être en statique aussi</p> <p>Roman: oui c'est cela</p>		<p><b>V-p P</b> D'avoir fait une hypothèse Résultat Étonnement</p>	<p><b>V-p R</b> risque de chute mais, ne chute pas</p>
<p>« il faut de la patience (...) oui, mais, la patience avec lui cela va, parce qu'il est (long silence) comment dire? il ne va jamais s'opposer en fait, il va être volontaire, tout le temps, tout le temps, tout le temps, il va faire les choses même si, même si il ne va pas s'en rappeler, même si cela va être difficile, il va le faire, il va essayer, et c'est (silence) oui, il faut de la patience (voix chuchotée) »</p> <p>« enfin, surtout avec c'est "tu te rappelles pas machin? " eh bien, ah c'est bon on voit qu'il y a des troubles, allez, on y va, on y va, on y va »</p>	<p><b>E-V</b> Épreuve</p>	<p><b>P-v P</b> Effort de patience et de présence auprès du patient</p>	<p><b>EV-p R</b> il va être volontaire, tout le temps Oubli</p>
<p><b>Le chercheur</b>: et cela ça été aidant pour vous? Dans la relation à lui?</p> <p>Roman : avec lui, qu'il soit volontaire, ah oui!</p> <p>Le chercheur : autrement cela aurait été compliqué ?</p> <p><b>Roman</b>: (hésitation) enfin oui, franchement j'avoue, oui,</p>	<p><b>E-V</b> Ressources</p>	<p><b>P-v P</b> D'avoir praticqué des stimulations Aider par</p>	<p><b>V-p R</b> D'avoir Volontaire Continuité</p>

<p>je ne sais pas trop comment j'aurais réagi, une stimulation permanente avec quelqu'un qui réponds pas (hésitation, silence) je ne sais pas, de toute façon cela aurait été, enfin, je m'en serais sorti, j'aurais, et voilà (silence) je pense que cela aurait été oui, une difficulté supplémentaire.</p>	<p><b>EV-p P</b> je m'en serais sorti</p>	<p><b>P-v</b> corps → « on est parlé » « « stimulation permanente avec quelqu'un qui réponds pas »</p>
<p>« (inspiration Roman) enfin déjà, enfin moi, c'est le plus important que j'ai à l'heure qu'il est, enfin autonome dans ses déplacements, même dans la, même il pourrait faire sa toilette tout seul, même enfin aux invalides, cela ce n'est pas forcément nous, c'est plus avec les, (hésitation), les aides-soignants, les infirmières »</p>	<p><b>EV-p P</b> D'avoir un objectif</p>	<p><b>V-p R</b> D'une indépendance « faire sa toilette tout seul »</p>
<p>« et voilà, et il y a ce que, mais parfois, quand il est en charge il va trop vite (court silence), il ne contrôle pas assez ses mouvements, pas assez son équilibre, du coup enfin, il faut aussi le freiner enfin c'est donc de l'encadrement du coup (court silence) »</p>	<p><b>P-v P</b> D'avoir pratiqué du guidage réussite</p>	<p><b>EV-p R</b> Perception d'un risque « contrôle pas assez ses mouvements »</p>
<p>« entre les barres tout seul! Alors qu'il avait plus de sécurité plus, mais en dynamique, surtout au début » Schème 1 →</p>	<p><b>P-v P</b> D'avoir utilisé des outils à bonne escient</p>	<p><b>V-p R</b> D'une sécurisation</p>
<p>« mais maintenant cela va mieux, il fait plus attention il est plus lent (Roman ralenti son phrasé pour dire lent) dans ses gestes, il va, mais c'est (court silence) » Schème 2 →</p>	<p><b>P-v P</b> D'avoir observé</p>	<p><b>EV-p R</b> D'une amélioration Gestes</p>
<p>« souci, souci non! Parce qu'enfin on est toujours là, et parce qu'on fait toujours attention (...) mais (hésitation) il faut lui dire "stop! «Arrête-toi!", "fait attention! » Schème 3 →</p>	<p><b>P-v P</b> D'avoir pratiqué du guidage</p>	<p><b>V-p R</b> D'un risque Manque d'anticipation</p>
<p>« et oui, non il n'y a pas eu de, je n'ai pas eu à, enfin je n'ai pas eu à m'interposer et (...) pour, pour contrer une chute enfin et il va, il va, il va se relever, il va se redresser et il va dire "oui, c'est vrai", il va rigoler, et cela le fait rire! Schème 4 →</p>	<p><b>P-v P</b> D'avoir pratiqué du guidage et de la prévention des chutes</p>	<p><b>V-p R</b> Stratégies de rattrapage <b>EV-p R</b> Manque de contrôle émotionnel</p>
<p>« parce que pendant l'autonomisation c'est tout ce qui est toilette et déplacements parce que l'autonomisation même si on fait du travail de la marche en séance c'est surtout, même si il peut être autonome en fauteuil enfin c'est surtout enfin, par rapport à cela ce n'est pas tant, si tu vois c'est l'autonomie enfin »</p>	<p><b>P-v P</b> D'avoir on objectif la marche</p>	<p><b>V-p P/ V-p R</b> D'une autonomisation dans les déplacements <b>V-p R</b> Autonomie à accroître</p>
<p>« qu'il se déplace tout seul, qui se (hésitation) qu'il se prenne en charge entre guillemets, pour les (hésitation), pour au moins ses déplacements, même s'il veut faire un tour au foyer pour (...) même voir des gens enfin »</p>	<p><b>P-v P</b> D'avoir posé des objectifs</p>	<p><b>V-p R</b> Autonomie à accroître dans son environnement de tous les jours</p>
<p>« enfin moi c'est l'objectif, le plus important c'est qu'il arrive à se déplacer lui-même, et même au sein de l'établissement tout seul (...) qu'il sache où il va enfin, mais c'est un peu compliqué quoi »</p>	<p><b>P-v P</b> D'avoir posé un objectif majeur Semi-satisfaction</p>	<p><b>V-p R</b> D'un manque d'autonomie</p>

E-V Assimilation/Élaboration

<p><b>Le chercheur</b> : et avec son utilisation, on peut mettre fauteuil roulant peut-être? Si vous voulez ? Vous l'avez mis, non je ne sais pas?  <b>Roman</b> : je l'ai mis oui, je ne sais plus ce que j'ai mis, oui j'ai mis travail de la mobilité fauteuil roulant lit (...) et, oui, déplacement au fauteuil roulant (silence, écriture sur le document cible)</p>		<p><b>P-v P</b> d'avoir utilisé des outils</p>	<p><b>P V-p R</b> Déplacement en fauteuil roulant</p>
<p>« il va, par contre, il va être (hésitation) une fois qu'il va être dans la salle on va lui demander de faire un exercice et il va être volontaire, il va, il va même aller peut-être un peu trop loin! c'est même nous qui allons lui dire, "fait attention tu as l'air un peu fatigué", tout parce que l'on va voir des compensations qui vont apparaître surtout pendant la marche »</p>		<p><b>P-v P</b> d'avoir observé anticipé</p>	<p><b>P-v P/ P-v R</b> d'un risque Suractivité Fatigue <b>V-p P/ V-p R</b> "fait attention tu as l'air un peu fatigué",</p>
<p>« et il (hésitation) et, et c'est un moment où on va lui dire "cela va tu n'es pas trop fatigué?", "ah oui c'est vrai un petit peu", et, là aussi il ne va pas être (hésitation) il ne va pas nous demander! Enfin il ne va pas avoir tendance à demander, parce que même, lors de ses, et (hésitation) justement du, (hésitation) du déplacement chambre gymnase »</p>		<p><b>P-v P</b> d'avoir observé anticipé guidé</p>	<p><b>P-v P/ P-v R</b> Perception d'un risque Suractivité Fatigue Prise de conscience <b>V-p P/ V-p R</b> « Ne va pas avoir tendance à demander »</p>
<p><b>Le chercheur</b>: donc on va quand même mettre qu'il se déplace au rollator quand même c'est cela?  <b>Roman</b>: oui  <b>Le chercheur</b> : enfin, c'est avec beaucoup de difficultés quand même, parce qu'il faut être à côté quoi  <b>Roman</b>: oui, il faut être à côté, mais va le, (hésitation, court silence) il faut être en surveillance! mais il va pouvoir le faire, enfin, tout seul en, il pourrait le faire seul!</p>		<p><b>P-v P</b> d'avoir observé anticipé guidé</p>	<p><b>P V-p R</b> D'un déplacement possible en déambulation « il va pouvoir le faire » <b>V-p P/ V-p R</b> « il faut être en surveillance! »</p>

	Pôle évaluatif-perceptif		Pôle évaluation
Système d'activité	<b>P-v P/ P-v R</b>	<b>V-p P/ V-p R</b>	<b>EV-p P/ EV-p R</b>
Activité	<b>P-v P</b>	<b>V-p P</b>	<b>EV-p P</b>
	<b>P-v R</b>	<b>V-p R</b>	<b>EV-p R</b>
	<b>P-v corps</b> → « on est parlé »		

- P-v P** : Perception-évaluation du processus de Professionnalisation
- P-v R** : Perception-évaluation du processus de Réhabilitation
- V-p P** : Valeur-perception-du processus de Professionnalisation
- V-p R** : Valeur-perception-du processus de Réhabilitation
- EV-p P** : EValuation du processus de Professionnalisation
- EV-p R** : EValuation du processus de Réhabilitation

4.332 Une étape du parcours du stage : l'Expérience-Vécue Assimilation-Élaboration (un dispositif de cadrage des activités du patient)

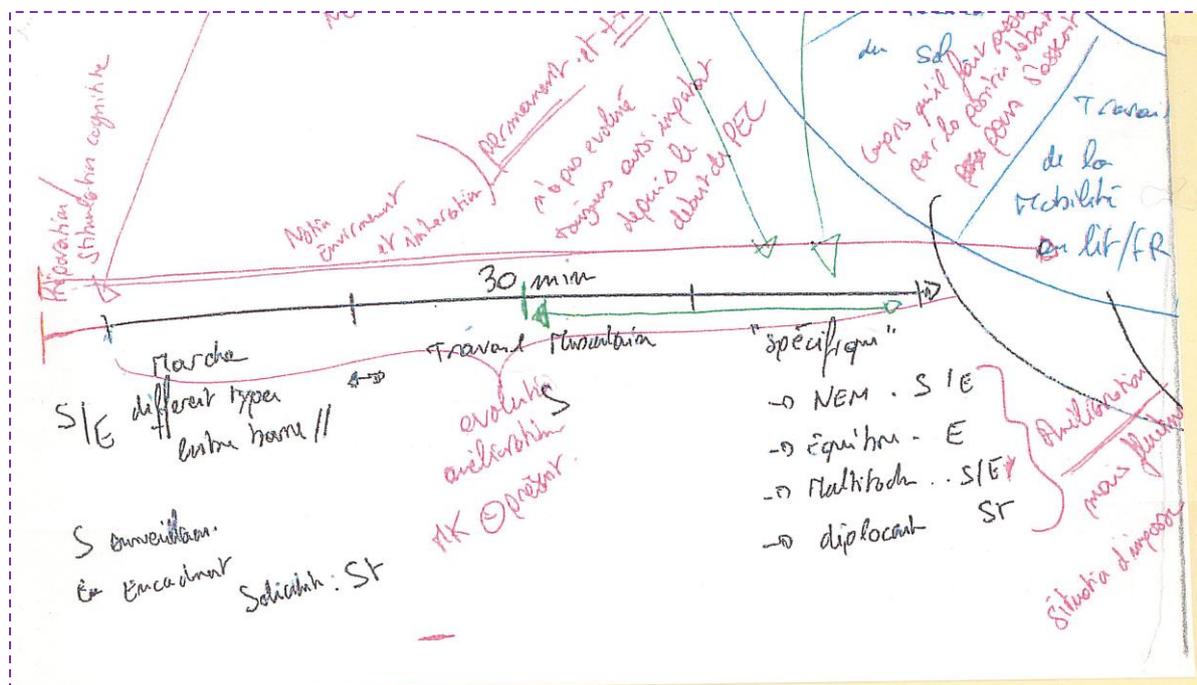


Figure 19 : Outil de recension (schéma d'action connexe au schéma cible) portant sur le processus de professionnalisation

L'outil de recension (Cf. Figure 20) montre l'organisation d'une séance type. Elle est scindée par Roman en quatre parties (vecteur de couleur noire) ; un temps de préparation (en rouge sur le même vecteur), la marche, puis le travail musculaire et enfin le « spécifique » qui correspond à la réalisation d'exercices de coordination et d'équilibre.

Le stagiaire a mis en place un dispositif de cadrage des activités neuromusculaires du patient (marche, travail musculaire et exercices spécifiques), en fonction des exercices une action de cadrage est réalisée (S surveillance, E encadrement, St sollicitation) ; en S le patient est relativement indépendant, en E puis St le patient est plus dépendant voire très dépendant de l'aide du stagiaire. Ce dispositif a permis au stagiaire de percevoir une évolution des capacités neuromusculaires du patient.

Vient se greffer au-dessus, un vecteur de couleur rouge qui prend en compte, les stimulations des fonctions cognitives de niveau supérieur (troubles de la mémoire, absences de prise de décision), sont permanentes. Les annotations en rouge afférentes au vecteur indiquent ; primo que sur le temps d'une séance, le monitoring se doit d'être constamment maintenu (permanent), secundo qu'il n'y a pas eu de progrès depuis le début de la prise en charge du patient par le stagiaire (3 semaines).

4.333 Un état des valuations-évaluations auprès du patient : l'horizon des apprentissages

Tableau 14 : Points de Réduction Expérientielle établis par le bipôle valuatif-perceptif / évaluatif (cas n°2)

Les étapes du tracé	Les PRExp/VPÉ											
	Lignes	P-v corps	V-p	P-v F	P-v R	V-p F	V-p R	EV-pF	EV-p R	P-v F/P-v R	V-p F/V-p R	EV-p F/ EV-p R
E-V Rupture	1	e						i				
E-V Enquête Exploration	2	e		i			e				e	
	3	e		i			e				e	
	4	e		i					e		e	
	5	e		i			e		e			
	6			i			e		e		e	
	7			i		i			e	e	e	
	8			i		i	e		e	e		
	9	e		i					e			
	10			i			i	e				
E-V Épreuve	11					i			e		e	
E-V Ressource	12	e		i			e	i				
	13						e	i				
E-V Assimilation élaboration	14			i					e			
	15			i			e					
	16			i					e			
	17			i			e					
	18			i			e		e			
	19			i							e	
	20			i			e					
	21			i			e					
	22			i			e					
	23			i						e	e	
	24			i						e	e	

PRExp/VPÉ : Point de Réduction Expérientielle établis par le bipôle Valuatif-Perceptif / Évaluatif.

i : interne

e : externe

**P-v P** : Perception-valuation du processus de Professionnalisation.

**P-v R** : Perception-valuation du processus de Réhabilitation.

**V-p F** : Valuation-perception du processus de professionnalisation.

**V-p R** : Valuation-perception du processus de Réhabilitation

**EV-p P** : Évaluation du processus de Professionnalisation

**EV-p R** : Évaluation du processus de Réhabilitation

**P-v P/ P-v R** : Perception-valuation des processus liés  
Professionnalisation/Réhabilitation.

**V-p P/ V-p R** : Valuation-perception des processus liés  
Professionnalisation/Réhabilitation.

**EV-p P/ EV-p R** : Évaluation des processus liés Professionnalisation/Réhabilitation.

## 4.34 L'horizon des soins

### 4.341 La position du cycle d'expérientiation étudié

Le discours du stagiaire sur ce segment de l'horizon (échelle temporelle macroscopique) est positionné au niveau de l'étape Expérience-Vécue Assimilation-Élaboration du parcours du stage (Cf. Tableau 15). Le cycle d'expérientiation étudié (échelle temporelle microscopique) se situe au niveau du schème 4→

Tableau 15 : Segment de l'horizon des apprentissages, lieu d'investigations (cas n°2)

« (inspiration Roman) enfin déjà, enfin moi, c'est le plus important que j'ai à l'heure qu'il est, enfin autonome dans ses déplacements, même dans la, même il pourrait faire sa toilette tout seul, même enfin aux invalides, cela ce n'est pas forcément nous, c'est plus avec les, (hésitation), les aides-soignants, les infirmières »		<b>EV-p P</b> D'avoir un objectif	<b>V-p R</b> D'une indépendance « <i>faire sa toilette tout seul</i> »
« et voilà, et il y a ce que, mais parfois, quand il est en charge il va trop vite (court silence), il ne contrôle pas assez ses mouvements, pas assez son équilibre, du coup enfin, il faut aussi le freiner enfin c'est donc de l'encadrement du coup (court silence) »	<b>E-V Assimilation Élaboration</b>	<b>iP-v P</b> D'avoir pratiqué du guidage réussite	<b>EV-p R</b> Perception d'un risque « <i>contrôle pas assez ses mouvements</i> »
« entre les barres tout seul! Alors qu'il avait plus de sécurité plus, mais en dynamique, surtout au début » Schème 1→		<b>P-v P</b> D'avoir utilisé des outils à bonne escient	<b>V-p R</b> D'une sécurisation
« mais maintenant cela va mieux, il fait plus attention il est plus lent (Roman ralenti son phrasé pour dire lent) dans ses gestes, il va, mais c'est (court silence) » Schème 2→		<b>P-v P</b> D'avoir observé	<b>EV-p R</b> D'une amélioration Gestes
« souci, souci non! Parce qu'enfin on est toujours là, et parce qu'on fait toujours attention (...) mais (hésitation) il faut lui dire "stop! «Arrête-toi!", "fait attention! » Schème 3→		<b>P-v P</b> D'avoir pratiqué du guidage	<b>V-p R</b> D'un risque Manque d'anticipation
<b>« et oui, non il n'y a pas eu de, je n'ai pas eu à, enfin je n'ai pas eu à m'interposer et (...) pour, pour contrer une chute</b> enfin et il va, il va, il va se relever, il va se redresser et il va dire "oui, c'est vrai", il va rigoler, et cela le fait rire! Schème 4→		<b>P-v P</b> D'avoir pratiqué du guidage et de la prévention des chutes	<b>V-p R</b> Stratégies de rattrapage <b>EV-p R</b> Manque de contrôle émotionnel
« parce que pendant l'autonomisation c'est tout ce qui est toilette et déplacements parce que l'autonomisation même si on fait du travail de la marche en séance c'est surtout, même si il peut être autonome en fauteuil enfin c'est surtout enfin, par rapport à cela ce n'est pas tant, si tu vois c'est l'autonomie enfin »		<b>P-v P</b> D'avoir on objectif la marche	<b>V-p P/ V-p R</b> D'une autonomisation dans les déplacements

#### 4.342 L'étude du cycle d'expérientiation T7/R7

**La conduite : «non il n'y a pas eu de, je n'ai pas eu à, enfin je n'ai pas eu à m'interposer et (...) pour, pour contrer une chute» portée par T7/R7**

##### **La genèse des cycles**

Elle a été suscitée chez le stagiaire par 5 facteurs ou conditions expérientielles : la tâche discrétionnaire issue du dispositif technique des soins, le but du schème, la tâche effective à partager ces deux facteurs sont en lien avec un besoin pragmatique partagé en rapport avec l'objet du soin : *les capacités d'équilibration*, le facteur qui suit, est celui d'une convergence de vues des acteurs qui se concrétisera au travers d'une Base d'Orientation (BO), le dernier facteur se rapporte aux savoirs/connaissances présumés mobilisés par le stagiaire.

*Le cadrage des activités par la tâche discrétionnaire le but du schème et la tâche effective à partager*

La tâche discrétionnaire, elle relève du projet thérapeutique, elle est émise par le prescripteur, elle s'énonce comme suit :

- > Traiter les fonctions relatives à la posture et aux déplacements pédestres

Le but du schème 1:

- > Apprécier la fonction posturale, psychomotrice et les réactions comportementales en lien avec un déséquilibre

Une tâche effective à partager qui appellera une collaboration des deux acteurs.

- > Éviter la chute

##### **L'activation d'une Base d'Orientation consacrée aux Soins Psychomoteurs de Réadaptation (BOSPR)**

La base d'orientation montre sur que la totalité des RPV 35 réseau (3) ont été utilisés. Ils se sont articulés avec un RPV (1) objet du soin et le RPV facteurs environnementaux. Les RPV ont généré des convergences de vue portant sur 1 fonction organique, 2 activités et participation, et 2 facteurs environnementaux.

La partie de la base d'orientation activée, englobe 3 Groupements de Matériaux Expérientiels (GME) (Cf. Tableau 16)

**Tableau 16 : Une utilisation de la BOSPR par le cycle d'expérientiation T7/R7**

Un état de la base d'orientation consacrée aux soins psychomoteurs de réadaptation			
<i>Les acteurs "s'entre-définissent" dans les intermédiaires qu'ils mettent en circulation</i>		RPV réseau	1 <sup>er</sup> GME
Convergence de vue	« contrôle des mouvements volontaires b7601»	RPV objet du soin	

<sup>35</sup> RPV : rapprochements des points de vue

<i>Qu'une identification des actions des agents est possible à travers la production qu'ils vont diffuser, dans et à travers le réseau</i>		RPV <i>réseau</i>	2 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« garder la position du corps d415 » « interactions de base avec autrui d710 »	RPV <i>objet du soin</i>	
<i>Un ensemble d'entités humaines et non humaines individuelles ou collectives (...) et les relations dans lesquelles elles entrent</i>		RPV <i>réseau</i>	3 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« professionnels de santé e355 » « attitude individuelle des professionnels de santé e450 »	RPV <i>facteurs environnementaux</i>	

Commentaires sur des convergences de vue et les GME :

(CIH-2) Fonctions de l'organisme : « contrôle des mouvements volontaires b7601 » concerne la fonction psychomotrice, la capacité à mouvoir selon sa volonté son corps. Le schéma corporel et le système neuromusculaire sont sollicités.

(CIH-2) les activités et participation : « garder la position du corps d415 » concerne la fonction psychomotrice, la capacité conserver une position (Cf. annexe) telles que, la position assise et la position debout. Le schéma corporel et le système neuromusculaire sont sollicités.

Le 1er GME créera des PRExp en lien avec la coordination des mouvements lors du rattrapage de la perte d'équilibre Le 2ème GME produira des PRExp en lien avec les capacités d'équilibration sollicitées lors des déplacements pédestre entre la barres parallèles, le 3ème GME créera des PRExp se rapportant aux contacts établis avec le stagiaire et l'influence qu'il peut avoir sur les comportements du patient lors des exercices.

### ***L'étayage du cycle d'expérimentation par les savoirs connaissances***

Le stagiaire a été en mesure de mobiliser des savoirs connaissances, qui lui ont permis d'étayer le cycle d'expérimentation et ce faisant, les modèles cognitif et/ou opératif ont été sollicités voire enrichis dont on peut percevoir l'affleurement au travers du discours.

L'Affleurement des Modèles Cognitif et Opératif (AfMCO) se manifeste dans le(s) fragment(s) de conduite :

- > « pour contrer une chute »

L'AfMCO est un indicateur, de savoirs connaissances mobilisables (Cf. encadré et annexe du cas) que le stagiaire aurait pu mobiliser à partir de ses modèles, ou intégrer à ses modèles cognitif et opératif, nous exposons ceux qui sont à même d'avoir été mobilisés en priorité :

[Un patient souffrant d'un syndrome de désadaptation psychomotrice (SDPM) peut se voir atteint par des perturbations qui associent des troubles posturaux (rétropulsion), des altérations non spécifiques de la marche, des anomalies neurologiques (akinésie, hypertonie

oppositionnelle, diminution des réactions d'adaptation posturale et des réactions parachutes) et troubles psychocomportementaux.] (PTV<sup>36</sup>)

[La présentation dominante de la clinique du SDPM est la rétropulsion] (PTV) (Cf. dossier patient)

(PTV) [La rétropulsion correspond à un déjettement du tronc en arrière en position assise, à une perte de la projection antérieure du tronc avec une position des pieds en avant au cours du passage assis-debout et à une tendance à la chute en arrière en orthostatisme]

(PTV) [La rétropulsion provoque une projection du centre de masse en arrière du polygone de sustentation, ce qui entrave la sécurité durant la marche]

(PTV) [Il est préconisé de réaliser des exercices de stimulation des réactions d'équilibration faisant suite au déplacement du centre de gravité (stratégie de cheville, de hanche et verticale) et de faire réapprendre les réflexes de protection chez le patient, qui permettront de limiter une chute ou d'en diminuer sa gravité]

### **L'opérationnalisation du cycle d'expérimentation T7/R7**

Elle passe par la création d'un sous-but qu'appuie, le cas échéant, un aphorisme ou concept en acte/pragmatique véhiculé par les propos tenus par l'équipe soignante, les tuteurs etc.

#### *Le sous but*

Anticiper la chute

#### *L'aphorisme, le concept en acte, CAct6 « contrer »*

Le CAct 6 « contrer » qui pilote les séquences posturo-motrices pour la prévention de la chute dans le but de réaliser si nécessaire une parade.

#### *Le théorème en acte T7*

Mon patient traumatisé crânien présente des rétropulsions, avec un risque de chute, lors de la déambulation entre les barres parallèles et ce, à cause d'un Syndrome de Désadaptation PsychoMotrice (SDPM)

#### *La règle d'action R7*

**Si** mon patient traumatisé crânien continue à être sujet, à des rétropulsions, avec un risque de chute, lors de la déambulation entre les barres parallèles et ce, à cause de son syndrome de désadaptation psychomotrice (SDPM)

**Alors** je devrai lui faire réaliser pour qu'il puisse participer activement à sa propre sécurité, des exercices d'équilibre dynamique (rattrapage de l'équilibre en position debout, passage d'obstacles, exercices d'assis-debout, de double-tâche, de marche avec variations de vitesse et de direction), tout en me tenant prêt à contrer sa chute en m'interposant entre lui et le sol.

---

<sup>36</sup> PTV : proposition tenue pour vrai

#### 4.343 Un état de rapprochement des points de vue avec le patient : l'horizon des soins

**Tableau 17 : Points de Réduction Expérientielle mus par l'Objet du Soin (cas n°2)**

Schème d'action ou d'enquête-exploration	Situation Professionnelle (SP)		
Base d'Orientation (B.O.) Pilotage	Construction de la SP par essaimage des Points de Réduction Expérientielle (PRExp)		
1 <sup>er</sup> GME (structure corporelle et fonctions de l'organisme)	PRExp/ObjSoin		
« contrôle des mouvements volontaires b7601 »	PRExp T7		
« puissance des muscles de la moitié inférieure du corps b7303 »		PRExp T8	
« puissance des muscles du tronc b7305 »		PRExp T8	
« coordination des mouvements volontaires b7602 »		PRExp T8	
« pertinence des émotions b1520 »			PRExp T9
« jugement, b1645 »			PRExp T9
2 <sup>ème</sup> GME (activités et participation)	PRExp/ObjSoin		
« garder la position du corps d415 »		PRExp T8	
« interactions de base avec autrui d710 »	PRExp T7	PRExp T8	
3 <sup>ème</sup> GME (facteurs environnementaux)	PRExp/ObjSoin		
« professionnels de santé e355 »	PRExp T7		
« attitude individuelle des professionnels de santé e450 »	PRExp T7		PRExp T9
Cycles d'expérientiation	T7/R7	T8/R8	T9/R9

GME: Groupement de Matériaux Expérientiels

PRExp: Point de Réduction Expérientielle

PRExp/ObjSoin : Points de Réduction Expérientielle mus par l'Objet du Soin

## 4.35 L'horizon des donations

4.351 L'étude du cycle d'expérientiation T7/R7 et la constitution d'une visée commune

**La conduite :** «*non il n'y a pas eu de, je n'ai pas eu à, enfin je n'ai pas eu à m'interposer et (...) pour, pour contrer une chute*» portée par T7/R7

**L'activité du stagiaire<sup>37</sup> :** 1<sup>er</sup> étape dans la constitution des agrégats expérientiels, détecter des champs expérientiels

La conduite narrée portée par T7/R7 s'est constituée en convoquant 7 champs expérientiels (Cf. Tableau 18). Ceux de la valuation, de la corporéité et de la réflexivité ont été les plus expérientés, avec au total 11 mises en mots ! L'activation des 7 champs a donné lieu à la production de 17 mises en mots !

**Tableau 18 : Des champs expérientiels intégrés au fonctionnement de T7/R7 (cas n°2)**

Des champs expérientiels dans leur participation à l'expérientiation de l'objet du soin	
Phase d'élaboration perceptive	Phase de l'intégration du contenu linguistique et de l'énonciation
Convergences de vue vers l'objet de soin <sup>38</sup> Convocation des champs expérientiels	Convergences de vue de l'objet de soin(C) Mises en mots
valuation	« <b>non il n'y a pas</b> eu de » SCH4 INF17 « je <b>n'ai pas</b> eu à, enfin je <b>n'ai pas</b> eu à » SCH4 INF18 « <b>pour contrer une chute</b> » SCH4 INF19 (5)
corporéité	« <b>je</b> n'ai pas eu à, enfin <b>je</b> n'ai pas eu à <b>m'interposer</b> » SCH4 INF18 (3)
réflexivité	« <b>je</b> n'ai pas eu à, enfin <b>je</b> n'ai pas eu à <b>m'interposer</b> » SCH4 INF18 (3)
technique de guidage et d'accompagnement relationnel	« <b>m'interposer</b> » SCH4 INF18 « <b>pour contrer une chute</b> » SCH4 INF19 (2)
technique instrumentale de soin	« <b>m'interposer</b> » SCH4 INF18 « <b>pour contrer une chute</b> » SCH4 INF19 (2)
technique d'observation clinique (tioclin.)	« <b>m'interposer</b> » SCH4 INF18 « <b>pour contrer une chute</b> » SCH4 INF19 (2)
valuation temporelle	« <b>enfin</b> je n'ai pas » SCH4 INF18 (1)

<sup>37</sup> Plus exactement, une reconstitution de la conduite du stagiaire.

<sup>38</sup> Les caractéristiques (CIH-2) relevées dans la base d'orientation des perceptions/valuations

**L'activité du stagiaire: 2<sup>ème</sup> étape, créer/produire des Points de Réduction Expérientielle (PRExp).**

Les PRExp répondent d'un classement qui est fonction des stratégies de mobilisation des champs expérientiels (Cf. Tableau 19).

**Tableau 19 : Des PRExp de T7/R7 mobilisés par le don/contre don (cas n°2)**

Un classement des PRExp et une formation d'agrégats expérientiels			
Stratégies expérientielles entrée par le/les systèmes d'activité	Fragments de conduite relatée visant le stagiaire		Fragments de conduite relatée visant le patient
		« je n'ai pas eu à, enfin je n'ai pas eu à m'interposer » SCH4 INF18	« pour contrer une chute » SCH4 INF19
Maillage interindividuel et/ou tuilage	PRExp de la valuation	PRExp de la valuation	PRExp de la valuation
1 <sup>er</sup> maillage individuel et tuilage	PRExp de la technique de guidage et d'accompagnement relationnel	PRExp de la technique de guidage et d'accompagnement relationnel	
2 <sup>ème</sup> maillage individuel et tuilage	PRExp de la technique instrumentale de soin	PRExp de la technique instrumentale de soin	
3 <sup>ème</sup> maillage individuel et tuilage	PRExp de la technique d'observation clinique	PRExp de la technique d'observation clinique	
tuilage	PRExp de la corporéité		
	PRExp de la réflexivité		
	PRExp de la valuation temporelle		

Agrégat par maillage interindividuel

Agrégat par maillage individuel

Tuilage

**Une interprétation en rapport avec la situation professionnelle et les systèmes d'activité**

Une tâche collective se dessine qui est composée de trois agrégats.

Un champ expérientiels sur sept, ce qui est très peu, participe à l'agrégat par maillages interindividuels, ce qui dénote la présence de relations interindividuelles (Barthe & Quéinnec, p.674), de rencontres entre les acteurs (Olry, 2015, p. 56°) centrées sur l'évaluation. Ce qui présuppose l'existence de tâches dépendantes voire mutuellement dépendantes, en vue de la mise en œuvre d'une activité de prévention du risque de chute. L'activité a nécessité une/des actions d'appréciation des déséquilibres et de leurs effets dont l'action ultime, contrer la chute, en fait partie comme suite à donner.

La médiation du champ expérientiel de la valuation a permis que la tâche collective se structure par couplage des systèmes d'activité des acteurs.

L'agrégat par maillage individuel rassemble les champs expérientiels relevant de la technique du soin, ce qui indique que des combinaisons d'actions ont constitué le socle de l'activité préventive. Cet agrégat a produit la moitié des PRExp de la tâche collective.

L'agrégat par tuilage prédomine dans la constitution de la tâche collective. L'agrégat met en avant très largement le système l'activité du stagiaire, il mobilise 6 champs expérientiels sur 7, il a produit ou a créé la presque totalité des PRExp. À noter, un sous agrégat remarquable en rapport avec un fragment de conduite du stagiaire, celui d'une valuation sur la survenue d'une chute ayant entraîné une intervention, indiquant que cette dernière n'a pas eu lieu jusqu'à présent. La totalité des champs expérientiels a été mobilisée, la complexité de la valuation de l'activité à visée préventive a appelé un recueil important de données expérientielles.

**L'activité du stagiaire: 3<sup>ème</sup> étape en vue de l'agencement des agrégats, utiliser les Points de Réduction Expérientielle (PRExp) pour s'entendre avec l'aidante familiale sur une visée commune.**

Les dons/contre-dons des Fragments de Conduites (FC) :

Le stagiaire a donné en partage, ses FC par l'entremise

- ⇒ de la valuation (du risque de chute suite à un déséquilibre lors d'un exercice de déplacement pédestre),
- ⇒ de sa corporéité (comme stagiaire membre de l'équipe soignante, en mesure d'appliquer des protocoles de soin en massokinésithérapie, comme la *réadaptation motrice globale* (Cf. annexe), capable d'assurer la sécurité du patient, en anticipant la chute, en l'accompagnant et en réduisant son impact),
- ⇒ de la réflexivité (la prise de distance en rapport avec son l'évaluation du risque de chute et sur ses capacités à assurer la sécurité du patient),
- ⇒ de la technique de guidage et d'accompagnement relationnel (sa position en rapport avec la perte d'équilibre, dans le but de faire prendre conscience au patient, le risque de chute encouru),
- ⇒ de la technique instrumentale de soin (la manière d'éviter la chute, par anticipation, par accompagnement du corps lors du déséquilibre, par réduction de son impact),
- ⇒ de la technique d'observation clinique (les *stratégies de rattrapage* (Cf. annexe) activées lors du déséquilibre),
- ⇒ de la valuation temporelle (entre le début du déséquilibre et le retour à l'équilibre, les fréquences des déséquilibres lors d'un exercice de déplacement pédestre).

Le patient a donné à en partage, ses FC par l'entremise,

- ⇒ des prémisses d'une aperception (du risque de chute suite à un déséquilibre lors d'un exercice de déplacement pédestre),
- ⇒ de sa corporéité (comme patient souffrant d'un syndrome de désadaptation psychomotrice, qui se manifeste par une décompensation de la fonction posturale, de la marche et des automatismes psychomoteurs)

- ⇒ des prémisses de sa réflexivité (par distanciation même minime sur son manque d'équilibre et les risques de chute encourus),
- ⇒ de la technique de guidage et d'accompagnement relationnel (d'accepter d'échanger avec le stagiaire sur sa peur de tomber),
- ⇒ de la technique instrumentale de soin (par sa capacité à utiliser les stratégies de rattrapage et de revenir en position debout par ses propres moyens),
- ⇒ de la technique d'observation clinique (par la perception des mouvements pouvant déclencher un déséquilibre),
- ⇒ des prémisses d'une aperception temporelle (de la durée entre le début du déséquilibre et le retour à l'équilibre)

#### Une visée commune

Valuer ses capacités à se rétablir par lui-même en cas de déséquilibre tout en conservant une possibilité de parade/*je suis en déséquilibre, mais je ne chute pas, je n'ai pas besoin d'aide*<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> La mise en italique signale l'apport du patient à la visée commune

4.352 Un état de travail coopératif avec le patient : l'horizon des donations

Tableau 20 : Points de Réduction Expérientielle convoqués lors des donations (cas n°2)

Schème d'action ou d'enquête-exploration		Situation Professionnelle (SP)							Cycles d'expérientiation
Base d'Orientation (B.O.) Pilotage		Construction d'une tâche collective par des Points de Réduction Expérientielle (PRExp)							
Donation	Fragments de conduite	PRExp/Don							
Don/ du stagiaire vers le patient	« je n'ai pas eu à, enfin je n'ai pas eu à m'interposer » SCH4 INF18	PRExp p T7 M/T	PRExp T7 M/T	PRExp T7 T	PRExp T7 T	PRExp T7 M/T	PRExp T7 M/T		T7/R7étudié
	« pour contrer une chute » SCH4 INF19	PRExp p T7 M/T	PRExp T7 M/T			PRExp T7 M/T	PRExp T7 M/T		
Contre don/du patient vers le stagiaire	« non il n'y a pas eu de » SCH4 INF17		PRExp T7 M/T						T8/R8
	« enfin et il va, il va, il va » SCH4 INF20	PRExp p T8 M/T	PRExp T8 M/T	PRExp T8 T				PRExp T8 T	
	« se relever » SCH4 INF21	PRExp p T8 M/T	PRExp T8 M/T						
	« se redresser »SCH4 INF22	PRExp p T8 M/T	PRExp T8 M/T						T9/R9
	« et il va dire » SCH4 INF23	PRExp p T9 M/T		PRExp T9 M/T					
	« oui, c'est vrai » SCH4 INF24	PRExp p T9 M/T	PRExp T9 M/T						
	« il va rigoler » SCH4 INF25	PRExp p T9 M/T	PRExp T9 M/T	PRExp T9 M/T					
		« et cela le fait rire! » SCH4 INF26	PRExp p T9 M/T	PRExp T9 M/T	PRExp T9 M/T		PRExp T9 T		
Champs expérientiels convoqués		la technique d'observation clinique	la valuation	la corporéité	la réflexivité	technique instrumentale de soin	La technique de guidage et d'accompagnement relation	la valuation temporelle	

						nel		
Fréquences	11	10	8	3	3	2	2	

PRExp : Point de Réduction Expérientielle

PRExp/Don : Points de Réduction Expérientielle convoqués lors des donations.

MT : Maillage interindividuel/Tuilage (violet)

M/T : Maillage individuel/Tuilage (orangé)

T : Tuilage

SCH : SCHème d'enquête exploration

#### 4.36 Le déploiement d'un espace transactionnel à venir (cas n°2)

Nous exposons l'ensemble des cycles d'expérimentation du schème d'action afin d'examiner s'ils sont les vecteurs de coactivités et de visées communes ce qui permet d'envisager, telle une condition de faisabilité, le déploiement d'un espace transactionnel.

Nous prenons en compte deux critères pour valuer la rationalité de la reconstitution.

- > L'emboîtement des GME et convergences de vue au sein des "récits reconstitués" des coactivités, chez les deux acteurs
- > La concordance des "récits reconstitués" des coactivités du binôme avec la visée commune

T/R : cycle d'expérimentation associant théorème en acte et règle d'action

Stg : stagiaire

Pt : patient

a, b, c : marquage des coactivités en fonction des cycles.

*La conduite* (liée à T7/R7): «non il n'y a pas eu de, je n'ai pas eu à, enfin je n'ai pas eu à m'interposer et (...) pour, pour contrer une chute »

##### Cycle étudié dans le cas

Visée commune : Valuer ses capacités à se rétablir par lui-même en cas de déséquilibre tout en conservant une possibilité de parade/*je suis en déséquilibre, mais je ne chute pas, je n'ai pas besoin d'aide*<sup>40</sup>

- ⇒ Coactivité stg a : Le stagiaire (3<sup>ème</sup> GME e355) a observé le patient en position de déséquilibre (3<sup>ème</sup> GME d710) et il a constaté à chaque fois qu'il arrivait à contrôler ses mouvements pour se rééquilibrer (1<sup>er</sup> GME b7601), et qu'il n'avait pas eu besoin d'intervenir avec un geste de parage (3<sup>ème</sup> GME e450)
- ⇒ Coactivité pt. a : Dans le cadre des exercices supervisés par le stagiaire (3<sup>ème</sup> GME e355 et 2<sup>ème</sup> GME d710), je me suis trouvé plusieurs fois en position de déséquilibre, et à chaque fois j'ai su contrôler mes mouvements et recouvrer mon équilibre (1<sup>er</sup> GME b7601) sans l'aide du stagiaire (PS-3<sup>ème</sup> GME e450))

Résultat : l'emboîtement des GME / convergences de vue au sein des "récits reconstitués" des coactivités est réalisé. La concordance des "récits" des coactivités du binôme avec la visée commune est assurée.

*La conduite* (liée à T8/R8): «enfin et il va, il va, il va se relever, il va se redresser »

Visée commune : Valuer lors des exercices la positivité des réactions d'adaptation posturale et les réactions parachutes (stratégies de rattrapage) en cas de déséquilibre /*je suis en déséquilibre, et j'arrive à me redresser et au final à reprendre mon équilibre*<sup>41</sup>

<sup>40</sup> La mise en italique signale l'apport fonctionnel du patient à la visée commune

<sup>41</sup> Idem

- ⇒ Coactivité stg. b : le patient observé lors des exercices (2<sup>ème</sup> GME, d710) est en capacité de rattraper son équilibre (2<sup>ème</sup> GME d415) de se relever et de se redresser (1<sup>er</sup> GME b7303, b7305 et b7602)
- ⇒ Coactivité pt. b : Dans le cadre des exercices au contact du stagiaire (2<sup>ème</sup> GME d710), je me suis trouvé plusieurs fois en position de déséquilibre, à chaque fois, j'ai été capable de me rattraper, de conserver mon équilibre (2<sup>ème</sup> GME d415) en me relevant et en me redressant (1<sup>er</sup> GME b7303, b7305 et b7602)

Résultat : l'emboîtement des GME / convergences de vue au sein des "récits reconstitués" des coactivités est réalisé. La concordance des "récits" des coactivités du binôme avec la visée commune est assurée.

La conduite (liée à T9/R9): «et il va dire "oui, c'est vrai" il va rigoler, et cela le fait rire! »

Visée commune : Valuer l'estimation du risque de chute chez le patient (pertinence des émotions, jugement) immédiatement après qu'un déséquilibre soit survenu lors d'un exercice / *réagir au questionnement du stagiaire en s'exprimant sur ce qui vient de se produire et qui me concerne*<sup>42</sup>

- ⇒ Coactivité stg. c : Le stagiaire a observé et valué (3<sup>ème</sup> GME 450) les réactions comportementales du patient face au danger de chute après qu'il eut repris son équilibre (1<sup>er</sup> GME, b1520, b1645)
- ⇒ Coactivité pt. c : j'ai réagi en présence du stagiaire. (3<sup>ème</sup> GME e450), après que j'eus repris mon équilibre, en portant mon regard sur mon comportement face au danger de chute (1<sup>er</sup> GME, b1520, b1645)

Résultat : l'emboîtement des GME / convergences de vue au sein des "récits reconstitués" des coactivités sont réalisées. La concordance des "récits" des coactivités du binôme avec la visée commune est assurée.

Les cycles d'expérientiation T7/R7, T8/R8, T9/R9

L'activité du patient vue par les possibilités d'inférence

Elle est conditionnée par sa capacité à éviter la chute (SCH4 INF17). La réactivité de la fonction posturo-motrice a été efficiente (SCH4 INF20, 21, 22), l'activité du patient laisse paraître une avancée dans la sécurisation des postures et déplacements. Les réactions qui ont suivies sur le plan verbal ont montré l'adéquation de son jugement sur la réalité de ce qui venait de lui arriver (SCH4 INF24, 25) alors que sur le plan émotionnel a posteriori, son comportement face au risque de chute qui vient de se produire est inadapté (SCH4 INF 25, 26).

L'activité du stagiaire vue par les possibilités d'inférence

Le stagiaire n'intervient pas, il se contente d'observer. Il établit des constats, le jugement du patient sur la réalité du déséquilibre est adapté, en revanche le comportement qui semble transparaître sur le plan émotionnel lui fait craindre des prises de risques inconsidérées poussées peut-être par le besoin de relever un défi ; la fonction posturo-motrice est efficiente, des stratégies de rattrapage sont mises en

<sup>42</sup> La mise en italique signale l'apport fonctionnel du patient à la visée commune

œuvre avec réussite. Cette série de constatation se trouvent synthétisées par le fait qu'il conserve une approche précautionneuse puisqu'il indique, qu'il a envisagé de porter assistance au patient, par une manœuvre de parage de la chute (SCH4 INF18, 19)

#### Synthèse

L'activité de rattrapage de l'équilibre et les réactions du patient ainsi que son comportement face au danger de chute ont été observé avec précision et évalués. Il y a eu concomitance des deux activités qui se sont confortées l'une l'autre.

### 4.37. Le croisement des horizons

4.371 Le schème d'enquête-exploration et l'objet du soin activateurs d'un espace transactionnel

Ils rendent possible un rapprochement des horizons des apprentissages, des donations et des soins.

Cette synthèse expérientielle est en lien avec une personne atteinte d'une pathologie et en regard d'un objet du soin, la concernant.

4.372 L'interactivité relationnelle / les visées communes

- ❖ Valuer ses capacités à se rétablir par lui-même en cas de déséquilibre tout en conservant une possibilité de parade/*je suis en déséquilibre, mais je ne chute pas, je n'ai pas besoin d'aide*<sup>43</sup>
- ❖ Valuer lors des exercices les réactions d'adaptation posturale et les réactions parachutes (stratégies de rattrapage) en cas de déséquilibre /*je suis en déséquilibre, et j'arrive à me redresser et au final à reprendre mon équilibre*<sup>44</sup>
- ❖ Valuer l'estimation du risque de chute chez le patient (pertinence des émotions, jugement) immédiatement après qu'un déséquilibre soit survenu lors d'un exercice / *réagir au questionnement du stagiaire en s'exprimant sur ce qui vient de se produire et qui me concerne*<sup>45</sup>

4.373 L'interactivité pragmatique / un schéma d'action d'une situation professionnelle

C'est un tableau de bord qui permet de piloter la mise en œuvre de la situation professionnelle au jour le jour. Un réglage des interactions des processus de professionnalisation et de réhabilitation peut s'opérer en regard de l'objet du soin (les capacités de préservation de l'équilibre) grâce à une visée simplifiée de la situation professionnelle que donnent les horizons.

La situation professionnelle fait montre d'une organisation qui établit une liaison entre deux états d'équilibre séparés par la survenue d'un événement, l'inclusion du déséquilibre n'est pas un événement totalement prévisible.

La situation professionnelle :

---

<sup>43</sup> La mise en italique signale l'apport de la patiente à la visée commune

<sup>44</sup> Idem

<sup>45</sup> Idem

C'est donner au patient la possibilité de réapprendre à ajuster la pertinence de ses réactions cognitives et émotionnelles en regard du risque de chute et donc d'améliorer son appréciation du risque dans ce domaine

C'est stimuler les réactions de rattrapage. Elles se déroulent en deux temps (dans un fondu-enchaîné) tout d'abord celui du relevé par l'utilisation des muscles des membres inférieurs puis celui du redressé par l'emploi de la musculature du tronc

**Tableau 21 : Un schéma d'action d'une situation professionnelle comprenant 2 cycles d'expérimentation R8/T8 et R9/T9 (cas n°2)**

La situation professionnelle : la stimulation des capacités de préservation de l'équilibre chez un patient traumatisé crânien <sup>46</sup>						
horizon temporel des expériences vécues	Période de l'hospitalisation dans le service de MPR					
Le tracé du parcours de stage (horizon des apprentissages) PRExp/App	Assimilation élaboration					
Les segments temporels (horizon des donations) PRExp/Don	(t0)	(t1)	(t2)		(t3)	(t4)
	État d'équilibre A	<b>déséquilibre</b>	Rattrapage se relever      se redresser		Émettre un jugement	Réagir par un comportement chargé d'émotion : rire !
Les structures organiques (horizon des soins) PRExp/ObjSoin 1 <sup>er</sup> GME « contrôle des mouvements volontaires b7601 » « puissance des muscles de la moitié inférieure du corps b7303 » « puissance des muscles du tronc b7305 » « coordination des mouvements volontaires b7602 » « pertinence des émotions b1520 » « jugement, b1645 »		Les membres inférieurs Les fonctions cognitives de niveau supérieur	Les membres inférieurs Le rachis		Les fonctions cognitives de niveau supérieur	
Les techniques du soin /actions du patient (horizon des soins) PRExp/ObjSoin 2 <sup>ème</sup> GME « garder la position du	Action patient : Déambule entre les barres parallèles	Action patient : Déambule entre les barres parallèle un déséquilib	Actions patient : Stratégies de rattrapage Actions stagiaire : Se tient prêt à parer la chute Observe et value		Action patient : Il porte un jugement sur action Action stagiaire : Valuation du jugement et du contrôle émotionnel	

<sup>46</sup> Les exercices de déambulation entre les barres parallèles : la survenue d'un déséquilibre entre deux états d'équilibre

corps d415» « interactions de base avec autrui d710 »		re survient	concomitamment la stratégie de rattrapage par l'intermédiaire du CAct 7 « le relevé- redressé »	Il observe et value l'auto-jugement et le comportement qui lui est associé par l'intermédiaire du Cact8 « jauger »	
Les facteurs environnementaux PRExp/ObjSoin 3 <sup>ème</sup> GME « professionnels de santé e355 » « attitude individuelle des professionnels de santé e450 »	Action stagiaire guidage : Se tient prêt à parer la chute par l'intermédiaire du CAct 6 « parer »				

Il est possible de donner à voir, si la reconstitution de la visée simplifiée de la situation professionnelle en devenir, est du domaine du possible en prenant 2 critères ou processus :

- > La congruence qui s'est opérée entre les composants horizons.
- > La projection concordante des horizons sur l'horizon temporel des expériences vécues lors du stage avec le patient et en lien avec l'objet du soin.

Résultat :

La congruence et la projection concordante sont réalisées et soutiennent la faisabilité de la reconstitution de la visée simplifiée.

#### 4.374 L'interactivité épistémique<sup>47</sup> / les théorèmes en acte

T7 Ce patient traumatisé crânien présente des rétropulsions, avec un risque de chute, lors de la déambulation entre les barres parallèles et ce, à cause d'un Syndrome de Désadaptation PsychoMotrice (SDPM)

T8 Ce patient traumatisé crânien souffre de troubles de l'équilibre qu'il arrive à contrôler, néanmoins le risque de chute reste présent

T9 Ce patient traumatisé crânien souffre de troubles comportementaux et du jugement ce qui entraîne chez lui des prises de risque parfois inconsidérés

#### 4.375 Un espace transactionnel régit par un concept organisateur et un Objet Clinique à Partager

Le schème d'enquête–exploration, muni d'un concept organisateur ouvre un espace transactionnel, mais sans contenu il ne peut fonctionner.

L'espace transactionnel ne peut se concevoir sans un contenu dont il doit assurer le déplacement au sein de l'espace.

Le concept organisateur, détermine la configuration des objets qui y transitent

L'objet du soin est l'entité qui été visée par le stagiaire et la patiente comme étant son la stimulation des capacités de préservation<sup>48</sup> de l'équilibre chez un patient traumatisé crânien.

L'objet du soin est remanié par le concept organisateur.

Le principe organisationnel sera celui du « *partage*<sup>49</sup> avec le patient ».

Le résultat du remaniement voit la conceptualisation d'un objet adapté à l'espace transactionnel, l'Objet Clinique à Partager (O.C.P.) : des capacités de préservation de l'équilibre

#### 4.376 La genèse d'un instrument dans un espace transactionnel

##### ***Le processus de concrétisation***

*L'organisation des composants de l'instrument : en inclusion et avec des agencements modulaires*

L'objet technique concret (Cf. Tableau), que nous avons défini par sa trame temporelle comme en *inclusion et avec des agencements modulaires* répond aux caractéristiques de concrétisation, de cohérence interne, et d'incorporation d'une partie du monde naturel. Il est intercalé entre deux événements ou déséquilibres. Il est composé d'un

---

<sup>47</sup> L'interactivité épistémique est essentiellement portée par le stagiaire étant donné les troubles du patient, néanmoins celui participe aux buts assignés par le stagiaire ne faisant preuve d'une compréhension du danger de chute qu'il encourt lors des séances de rééducation.

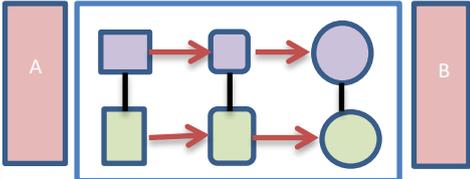
<sup>48</sup> Les exercices de déambulation entre les barres parallèles : la survenue d'un déséquilibre entre deux états d'équilibre

<sup>49</sup> En partage. Comme don naturel. *Avoir, donner, recevoir qqc. en partage; échoir, tomber, revenir en partage à qqn.* © 2012 - CNRTL

ensemble de modules qui chacun ont une fonction d'appréciation du risque de chute : la fonction posturo-motrice, et la fonction de planification de l'action incluant, le jugement et la pertinence des émotions (comme alerteur de la présence du danger).

La mise en synergie de ces modules fait que Roman se trouve en mesure de jauger du risque de chute chez son patient et de jauger l'appréciation du risque qu'en fait son patient. La partie du monde naturel, qu'a côtoyé Roman, se trouve être l'OCP, *la récupération/préservation des capacités d'équilibration*. La fonction perceptive de l'objet technique concret est prédominante, puisque de Roman n'a jamais eu besoin de parer la chute de son patient. Roman utilise un instrument de prévention du risque de chute

**Tableau 22 : L'instrument de prévention fabriqué par le stagiaire (cas n°2)**

L'OCP et l'OCP transformé (milieu associé : une partie du monde naturel)	L'objet technique concret (composants : trames temporelles et contenus)	L'instrument (forme perceptive)
Roman Schème 4 → But : fonctions : posturo motrice et cognitive de niveau supérieur lors d'un déséquilibre <b>OCP</b> : la récupération/préservation des capacités d'équilibration. <b>OCP transformé</b> : La récupération/préservation des capacités d'équilibration par les stratégies de rattrapages et l'estimation du risque de chute	En inclusion et avec des agencements modulaires 	Instrument de prévention

Codifications :

Patient : carré violet

Stagiaire : carré vert

## 4.4 Étude de cas n°3

### 4.41 L'extrait issu des entretiens

Étude de cas n°3

Synthèse éditée par Sonal (v.2.0) : 00:59 > 01:33

Filière professionnelle: massokinésithérapie

Parcours formation: troisième année de formation

Champ d'investigation clinique: la neurologie

Tag(s): situation, troubles de la mémoire, prendre des décisions, trouble de la mémoire antérograde

Roman : « *il a des troubles de la mémoire antérograde, il ne se souvient de rien, enfin et alors qu'il a des, qu'il a des, qu'il a pas mal de flashs enfin, avant, enfin pas des flashs mais, avant son accident il savait ce qu'il faisait, il savait, enfin sa situation où est-ce qu'il habitait, pourquoi il était là-bas, enfin (court silence) mais cela va il a des troubles de la mémoire depuis je pense, enfin en tout cas depuis que je l'ai en charge, depuis que, il est là c'est cela, et, des troubles (hésitation) enfin, je ne sais pas si on peut appeler cela comme cela? Je n'ai pas le terme précis, il n'arrive pas à prendre de décision par lui-même »*

### 4.42 Présentation du patient et de sa pathologie

Étude de cas n°3

#### **MOTIF D'HOSPITALISATION**

Rapprochement familial de la région parisienne et poursuite de la rééducation après traumatisme crânien grave survenu le 28/02/2014

#### **MODE DE VIE**

Patient âgé de 22 ans, célibataire, ayant un BAC PRO d'électrotechnique.

#### **HISTOIRE DE LA MALADIE**

**Le 28/02/2014**, vers minuit, accident de la voie publique en tant que passager d'un véhicule léger. Le patient est immédiatement pris en charge avec une désincarcération de longue durée.

**Le 03/09/2014**

Sur le plan clinique, le patient présente des troubles frontaux. Il est capable de sonner, d'appeler mais il ne prend aucune initiative. Présence d'une boulimie lorsqu'on lui

présente le plateau repas. Sur le plan sphinctérien, il porte des protections, n'est pas continent mais commence de façon non systématique à appeler pour dire qu'il souhaite aller aux toilettes. Pour la toilette et l'habillage, il participe sous guidance rapprochée et doit être aidé.

En rééducation, peu ou pas d'initiative. Commence à faire des calculs très simples. La critique de phrases absurdes est possible de façon correcte. La dénomination est bonne mais globalement il reste une adhésivité majeure avec troubles de l'attention, de la concentration, de l'exploration de l'espace.

Le patient est très fatigable bien que cela diminue. Il commence à marcher avec un déambulateur axillaire de façon très cérébelleuse et automatique. Il a tendance au déséquilibre vers la gauche. Il commence à travailler aussi l'équilibre assis

### **EXAMEN CLINIQUE D'ENTREE**

Le 09/09/2014, nous sommes à 6 mois du traumatisme crânien grave initial et à 45 jours de la dernière intervention neurochirurgicale. Il est souriant, calme, content d'être là. Gros trouble d'orientation spatiale. Il répond sur sollicitations à sa date de naissance. Lenteur d'idéation. Gros troubles mnésiques. Il peut aider pour faire ses transferts. Il n'y a pas nécessité de lève-malade.

### **AU TOTAL**

J+ 6 mois d'un traumatisme crânien grave.

Patient qui devra bénéficier de kinésithérapie, ergothérapie, neuropsychologie et psychomotricité. Une reconstruction crânienne sera à envisager très à distance compte-tenu de l'épisode infectieux initial. Le projet thérapeutique a été expliqué au patient et à ses parents présents qui ont donné leur accord.

### **Staff multidisciplinaire du 16/09/2014**

Début de prise en charge multidisciplinaire

Le patient est perturbé par un oubli au fur et à mesure des faits et gestes qu'il effectue dans la journée. Grosse désorientation spatiale et temporelle Le patient est agréable. Il sourit beaucoup. Il aide beaucoup. En ergothérapie, apragmatisme. Troubles de la mémoire de travail. Désorientation temporo spatiale. Petite limitation articulaire de l'épaule gauche (hémiparésie gauche initiale). Sur le plan social, il s'agit bien d'un accident en service. Le patient bénéficiera d'une pension militaire d'invalidité. En kinésithérapie, équilibre précaire. Peut marcher dans les barres parallèles mais rétro pulsion.

## 4.43 L'horizon des apprentissages

### 4.431 Le parcours du stage

Tableau 23 : Le tracé du parcours du stage (cas n°3)

Événement : la prise en soin massokinésithérapique d'un patient traumatisé crânien			
Objet du soin : l'autonomie au quotidien			
Le stagiaire relate ses conduites	E-V	Points de réduction expérientielle	
		interne	externe
		« <i>ce qui se fait ici</i> » <sup>50</sup> (perception) Corps-cerveau	« <i>ce qui se fait là-bas</i> » (Ibid., p. 8) (perception) Milieu associé
Roman: « oh là, oh là, alors j'ai fait (hésitation) un stage, enfin (long silence), j'ai fait de la rhumato, pédiatrie, traumato oui (hésitation) j'ai fait eh bien ma patiente mémoire c'était une "brulée", donc j'ai fait un stage chez les brulés (...) J'ai fait un peu de neuro, mais plus tout ce qui est hémiplégique, tout ce qui est, para, tétra, un peu, mais là un traumatisé crânien comme cela, oui » Le chercheur : cela c'était le premier patient que vous aviez comme cela? Roman: comme cela oui, à ce niveau-là oui	E-Rupture	V-p P transition Patient traumatisés crânien	P-v corps → « on est parlé » « à ce niveau-là oui »
« <i>au niveau mnésique c'est (hésitation) cela n'a pas, enfin (court silence) cela n'a pas changé, je dirais que cela n'a pas changé, même, je suis allé le voir, un matin très tôt, je suis allé le voir un matin très tôt et, "je lui ai dit, oui (hésitation) d'ici une trentaine de minutes, est-ce que tu pourras descendre tout seul?</i> <i>Je te mets ta montre comme cela tu auras un repère, je lui ai proposé de lui laisser un mot, je lui ai laissé sur sa table devant lui pour qu'il s'en rappelle, et il m'a dit, non cela allait, et je le retrouve dans sa chambre et je lui ai demandé s'il se souvenait si j'étais passé vingt minutes plus tôt, il ne souvenait pas</i> »	Enquête-exploration	V-p P D'avoir pratiqué en laissant un repère Étonnement	EV-p R De l'oubli
« <i>c'est comme oui, on sait qu'il y a de la vie parce que l'on voit, enfin j'ai déjà rencontré sa mère, j'ai rencontré son amie, et le lendemain je lui demande si il a eu de la visite? Si c'est, s'il a passé une bonne fin d'après -midi il dit "qu'il ne s'en rappelle plus" »</i>		V-p P D'avoir pratiqué en se cherchant des repères Étonnement	V-p P / V-p R « <i>cela n'a pas changé</i> »
		P-v P <i>on sait qu'il y a de la vie parce que l'on voit</i>	V-p R De l'oubli

<sup>50</sup> Barbaras, 2009, p. 8

<p>« mais hé bien justement, enfin hier (hésitation) c'était une séance avec Elisabeth et moi, je lui ai demandé mais "montre-moi l'exercice que tu faisais" avec Elisabeth oui "montre-moi l'exercice que tu faisais avec Edouard, il y a environ deux minutes?" et il ne savait pas, il ne sait même pas, enfin ce n'est pas une blague, n'importe lequel de la séance, enfin il ne sait pas! »</p>	<p>V-p P D'avoir pratiqué en montrant un repère Étonnement t</p>	<p>V-p R De l'oubli V-p P/ V-p R « montre-moi l'exercice que tu faisais »"</p>
<p>« dans ce sens-là enfin, ce n'est pas, un frontal classique où, il va dire ce qu'il pense de nous parce qu'il ne va pas se tourner vers les autres et, tu vois? Même pour demander son chemin ou, (court silence) il ne va pas (court silence) c'est sa prise d'initiative tu sais »</p>	<p>P-v P D'avoir observé P-v corps → « on est parlé » « il va dire ce qu'il pense de nous »</p>	<p>V-p R D'un isolement P-v corps → « on est parlé » « ce n'est pas un frontal classique » « pas se tourner vers les autres »</p>
<p>« s'il demandait aux personnes où est-ce que c'est? Si il avait l'initiative de demander de, après c'est peut-être dans sa nature parce qu'il est timide qu'il ne va pas, qu'il ne va pas vers les autres et tout mais cela pourrait être, et il ne le fait pas! cela pourrait être une solution voilà»</p>	<p>P-v P D'avoir observé</p>	<p>V-p R D'un isolement P-v corps → « on est parlé » « il est timide »</p>
<p>Le chercheur : il ne demande pas d'aide, il demande (hésitation) oui Roman : « il va être là, et (court silence) il va regarder le quai! enfin il va (hésitation), parfois, parfois, il se reprend, je me rappelle, enfin du chemin en passant par la rotonde (...) il va partir d'un côté il va regarder et vous dire "ha non c'est de l'autre côté" cela peut lui arriver aussi (court silence) mais c'est plus rare c'est plus rare »</p>	<p>P-v P D'avoir observé</p>	<p>V-p R De l'oubli V-p P/ V-p R guidage</p>
<p>« il a des troubles de la mémoire antérograde, il ne se souvient de rien, enfin et alors qu'il a des, qu'il a des, qu'il a pas mal de flashs enfin, avant, enfin pas des flashs » Schème 1 →</p>	<p>P-v P D'avoir observé</p>	<p>V-p R De l'oubli</p>
<p>« mais, avant son accident il savait ce qu'il faisait, il savait, enfin sa situation où est-ce qu'il habitait, pourquoi il était là-bas, enfin (court silence) » Schème 2 →</p>	<p>P-v P D'avoir observé Étonnement</p>	<p>V-p R « avant son accident il savait »</p>
<p>« mais cela va il a des troubles de la mémoire depuis je pense, enfin en tout cas depuis que je l'ai en charge, depuis que, il est là c'est cela » Schème 3 →</p>	<p>V-p P « depuis que je l'ai en charge »</p>	<p>V-p R Continuité</p>
<p>« et, des troubles (hésitation) enfin, je ne sais pas si on peut appeler cela comme cela? Je n'ai pas le terme précis, il n'arrive pas à prendre de décision par lui-même » Schème 4 →</p>	<p>EV-p P De non connaissance</p>	<p>V-p R Absence décision P-v corps → « on est parlé »</p>

<p>Roman: « sur la stimulation du patient tout le temps, tout le temps, que ce soit Édouard, Élisabeth, moi, tout le temps, tout le temps, tout le temps »  Le chercheur: stimulation verbale?  Roman: « plus, plus, plus, permanente (...) oui, enfin (silence) »  Le chercheur: sans arrêt en train de lui dire, quelque chose, ou le guider manuellement?  Roman: « non, enfin (hésitation) même lui poser des questions, essayer de se souvenir, essayer de (hésitation, silence) oui qu'est-ce que l'on a fait il y a cinq minutes? Quel exercice tu as fait pendant la séance? »  Le chercheur: tout de suite il oublie  Roman: « oui » 12</p>	<b>E-V Épreuve</b> <b>E-V Assimilation</b>	<b>P-v P</b> D'avoir pratiqué des stimulations en continue	<b>EV-p R</b> <sup>51</sup> De l'oubli « stimulation du patient tout le temps »
<p>Le chercheur : vous allez le chercher dans sa chambre?  Roman : « oui parce que cela n'est pas possible autrement, j'essaie de plus en plus de lui dire « vas-y sort et on se retrouve en bas », je vais le chercher parce que, si, il ne va pas regarder l'heure, il ne va pas se dire « ah j'ai un rendez-vous ! », « ah j'ai », donc je vais lui dire que, il y a rééducation, je vais lui dire, « vas-y! », déjà je vais essayer, je suis à la sortie de la chambre par exemple tous les jours »</p>		<b>V-p P</b> D'avoir stimulé par un rappel « qu'est-ce que l'on a fait »	<b>V-p P/ V-p R</b> « lui poser des questions »
<p>« enfin j'essaie lui dire "écoute c'est dans enfin, maintenant je lui dis moins mais c'est toujours dans ce sens-là! Et il va sortir de sa chambre tout seul, parce qu'il va se déplacer au plateau tout seul, et cela va être (court silence), "il faut aller à droite ou à gauche?", "eh bien je ne sais plus, je ne me rappelle plus" »</p>		<b>V-p P</b> D'avoir pratiqué des stimulations Échec	<b>V-p R</b> De l'oubli « il ne va pas se dire « ah j'ai un rendez-vous ! »
<p>Le chercheur: et cela ça été aidant pour vous? Dans la relation à lui?  Roman : « avec lui, qu'il soit volontaire, ah oui! »  Le chercheur : autrement cela aurait été compliqué ?  Roman: (hésitation) enfin oui, franchement j'avoue, oui, je ne sais pas trop comment j'aurais réagi, une stimulation permanente avec quelqu'un qui réponds pas (hésitation, silence) je ne sais pas, de toute façon cela aurait été, enfin, je m'en serais sorti, j'aurais, et voilà (silence) je pense que cela aurait été oui, une difficulté supplémentaire.</p>		<b>V-p P</b> D'avoir pratiqué des stimulations Échec	<b>V-p R</b> De l'oubli « je ne me rappelle plus » <b>V-p P/ V-p R</b>
<p>« il faut de la patience (...) oui, mais, la patience avec lui cela va, parce qu'il est (long silence) comment dire? il ne va jamais s'opposer en fait, il va être volontaire, tout le temps, tout le temps, tout le temps, il va faire les choses même si, même si il ne va pas s'en rappeler, même si cela va être difficile, il va le faire, il va essayer, et c'est (silence) oui, il faut de la patience (voix chuchotée ) »  « enfin, surtout avec c'est "tu te rappelles pas machin? " eh bien, ah c'est bon on voit qu'il y a des troubles, allez, on y va, on y va, on y va »</p>	<b>E-V Ressource</b>	<b>EV-p P</b> D'avoir pratiqué des stimulations Aider par le patient	<b>P-v P/ P-v R</b> Continuité Volontaire « je ne sais pas trop comment j'aurais réagi »,
<b>P-v P</b> Effort de patience D'avoir pratiqué des stimulations Aider par		<b>P-v</b> corps → « on est parlé » « il va le faire » Continuité dans l'effort Volontaire <b>V-p P/ V-p R</b> allez, « on y va, on y va, on y va »	

<sup>51</sup> Par le tuteur et le stagiaire

			V-p R Oubli
Le chercheur: donc là vous avez revu votre rôle de kiné en quelque sorte là? Roman: « oui, mais cela, enfin pour le coup, enfin, cela me paraissait être, c'est peut-être inconscient mais cela me paraissait naturel de, enfin de, » 17		P-v P métier	

	Pôle évaluatif-perceptif		Pôle évaluation
Système d'activité	<b>P-v P / P-v R</b>	<b>V-p P / V-p R</b>	<b>EV-p P / EV-p R</b>
Activité	<b>P-v P</b>	<b>V-p P</b>	<b>EV-p P</b>
	<b>P-v R</b>	<b>V-p R</b>	<b>EV-p R</b>
	<b>P-v corps</b> → « on est parlé »		

**P-v P** : Perception-valuation du processus de Professionnalisation

**P-v R** : Perception-valuation du processus de Réhabilitation

**V-p P** : Valuation-perception-du processus de Professionnalisation

**V-p R** : Valuation-perception-du processus de Réhabilitation

**EV-p P** : EValuation du processus de Professionnalisation

**EV-p R** : EValuation du processus de Réhabilitation

4.432 Des étapes du parcours de stage : les Expériences-Vécues Épreuve et Assimilation/Élaboration (la continuité des troubles)

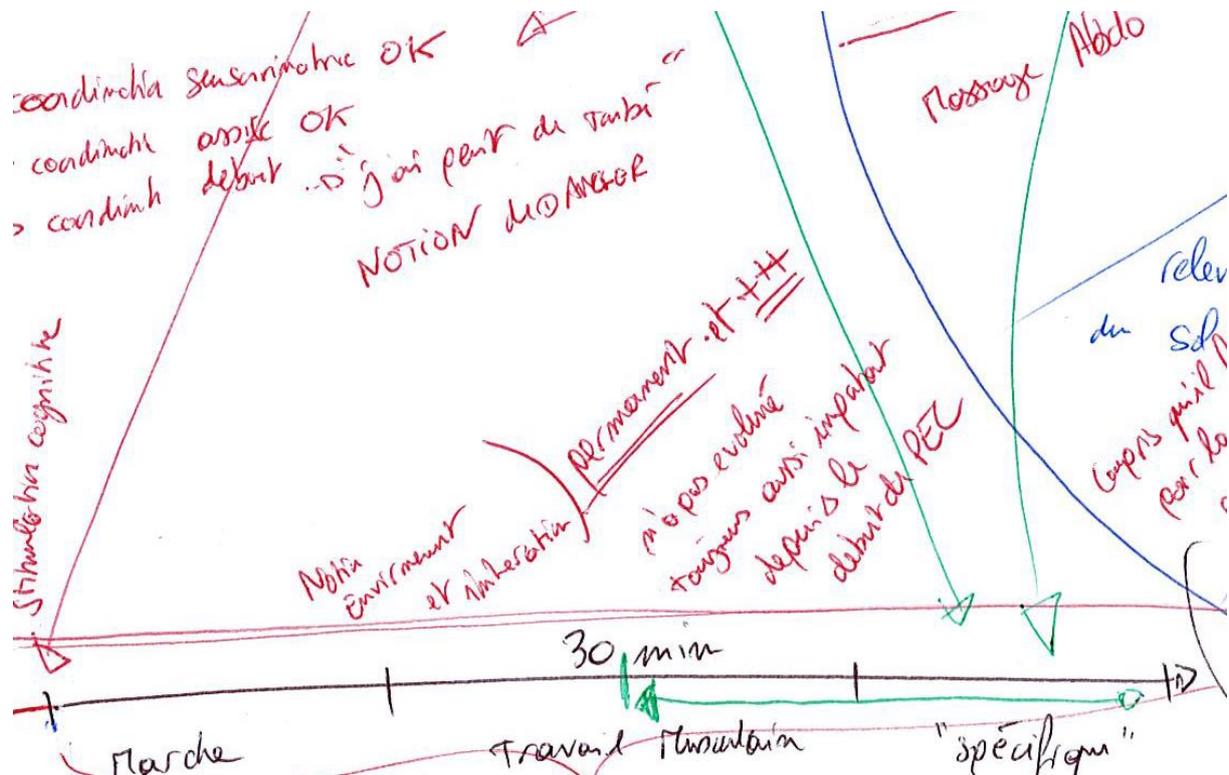


Figure 20 : Outil de recension (schéma d'action connexe au schéma cible) portant sur le processus de réhabilitation

Le stagiaire ne perçoit pas d'évolution des troubles chez le patient. Le stagiaire se trouve constamment dans la nécessité de le stimuler en raison des troubles de la mémoire dont il souffre.

Le schéma indique la durée de la séance de rééducation et les parties réservées à la « marche » au « travaux musculaires » et aux exercices « spécifiques ». Le patient exprime sa « peur de tomber ». Le stagiaire contrôle, guide, perçoit des conduites complexes qu'il cherche à anticiper, son méta-objet d'évaluation-évaluation-perception est orienté en priorité vers le processus de réhabilitation.

Lors du débriefing Roman a exprimé une certaine réticence à vouloir désigner les objectifs massokinésithérapiques qu'ils poursuivaient, pour la simple et bonne raison, me dit-il que son patient ne progressait pas ; « Comment voulez-vous que je définisse des exercices de kiné ! »

Roman est en début de troisième année, c'est la première fois qu'il était confronté à un patient traumatisé crânien avec une déformation de la boîte crânienne dont la visibilité ne pouvait être totalement masquée. Un patient qui avait le même âge que lui, dont la vie avait été en quelque sorte brisée par un accident de voiture, une personne attachante toujours prête à aller de l'avant avec lui, ce qui l'avait beaucoup aidé et bien que l'énergie déployée fut importante.

Au fil des débriefings, la prise en charge massokinésithérapique est apparue qui a donné du relief aux témoignages et montrer comment "il s'en était sorti". Les exercices

fonctionnels ont été la clé qu'il a su utiliser. Roman a pu établir un lien entre l'évolution du patient sur le plan des fonctions cognitives de niveau supérieur et la fonction posturo motrice par un outil qu'il s'est bricolé. Cette mise en correspondance à donner du sens à ses actions de soin en répertoriant leur effets dans un domaine (fonction posturo-motrice) et pas dans un autre (fonction cognitives de niveau supérieur), son patient progressait selon une échelle d'appréciation qui se rapportait aux interventions que lui Roman, avait sues orchestrer auprès de son patient (Cf. Figures 20 et 21).

4.433 Un état des valuations-évaluations auprès du patient : l'horizon des apprentissages

Tableau 24 : Points de Réduction Expérientielle établis par le bipôle valuatif-perceptif / évaluatif (cas n°3)

Les étapes du tracé	Les PRExp/VPÉ										
	Lignes	P-v corps	P-v F	P-v R	V-p F	V-p R	EV-p F	EV-p R	P-v F/P-v R	V-p F/V-p R	EV-p F/ EV-p R
E-V Rupture	1	e			l		i				
E-V Enquête Exploration	2				l			e		e	
	3		i		l	e				e	
	4		i		i	e				e	
	5	e	i	i		e					
	6	e	i			e				e	
	7		i		i	e				e	
	8		i			e					
	9		i			e					
	10					i	e				
	11	e				i	e	i			
Épreuve E-V	12		i		l			e		e	
E-V	13				l	e					
Assimilation	14				i	e					
Ressource E-V	15						i		e		
	16	e								e	
	17		i								

PRExp/VPÉ : Point de Réduction Expérientielle établis par le bipôle Valuatif-Perceptif / Évaluatif.

i : interne / e : externe

**P-v P** : Perception-valuation du processus de Professionnalisation.

**P-v R** : Perception-valuation du processus de Réhabilitation.

**V-p P** : Valuation-perception du processus de Professionnalisation.

**V-p R** : Valuation-perception du processus de Réhabilitation

**EV-p P** : Évaluation du processus de Professionnalisation

**EV-p R** : Évaluation du processus de Réhabilitation

**P-v P/ P-v R** : Perception-valuation des processus liés Professionnalisation/Réhabilitation.

**V-p P/ V-p R** : Valuation-perception des processus liés Professionnalisation/Réhabilitation.

**EV-p P/ EV-p R** : Évaluation des processus liés Professionnalisation/Réhabilitation.

## 4.44 L'horizon des soins

### 4.441 La position du cycle d'expérientiation étudié

Le discours du stagiaire sur ce segment de l'horizon (échelle temporelle macroscopique) est positionné au niveau de l'étape Expérience-Vécue Enquête-Exploration du parcours du stage (Cf. Tableau 25). Le cycle d'expérientiation étudié (échelle temporelle microscopique) se situe au niveau du schème 4→

Tableau 25 : Segment de l'horizon des apprentissages, lieu d'investigations (cas n°3)

<p>« s'il demandait aux personnes où est-ce que c'est? Si il avait l'initiative de demander de, après c'est peut-être dans sa nature parce qu'il est timide qu'il ne va pas, qu'il ne va pas vers les autres et tout mais cela pourrait être, et il ne le fait pas! cela pourrait être une solution voilà » Ligne 6</p>	<b>Enquête-Exploration</b>	<p><b>P-v P</b> D'avoir observé</p>	<p><b>V-p R</b> D'un isolement</p>
<p>Le chercheur : il ne demande pas d'aide, il demande (hésitation) oui Roman : « il va être là, et (court silence) il va regarder le quai! enfin il va (hésitation), parfois, parfois, il se reprend, je me rappelle, enfin du chemin en passant par la rotonde (...) il va partir d'un côté il va regarder et vous dire "ha non c'est de l'autre côté" cela peut lui arriver aussi (court silence) mais c'est plus rare c'est plus rare » Ligne 7</p>		<p><b>P-v P</b> D'avoir observé</p>	<p><b>V-p R</b> De l'oubli</p>
<p>« il a des troubles de la mémoire antérograde, il ne se souvient de rien, enfin et alors qu'il a des, qu'il a des, qu'il a pas mal de flashes enfin, avant, enfin pas des flashes » Schème 1→ Ligne 8</p>		<p><b>P-v P</b> D'avoir observé</p>	<p><b>V-p R</b> De l'oubli</p>
<p>« mais, avant son accident il savait ce qu'il faisait, il savait, enfin sa situation où est-ce qu'il habitait, pourquoi il était là-bas, enfin (court silence) » Schème 2→ Ligne 9</p>		<p><b>P-v P</b> D'avoir observé Étonnement</p>	<p><b>V-p R</b> « avant son accident il savait »</p>
<p>« mais cela va il a des troubles de la mémoire depuis je pense, enfin en tout cas depuis que je l'ai en charge, depuis que, il est là c'est cela » Schème 3 → Ligne 10</p>		<p><b>V-p P</b> « depuis que je l'ai en charge »</p>	<p><b>V-p R</b> Continuité</p>
<p>« et, des troubles (hésitation) enfin, je ne sais pas si on peut appeler cela comme cela? Je n'ai pas le terme précis, il n'arrive pas à prendre de décision par lui-même » Schème 4→ Ligne 11</p>		<p><b>EV-p P</b> De non connaissance</p>	<p><b>V-p R</b> Absence décision <b>P-v</b> corps → « on est parlé »</p>

#### 4.442 L'exploration du cycle d'expérientiation T11/R11

***La conduite « et, des troubles (hésitation) enfin, je ne sais pas si on peut appeler cela comme cela? Je n'ai pas le terme précis, il n'arrive pas à prendre de décision par lui-même » portée par T11/R11***

##### ***La genèse du cycle***

Elle a été suscitée chez le stagiaire par 5 facteurs ou conditions expérientielles : la tâche discrétionnaire issue du dispositif technique des soins, le but du schème, la tâche effective à partager ces deux facteurs sont en lien avec un besoin pragmatique partagé en rapport avec l'objet du soin : *la prise de décision*, le facteur qui suit, est celui d'une convergence de vues des acteurs qui proviendra d'une activation d'une Base d'Orientation consacrée aux Soins d'Autonomisation (BOSA). Le dernier facteur se rapporte aux savoirs/connaissances présumés mobilisés par le stagiaire.

##### **Le cadrage des activités par la tâche discrétionnaire le but du schème et la tâche effective à partager**

La tâche discrétionnaire, elle relève du projet thérapeutique, elle est émise par le prescripteur, elle s'énonce comme suit :

- > préserver les fonctions de mobilités de l'hémicorps droit.

Le but du schème 1:

- > ajuster l'opérationnalité des soins en massokinésithérapie chez un patient traumatisé crânien

Une tâche effective à partager qui appellera une collaboration des deux acteurs.

- > Appréhender lors de gestes fonctionnels les décisions prendre

##### ***L'activation d'une Base d'Orientation consacrée aux Soins d'Autonomisation (BOSA).***

La base d'orientation montre que la totalité des RPV 52 réseau (3) ont été utilisés. Ils se sont articulés avec les RPV (2) objet du soin et le RPV facteurs environnementaux. Les RPV ont généré des convergences de vue portant sur 3 fonctions de l'organisme, 1 activité et participation, et 1 facteur environnemental.

La base d'orientation englobe 3 Groupements de Matériaux Expérientiels (GME) (Cf. Tableau 26)

---

<sup>52</sup> RPV : Rapprochements Des points de Vue

Tableau 26 : Une utilisation de la BOSA par le cycle d'expérientiation T11/R11

Un état de la base d'orientation consacrée aux soins d'autonomisation			
<i>Les acteurs "s'entre-définissent" dans les intermédiaires qu'ils mettent en circulation</i>		RPV réseau	1 <sup>er</sup> GME
Convergences de vue	« Fonctions cognitives de niveau supérieur b164 » « jugement, b1645 » « Qualité de la conscience b1102 »	RPV objet du soin	
<i>Une identification des actions des agents est possible à travers la production qu'ils vont diffuser, dans et à travers le réseau</i>		RPV réseau	2 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« Prendre des décisions d178 »	RPV objet du soin	
<i>Un ensemble d'entités humaines et non humaines individuelles ou collectives (...) et les relations dans lesquelles elles entrent</i>		RPV réseau	3 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« attitude individuelle des professionnels de santé e450 »	RPV facteurs environnementaux	

Commentaires sur des convergences de vue et les GME :

(CIH-2) Fonctions de l'organisme : « *Fonctions cognitives de niveau supérieur b164* » fonctions mentales spécifiques dépendant des lobes frontaux du cerveau, y compris les comportements centrés sur un objectif comme la prise de décision, l'abstraction de la pensée, la préparation et l'exécution de plans, la flexibilité mentale, et le choix des comportements en fonction des circonstances ; fonctions souvent appelées exécutives. » (Ibid., p. 45) le patient doit être en mesure de planifier ses actions ; « *jugement, b1645* » fonctions mentales impliquées dans le choix effectué parmi plusieurs possibilités, par exemple dans le cas de la prise de décision ou la formulation d'une opinion. » (OMS, 2000, p. 45) le patient doit être en mesure de porter un jugement sur quelqu'un ou sur quelque chose ; « *Qualité de la conscience b1102* » fonctions mentales qui, lorsqu'altérées, apportent des changements à l'état de veille, de vigilance et de conscience, par exemple états altérés dus à des drogues ou délire (Ibid., p. 38) » le patient doit être en mesure de prendre conscience de la liberté d'appréciation et d'action qui lui sont offertes dans le cadre des séances de rééducation.

(CIH-2) les activités et participation : « *Prendre des décisions d178* » faire un choix entre diverses options, mettre en œuvre l'option choisie et évaluer les conséquences de ce choix, comme choisir et acheter un article, décider d'entreprendre une tâche parmi toutes celles qu'il était possible d'entreprendre » (Ibid., p. 102) » le patient doit être en mesure de sélectionner une action appropriée en vue de l'obtention d'un but.

(CIH-2) Les facteurs environnementaux : « *attitude individuelle des professionnels de santé e450* » attitude individuelle des professionnels de santé e450 opinions et points de vue généraux et spécifiques qu'ont les professionnels de santé sur la personne considérée ou sur d'autres sujets (par ex. enjeux sociaux, politiques et économiques) qui influent sur le comportement et les actes individuels (Ibid.,

p.150)» le patient sera influencé par les avis, les conseils des professionnels de santé sur ses capacités de prises de décision

Le 1er GME créera des PRExp en lien avec les prémisses chez le patient, de signes avant-coureurs. Ceux en rapport avec une planification des actions, un jugement porté sur quelqu'un ou sur quelque chose, une prise conscience de la liberté d'appréciation et d'action. Le 2ème GME produira des PRExp en lien avec les prémisses chez le patient d'un choix d'une action en vue de l'obtention d'un but. Le 3ème GME créera des PRExp se rapportant aux contacts établis avec les membres de l'équipe soignante (incluant le stagiaire) et leur influence sur l'ensemble des attitudes et comportements du patient en regard de ses capacités de prises de décision.

#### *L'étayage du cycle d'expérimentation par les savoirs connaissances*

Le stagiaire a été en mesure de mobiliser des savoirs connaissances, qui lui ont permis d'étayer le cycle d'expérimentation et ce faisant, les modèles cognitif et/ou opératif ont été sollicités voire enrichis dont on peut percevoir l'affleurement au travers du discours.

L'Affleurement des Modèles Cognitif et Opératif (AfMCO) se manifeste dans le(s) fragment(s) de conduite :

- > « il n'arrive pas à prendre de décision par lui-même »

L'AfMCO est un indicateur, de savoirs connaissances mobilisables (Cf. encadré et annexe du cas) que le stagiaire aurait pu mobiliser à partir de ses modèles, ou intégrer à ses modèles cognitif et opératif, nous exposons ceux qui sont à même d'avoir été mobilisés en priorité : En distinguant les savoirs connaissances tournés vers sa méthode d'enquête clinique et ceux orientés vers les conduites du patient

#### La méthode

(PTV)<sup>53</sup> [Les classifications « phénotypiques » qui « consistent à regrouper les entités suivant des similitudes descriptives (...) ces classifications « phénotypiques » restent pertinentes pour structurer les pratiques cliniques]

(PTV) [Classer est sans conteste le geste primordial de toute entreprise scientifique. En effet, si on ne veut pas se perdre dans le foisonnement des objets sur lesquels porte l'étude, il faut d'abord les diviser en groupes et en séries, et les mettre ainsi en ordre. La taxinomie est, en ce sens, la branche de la connaissance qui devrait servir de base même à toutes les sciences rationnelles »]

#### Les conduites du patient

(PTV) [L'exercice de rééducation centré vers un objectif en fonction de sa complexité, de sa nouveauté, met en exergue chez le patient souffrant d'un traumatisme crânien l'état fonctionnel de ses fonctions exécutives, i.e., ses capacités ou incapacités cognitives à exécuter l'action demandée] [La planification de l'action fait appel à des fonctions exécutives ou capacité cognitives afin de superviser le traitement et la coordination de l'information, c'est à ce niveau du procès que se situent le plus fréquemment les difficultés des patients traumatisés crâniens]

---

<sup>53</sup> Proposition Tenue pour Vraie (PTV)

(PTV) [Les troubles dysexécutifs, sont caractérisés entre autres par des difficultés de contrôle de planification de l'action, de résolution de problème, de prise de décision et d'initiative ainsi que d'adaptation à la nouveauté.]

### **L'opérationnalisation du cycle d'expérimentation T11/R11**

Elle passe par la création d'un sous-but qu'appuie, le cas échéant, un aphorisme ou concept en acte/pragmatique véhiculé par les propos tenus par l'équipe soignante, les tuteurs etc.

#### *Le sous but*

Valuer le patient dans sa capacité à prendre des décisions

#### *L'aphorisme, le concept en acte, CAct 4: « décider par lui-même »*

Le stagiaire porte son attention et ses questionnements sur le libre choix du patient. Son patient n'est pas en mesure selon lui, « de délibérer et de décider » (Zielinski, 2009, p.12). Il n'est pas encore capable de se projeter en imaginant la suite à donner à telle ou telle action, de valuer ce qui est du domaine du possible, de valuer les effets de ses actions, de juger de la pertinence de ses choix en relation avec lui-même, avec les soignants, ses proches, en rapport avec le projet thérapeutique, de formuler une préférence.

Cet ensemble de processus, c'est ce qu'englobe Roman dans sa formulation « décider par lui-même », il indique par-là que le « choix délibéré » (Zielinski, 2009, p.12) en tant que tel, n'est pas à la portée de son patient pour le moment. Roman nous rapporte un éclairage à sa manière, sur cette thématique du décider par lui-même, « nous choisissons vraiment librement que lorsque nous savons parfaitement ce que nous voulons » (Zielinski, 2009, p.12). Roman a réagi cette incapacité à choisir librement qu'il perçoit chez son patient en soulignant avec une certaine véhémence qu'avant son accident, son patient *savait !* :

- > « mais, avant son accident il savait ce qu'il faisait, il savait, enfin sa situation où est-ce qu'il habitait, pourquoi il était là-bas, enfin (court silence) »

#### *La rédaction du théorème en acte et de la règle d'action*

Nous avons introduit la notion d'exercice fonctionnel en nous rapportant au maintien de l'équilibre du patient lors de ses déplacements entre les barres parallèles

#### *Le théorème-en-acte T11*

Les conduites de mon patient traumatisé crânien ont une similitude descriptive : il n'arrive pas à prendre des décisions, c'est-à-dire choisir après en avoir délibéré (avec moi ou sans moi), les buts et les actions nécessaires à leur réalisation

#### *La règle d'action R11*

**Si** je veux repérer, les similitudes descriptives que sont les absences de prises de décision chez mon patient traumatisé crânien lors de la séance de rééducation.

**Alors** j'utiliserai le cadre de l'exercice fonctionnel de rééducation, à partir duquel en vue de sa réalisation, je scruterai les conduites du patient, leur initiation, leur enchaînement, leur valuation et les possibles manquements de prise de décision associés.

### *Remarques concernant les conduites du stagiaire*

Elle est mise en récit par de 2 inférences, SCH4 INF 22, et 24<sup>54</sup>. Une enquête ou de diagnostic est évoquée, le stagiaire suppose l'existence de troubles qui se manifesteraient dans le cours de l'activité du patient, il a trouvé une solution à ses interrogations, en observant le comportement du patient et ses manquements dans les moments de prise de décision.

Dans son récit le stagiaire présente des données cliniques qu'il qualifie génériquement de troubles, ces données lui ont permis ensuite, de supputer l'identification d'une lésion ou maladie et par l'intermédiaire notamment d'un schéma d'action altérée: celui d'une incapacité à prendre une décision.

Le stagiaire a utilisé une voie ascendante phénotypique (Micoulaud-Franchi, Amad, Geoffroy, Fovet, & Quiles, 2016, p. 270-271) sans avoir pu l'emprunter jusqu'à son terme i.e. et identifier la notion de troubles dysexécutifs.

En effet, cette modélisation d'un cadre d'observation clinique et pragmatique limité aux déficiences du jugement, ne prend pas en compte le concept englobant des troubles dysexécutif « caractérisés entre autres par des difficultés de contrôle de planification de l'action, de résolution de problème, de prise de décision et d'initiative ainsi que d'adaptation à la nouveauté. » (C. Vallat-Azouvi, & M. Chardin-Lafont, 2013, p. 369-370)

### *Synthèse*

Ce sont les conduites du patient qui sont mises en valeur, intégrées dans un cadre observationnel (sous-entendu). Ce processus complexe a permis au stagiaire d'identifier des phénomènes en les classifiant dans la catégorie des troubles, pour ensuite les qualifier d'un point de vue comportemental en termes de manquements lors de la prise de décision. Deux concepts en acte ayant des relations de cousinage ont permis de trier les inférences selon des critères de pertinence.

---

<sup>54</sup> SCH4 INF22

« Enfin, je ne sais pas si on peut appeler »

SCH4 INF24 :

« Je n'ai pas le terme précis »

4.443 Un état de rapprochement des points de vue avec le patient : l'horizon des soins

**Tableau 27 : Points de Réduction Expérientielle mus par l'Objet du Soin (cas n°3)**

Schème d'action ou d'enquête-exploration	Situation Professionnelle (SP)
Base d'Orientation (B.O.) Pilotage	Construction de la SP par essaimage des Points de Réduction Expérientielle (PRExp)
1 <sup>er</sup> GME (structure corporelle et fonctions de l'organisme)	PRExp/ObjSoin
« Fonctions cognitives de niveau supérieur b164 »	PRExp T11
« jugement, b1645 »	PRExp T11
« Qualité de la conscience b1102 »	PRExp T11
2 <sup>ème</sup> GME (activités et participation)	PRExp/ObjSoin
« Prendre des décisions d178 »	PRExp T1
3 <sup>ème</sup> GME (facteurs environnementaux)	PRExp/ObjSoin
« attitude individuelle des professionnels de santé e450 »	PRExp T1
Cycles d'expérientiation	T1/R1

GME: Groupement de Matériaux Expérientiels

PRExp: Point de Réduction Expérientielle

PRExp/ObjSoin : Points de Réduction Expérientielle par l'Objet du Soin

## 4.45 L'horizon des donations

4.451 L'étude du cycle d'expérientiation T11/R11 et la constitution d'une visée individuelle

**La conduite** : « et, des troubles (hésitation) enfin, je ne sais pas si on peut appeler cela comme cela? Je n'ai pas le terme précis, il n'arrive pas à prendre de décision par lui-même » et portée par T11/R11

**L'activité du stagiaire<sup>55</sup>** : 1<sup>er</sup> étape dans la constitution des agrégats expérientiels, détecter des champs expérientiels

La conduite portée par T11/R11 s'est constituée en convoquant 5 champs expérientiels (Cf. Tableau 28). Ceux de la corporéité, et de la technique d'observation clinique (la recherche d'une classification phénotypique) ont été les plus expérientés, avec au total 15 mises en mots ! L'activation des 5 champs a donné lieu à la production de 24 mises en mots !

**Tableau 28 : Des champs expérientiels intégrés au fonctionnement de T11/R11 (cas n°3)**

Des champs expérientiels dans leur participation à l'expérientiation de l'objet du soin	
Phase d'élaboration perceptive	Phase de l'intégration du contenu linguistique et de l'énonciation
Convergences de vue vers l'objet du soin <sup>56</sup> Convocation des champs expérientiels	Convergences de vue vers l'objet du soin Mises en mots
corporéité	« des <b>troubles</b> » SCH4 INF21 « <b>je</b> ne sais pas si <b>on</b> peut appeler » SCH4 INF22 « <b>cela</b> comme <b>cela</b> ? » SCH4 INF23 « <b>Je</b> n'ai » SCH4 INF24 « <b>il</b> n'arrive » SCH4 INF25 « par <b>lui-même</b> » SCH4 INF26 (8)
la technique d'observation clinique (la recherche d'une classification phénotypique)	« des <b>troubles</b> » SCH4 INF21 « enfin <b>je</b> ne sais pas si <b>on</b> peut appeler » SCH4 INF22 « <b>cela</b> comme cela? » SCH4 INF23 « <b>Je</b> n'ai pas le terme précis » SCH4 INF24 « <b>il</b> n'arrive pas à prendre de décision » SCH4 INF25 « <b>par lui-même</b> » SCH4 INF26 (7)
valuation	« des <b>troubles</b> » SCH4 INF21 « <b>je</b> ne sais pas » SCH4 INF22 « <b>Je</b> n'ai pas » SCH4 INF24 « <b>il</b> n'arrive pas à prendre de décision » SCH4 INF25 (5)
réflexivité	« <b>je</b> ne sais pas » SCH4 INF22 « <b>Je</b> n'ai » SCH4 INF24 « <b>par lui-même</b> » SCH4 INF26 (3)
valuation temporelle	« <b>enfin</b> , je ne sais pas si on peut appeler » SCH4 INF22 (1)

<sup>55</sup> Plus exactement, une reconstitution de la conduite du stagiaire.

<sup>56</sup> Les caractéristiques (CIH-2) relevées dans la base d'orientation des perceptions/valuations

**L'activité du stagiaire: 2<sup>ème</sup> étape, créer/produire des Points de Réduction Expérientielle (PRExp).**

Les PRExp répondent d'un classement qui est fonction des stratégies de mobilisation des champs expérientiels (Cf. Tableau 29).

**Tableau 29 : Des PRExp de T11/R11 mobilisés par le don/contre don (cas n°3)**

Un classement des PRExp et une formation d'agrégats expérientiels						
Stratégies expérientielles entrée par le/les systèmes d'activité	Fragments de conduite relatée visant le stagiaire		Fragments de conduite relatée visant le patient			
	«enfin je ne sais pas si on peut appeler » SCH4 INF22	« Je n'ai Je n'ai pas le terme précis » SCH4 INF24	« des troubles » SCH4 INF21	« cela comme cela? » SCH4 INF23	« il n'arrive pas à prendre de décision » SCH4 INF25	« par lui-même » SC H4 INF26
1 <sup>er</sup> maillage interindividuel et tuilage	PRExp de la corporéité	PRExp de la corporéité	PRExp de la corporéité	PRExp de la corporéité	PRExp de la corporéité	PRExp de la corporéité
2 <sup>ème</sup> maillage interindividuel et tuilage	PRExp de la technique d'observation clinique	PRExp de la technique d'observation clinique	PRExp de la technique d'observation clinique	PRExp de la technique d'observation clinique	PRExp de la technique d'observation clinique	PRExp de la technique d'observation clinique
3 <sup>ème</sup> maillage interindividuel et tuilage	PRExp de la valuation	afEV de la valuation	afEV de la valuation		afEV de la valuation	
4 <sup>ème</sup> maillage interindividuel et tuilage	PRExp de la réflexivité	afEV de la réflexivité				afEV de la réflexivité
tuilage	PRExp de la valuation temporelle					

Agrégat par maillage interindividuel

Agrégat par Tuilage

**Une interprétation en rapport avec des tâches et les systèmes d'activité des acteurs**

Des tâches se dessinent qui sont composée de deux agrégats.

Quatre champs expérientiels, participent chez le stagiaire à l'agrégat par maillages interindividuels, ce qui relève ici exceptionnellement aux vues des autres cas, non pas d'un couplage des systèmes d'activité des acteurs mais de coactions étant donné l'asymétrie très prononcée des moyens et des ressources entre les deux acteurs et la réduction voire l'absence de conscientisation du but à atteindre chez le patient (Barthe & Quéinnec, 1999, p. 668). Néanmoins, il faut prendre en considération l'agrégat par maillage interindividuel parce qu'il a sous tendu le discours du stagiaire lors débriefing, ce qui ce qui dénote la présence de relations interindividuelles (Barthe & Quéinnec, p.674), de rencontres entre les acteurs (Olry, 2015, p. 56°) mais ces liaisons ne prennent pas pour appui l'absence de prise de décision mais signalent plutôt

l'incidence de ce déficit, sur le système d'activité du stagiaire dont le motif est d'établir l'existence du déficit. Le couplage des systèmes d'activité ne peut se réaliser du fait du manquement de conceptualisation de l'objet du soin, la prise de décision.

L'agrégat par tuilage prédomine au sein de tâches indépendantes. L'agrégat mobilise la totalité des champs expérientiels. À noter, un sous agrégat remarquable (SCH4 INF22) en rapport avec le stagiaire qui se rapporte à l'objet du soin. Cet agrégat signale la difficulté de conceptualisation que rencontre le stagiaire jusqu'à présent.

Une majorité des PReXp est créée en rapport avec la conduite du patient où se trouve localisée une incapacité à prendre des décisions, par ailleurs, le stagiaire indique au chercheur dans un "moment de réflexivité", son incapacité à nommer les phénomènes qu'il a perçus.

**L'activité du stagiaire: 3<sup>ème</sup> étape en vue de l'agencement des agrégats, utiliser les Points de Réduction Expérientielle (PReXp) pour s'entendre avec le patient sur une visée commune.**

Les dons/contre-dons des Fragments de Conduites (FC) :

Le stagiaire a donné à en partage, ses FC par l'entremise

- ⇒ De la corporéité (comme membre stagiaire de l'équipe soignante, cherchant à administrer des techniques massokinésithérapiques, sur un patient souffrant d'un syndrome dysexécutif),
- ⇒ De la technique d'observation clinique (de la reconnaissance de conduites répétitives laissant paraître une absence de prise de décision lors de choix liés à la réalisation de la séance de rééducation),
- ⇒ De la valuation (de conduites répétées montrant une absence de prise de décision lors de choix en rapport avec des exercices divers),
- ⇒ De la réflexivité (de la prise de distance par rapport à ses observations de non prises de décision),
- ⇒ De la valuation temporelle (de la survenue d'absence de prises de décision et de leur fréquence).

Le patient a donné à en partage, ses FC par l'entremise

- ⇒ De la corporéité (comme patient souffrant d'un syndrome dysexécutif),
- ⇒ De la technique d'observation clinique (de conduites répétitives montrant une absence de prise de décision lors de choix liés à la réalisation d'exercices divers comme les déplacements),
- ⇒ De non prémisses d'aperception (concernant ses absences de prise de décision lors de choix en rapport avec des exercices divers),
- ⇒ De non prémisses d'une réflexivité (montrant une prise de distance vis à vis de ses conduites répétitives montrant une absence de prise de décision).

Une visée individuelle

Reconnaitre dans l'absence de prise de décision un trouble et le situer dans une taxonomie nosologique

4.452 Un état de coaction<sup>57</sup> avec le patient : l'horizon des donations

Tableau 30 : Points de Réduction Expérientielle convoqués lors des donations (cas n°3)

Schème d'action ou d'enquête-exploration		Situation Professionnelle (SP)					Cycles d'expérienciation
Base d'Orientation (B.O.) Pilotage		Construction de tâches indépendantes par des Points de Réduction Expérientielle (PRExp)					
Donation	Fragments de conduite	PRExp/Don					
Don /le stagiaire vers le patient	«enfin <b>je</b> ne sais pas si <b>on</b> peut appeler » SCH4 INF22	PRExp T11 MT	PRExp T11 MT	PRExp T11 MT	PRExp T11 MT	PRExp T11 T	T11/R11 étudié
	« Je n'ai Je n'ai pas le terme précis » SCH4 INF24	PRExp T11 MT	PRExp T11 MT	PRExp T11 MT	PRExp T11 MT		
Contre Don/le patient vers le stagiaire	« des troubles » SCH4 INF21	PRExp T11 MT	PRExp T11 MT	PRExp T11 MT			
	« <b>cela</b> comme <b>cela</b> ? » SCH4 INF23	PRExp T11 MT	PRExp T11 MT				
	« il n'arrive pas à prendre de décision » SCH4 INF25	PRExp T11 MT	PRExp T11 MT	PRExp T11 MT			
	« par lui-même » SCH4 INF26	PRExp T11 MT	PRExp T11 MT		PRExp T11 MT		
Champs expérientiels convoqués		la corporéité	la technique d'observation clinique (tioclin.) la recherche d'une classification phénotypique	la valuation	la réflexivité	la valuation temporelle	
Fréquences		8	7	5	3	1	

PRExp : Point de Réduction Expérientielle

PRExp/Don : Points de Réduction Expérientielle convoqués lors des donations.

<sup>57</sup> Le terme coaction signifie que les acteurs « partagent le même espace de travail, ou d'autres ressources matérielles, et n'ont pas les mêmes buts ni immédiats ni à moyen terme » (Barthe & Quéinnec, p.668, 1999). Le stagiaire tente de nommer des troubles liés à l'absence de prise de décision, cette démarche de conceptualisation est hors de portée du patient qui n'aspire qu'à l'obtention de buts fonctionnels.

MT : Maillage/Tuilage (rouge)  
T/E : Tuilage/Essaimage (vert)  
SCH : SCHème d'enquête exploration

#### 4.46 L'impossibilité d'un déploiement d'une espace transactionnel (cas n°3)

##### 4.461 Les coactions

Nous exposons le cycle d'expérimentation du schème d'action afin d'examiner s'il est un vecteur de coactions ce qui permet d'envisager, telle une condition de faisabilité, le déploiement d'un espace transactionnel.

Nous prenons en compte deux critères pour valuer la rationalité de la reconstitution.

- > L'emboîtement des GME et convergences de vue au sein des "récits reconstitués" des coactivités, chez les deux acteurs
- > La concordance des "récits reconstitués" des coactivités du binôme avec la visée commune.

T/R : cycle d'expérimentation associant théorème en acte et règle d'action

Stg : stagiaire

Pt : patient

a : marquage des coactivités en fonction du cycle.

La conduite (liée à T11/R11): « et, des troubles (hésitation) enfin, je ne sais pas si on peut appeler cela comme cela? Je n'ai pas le terme précis, il n'arrive pas à prendre de décision par lui-même »

##### Cycle étudié dans le cas

Une visée individuelle du stagiaire

Reconnaitre dans la non prise de décision un trouble et le situer dans une taxonomie nosologique / *le patient en question souffrant d'un syndrome dysexécutif (avec des troubles importants de la mémoire) n'est pas en mesure de se questionner (ou du moins très partiellement) sur ses troubles.*

- ⇒ Activité stg. a : Il cherche à identifier des troubles liés à la prise de décision qui touchent le patient lors de la séance de rééducation (PS-VS →PSE e355). Les exercices demandent au patient d'agir pour atteindre un but, c'est le schéma d'action qui servira de cadre observationnel au stagiaire pour repérer les altérations des fonctions mentales, des comportements centrés sur un objectif (PS-VS→PSO b164). Les exercices dans leur regroupement, leur successivité peuvent faire l'objet d'options organisationnelles au jour le jour en fonction de l'état de santé, du besoin ressenti comme prioritaire (PS-VS→PSO b1645). Les exercices aux quels le patient collabore de fait, présentent et conservent une latitude d'action dans leur initiation, leur exécution, leur valuation des effets qui

serviront à l'établissement des suites à donner (PS-VS→PSO d178). Toutes ces occasions à exploiter laissent une certaine liberté d'agir au patient qu'il pourra saisir ou non, pour sa personne, cette appropriation fait partie du cadre observationnel (PS-VS→PSA b1102).

- ⇒ Activité pt. a : Le patient réalise les séances de rééducation et les exercices centrés sur des objectifs (PS-VS→PSO b164) sans pour autant saisir (PS-VS → PSO b1645), les occasions qui lui sont offertes de montrer ses choix dans leur initiation, leur réalisation, leur valuation des effets pour l'établissement des suites à donner (PS-VS→PSO d178). Il n'est pas encore en mesure, par devers soi, de s'approprier la liberté d'action (PS-VS →PSE b1102) que présuppose sa collaboration avec le stagiaire (PS-VS →PSE e355) pour l'effectuation des séances de rééducation en massokinésithérapie.

Résultat : l'emboîtement des GME / convergences de vue au sein des "récits reconstitués" des activités est réalisé, cependant à la lecture des "récits reconstitués" il n'existe pas de coactivités entre le stagiaire et le patient mais des coactions. La concordance des "récits reconstitués" des activités du binôme avec la visée commune est impossible à réaliser parce qu'il n'existe qu'une visée individuelle, celle du stagiaire.

#### **4.47 Le croisement des horizons**

4.471 Le schème d'enquête-exploration et l'objet du soin non activateurs d'un espace transactionnel

Le croisement des horizons n'a pas lieu au travers de l'objet des soins qu'est la *prise de décision*, en effet, la visée commune est absente.

Aucun espace transactionnel ne pourra se créer. Le schème d'enquête exploration dispose du concept organisateur partage, mais faute d'objet clinique à partager, l'espace transactionnel ne peut s'ouvrir.

L'objet des soins conserve son statut et ne peut accéder à celui d'objet clinique à partager (O.C.P.)

4.472 Une genèse instrumentale dans un espace non transactionnel

##### ***Le processus de concrétisation***

Par l'exercice de rééducation est une aide pour les deux protagonistes parce qu'ils agissent ensemble en direction d'un but fonctionnel. L'objet des soins, *la prise de décision* est difficilement discernable, repérable, conscientisable pour le stagiaire et beaucoup plus encore pour le patient. En poursuivant l'action engagée, vers le but fonctionnel attendant, il s'est produit une appropriation de la prise de décision, c'est-à-dire de « *véritablement rendre propre ce qui d'abord* » leur « *était étranger* » (Ricœur, 1986, p. 171).

Le stagiaire met en place un dispositif de contrôle, et de guidage, nous avons vu que dans le tracé du parcours de stage, la modalité évaluative est prégnante. Le stagiaire veut éviter avant tout que le patient ne chute durant la séance de rééducation. L'état neurologique du patient ne lui permet pas de progresser durant cette période. L'exercice de rééducation à visée fonctionnelle va primer et être utilisé pour stimuler le patient.

L'instrument qu'utilise le stagiaire est relié de prime abord à l'objet du soin *les capacités d'équilibration* qui dépend de la fonction neuromotrice (regroupant la force motrice, la coordination et l'équilibration) et donc aux exercices à visée fonctionnelle.

Pour répondre à la prégnance des troubles des fonctions supérieures lors de la réalisation des exercices à visée fonctionnelle, Roman a remanié l'outil-instrument de stimulation de détection et de guidage, afin de valuer grossièrement l'évolution des troubles des fonctions supérieures. Cet outil-instrument n'est en rien spécifique de l'objet du soin ; la prise de décision.

Le stagiaire a détourné l'outil-instrument pour répondre pragmatiquement aux troubles touchant les fonctions cognitives de niveau supérieur et ce en effectant des rappels, des guidages en direction du patient sur le but à suivre et la manière d'y arriver etc.

L'instrument se présente selon trois options ou interventions : la surveillance qui appelle une grande proximité avec le patient afin de faire face à ses emballements ; l'encadrement, une prise de distance est possible, le patient gagne en autonomie, enfin

la stimulation le patient est beaucoup plus autonome. Cette distanciation entre le stagiaire et le patient s'effectue de pair avec des types d'exercices que le stagiaire a catégorisés.

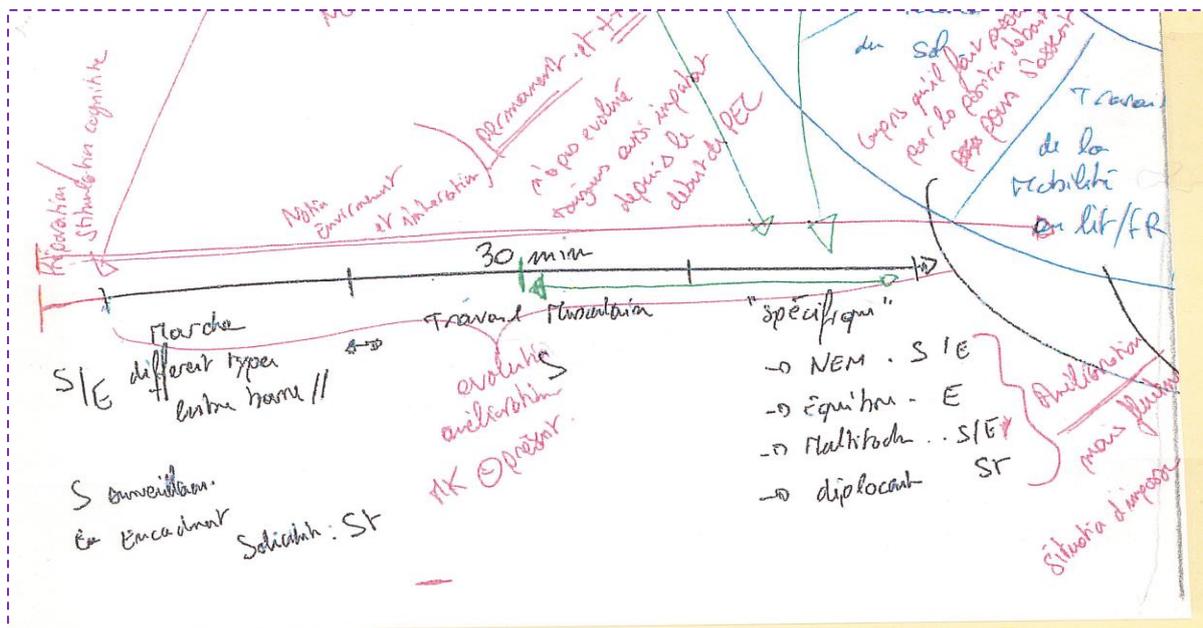


Figure 21 : Instrument/outil de détection, de guidage et de stimulation

### Les traces de l'outil-instrument laissées sur le schéma-cible

Le schéma cible (Cf. Figure16) montre l'organisation d'une séance type. Elle est scindée par Roman en quatre parties (vecteur de couleur noire) ; un temps de préparation (en rouge sur le même vecteur), la marche, puis le travail musculaire et enfin le « spécifique » qui correspond à la réalisation d'exercices de coordination et d'équilibre.

Vient se greffer au-dessus, un vecteur de couleur rouge qui prend en compte, les stimulations des fonctions cognitives de niveau supérieur (troubles de la mémoire, absences de prise de décision), sont permanentes. Les annotations en rouge afférentes au vecteur indiquent ; primo que sur le temps d'une séance, le monitoring se doit d'être constamment maintenu (permanent), secundo qu'il n'y a pas eu de progrès depuis le début de la prise en charge (PEL) du patient par le stagiaire (3 semaines).

## 4.5 Étude de cas n°4

### 4.51 L'extrait issu des entretiens

Synthèse éditée par Sonal (v.2.0) :01:37 > 02:44

Filière professionnelle: soins massokinésithérapie

Parcours formation: deuxième année de formation en massokinésithérapie

Champs d'investigations cliniques: amputation du membre inférieur

Tag(s): position assise prolongée, douleurs lombaires, mobilisations, étirements, massage

Sabrina: « *alors au niveau des douleurs j'ai vu une apparition, donc au niveau douleurs lombaire qui sont apparues après la position assise prolongée donc (hésitation) ce que, j'ai proposé, donc au patient, ce sont des étirements de la zone du carré des lombes, des mobilisations en rotation, en inclinaison, (hésitation) massage de la région (hésitation) je lui ai conseillé des patchs chauffants donc, cela lui posait un problème, lors des, lors des exercices »*

Chercheur : donc cela c'est apparu (hésitation) au début des, des séances de rééducation là, depuis le début de la reprise en charge?

Sabrina: « *eh bien je dirais que c'est apparu, donc à la troisième semaine, du fait qu'il soit, tout le temps assis (court silence) et souvent, souvent dans son fauteuil, donc (hésitation) donc ce que je fais aussi (hésitation) c'est que (hésitation) j'évite de, je le verticalise c'est-à-dire je veux qu'il soit aux barres, je veux travailler avec lui »*

Interviewer: oui, oui (silence) oui vous essayez de le remettre debout en fait

Sabrina: « *voilà!* »

### 4.52 Présentation du patient et de sa pathologie

#### **MOTIF D'HOSPITALISATION**

Patient de 49 ans, hospitalisé dans notre service pour prise en charge rééducative d'une amputation de cuisse gauche le 04/11/2014 pour ischémie dépassée dans le cadre d'une AOMI.

#### **ANTECEDENTS**

##### **\*Médicaux**

Diabète de type II découvert en 2010, non traité

Dyslipidémie non traitée

AOMI au niveau du membre inférieur gauche depuis 2007

#### **MODE DE VIE**

Le patient vit dans un studio. Il vit seul, n'a pas d'enfant. Il est au 2<sup>ème</sup> étage avec ascenseur. Il y a 3 à 4 marches à l'entrée du bâtiment puis après l'ascenseur. Il est au chômage depuis 2 ans car son contrat s'est terminé. Etait peintre en bâtiment.

## **HISTOIRE DE LA MALADIE**

AOMI de la jambe gauche découverte en 2007 devant une claudication douloureuse à la marche. Mi-octobre 2014, devant une douleur d'apparition brutale du MIG, un angio-TDM retrouve une occlusion des 2 axes iliaques avec une reprise au niveau des artères fémorales profondes. Pontage aorto-bifémoral le 21/10. Tableau d'ischémie dépassée et infection de toute la loge postérieure de la jambe G sur thrombose de pontage en postopératoire d'étiologie indéterminée. Amputation transfémorale G le 04/11/2014.

## **EXAMEN CLINIQUE A L'ENTREE**

### **Constantes**

: 19 EVA Douleurs : 0

### **Examen neurologique**

Aux membres inférieurs, les ROT rotuliens et achilléens ne sont pas retrouvés à droite (neuropathie diabétique ?). RCP indifférents.

Pas de trouble de la sensibilité proprioceptive, thermo-algique et superficielle.

Le testing moteur au membre inférieur droit est normal.

### **Examen orthopédique**

Pas de limitation d'amplitudes au membre inférieur droit. Au membre inférieur gauche, amputation au niveau du 1/3 inférieur du fémur (en attente du compte-rendu).

Cicatrice propre, non inflammatoire, pas encore refermée.

### **Sur le plan psychologique**

Le patient décrit une tristesse mais pas d'idées suicidaires d'après lui. Un avis rapide par la psychiatre du service sera quand même nécessaire afin d'évaluer le risque suicidaire.

## **AU TOTAL**

Il s'agit donc d'un patient de 49 ans, hospitalisé en rééducation en post-amputation du membre inférieur gauche pour ischémie dépassée chez un patient dépassant présentant un diabète de type II non traité, une AOMI depuis 2007 et une dyslipidémie non traitée. Patient fragile sur le plan psychologique.

## **PROJET THERAPEUTIQUE**

### **Sur le plan infirmier**

- Surveillance des constantes, du transit, des mictions, du poids
- Surveillance glycémique et EVA dl.
- Soins de cicatrice du moignon réguliers
- Prévention du risque suicidaire

### **Sur le plan médical**

- Bilan de thrombose et du diabète en attente
- Adaptation du traitement médical, notamment contre la douleur et le diabète.
- Education thérapeutique et travail de l'observance. Un objectif de prothèse a été conclu avec le patient.
- Surveillance sur le plan infectieux

### **Sur le plan rééducatif**

- En kinésithérapie : renforcement musculaire des membres supérieurs et des épaules. Renforcement musculaire du membre inférieur droit. Travail de la marche et de l'équilibre entre les barres parallèles. Travail de la marche avec une prothèse. Travail de relaxation.
- Surveillance et suivi avec la psychiatre et la psychologue/psychomotricienne.
- Orthoprothésiste : prothèse MID provisoire dans un 1<sup>er</sup> temps.

### **Sur le plan social**

- Une demande de 100% a été demandée auprès du médecin traitant par la famille.

### **EVOLUTION DANS LE SERVICE**

#### **Dr (psychiatre) le 18/11/14**

Ce jour dénie avoir des idées suicidaires et déclare même « avoir envie de vivre ». Il n'existe pas ce jour ni d'anhédonie<sup>58</sup>, ni de tristesse de l'humeur et encore moins d'évocation suicidaire. Le tonus vital est correct. Le sommeil et l'appétit sont décrits comme « satisfaisants ». Donc, actuellement, pas de risque suicidaire patent mais d'autres entretiens permettront de mieux cerner cette personnalité soit abandonnique soit passive dépendante.

#### **Staff multidisciplinaire et visite du 27/11/2014 : Dr**

Le pansement du moignon est en amélioration. Reste sensible au niveau de la face externe.

A noter que le patient se plaint de vertiges lors de la reverticalisation et de la mise au fauteuil. Réaliser la recherche d'une hypotension orthostatique.

En kinésithérapie, il est réalisé un massage du moignon (pour désensibilisation) ainsi qu'un travail du positionnement du moignon. Travail de l'équilibre debout, les transferts sont réalisés seul. Le patient marche entre les barres parallèles avec des cannes anglaises sans prothèse.

#### **Le 04/12/2014 Dr (psychiatre)**

J'ai pu voir à nouveau Monsieur S. le 24/11/2014 et constater sa relative adaptation psychique à sa prise en charge en MPR

#### **Staff multidisciplinaire et visite du 04/12/2014 : Dr**

Il fait ses transferts seul.

En kinésithérapie, on continue le massage du moignon pour une désensibilisation. Travail du renforcement moteur et des étirements. Marche avec deux cannes béquilles et entre les barres parallèles.

Il va au cercle sportif depuis cette semaine.

La cicatrice est propre avec quelques croûtes. Continuer les pansements gras. Pansement compressif à réaliser ainsi que bonnet élastocompressif.

<sup>58</sup> Absence de plaisir (Dictionnaire des termes de médecine, Maloine, Paris 25<sup>ème</sup> édition, page 47)

Sur le plan social, CMU complémentaire demandée. Dossier MDPH pour reconnaissance travailleur handicapé, formation, et autre. Patient d'accord pour COMETE.

**Staff multidisciplinaire et visite du 11/12/2014 : Dr**

Contrôle chirurgical le 18/12/2014.

La cicatrisation évolue parfaitement.

Progrès en kinésithérapie sur le plan autonomie, stabilité en monopode. Début de la compression par bonnet.

Gros travail d'éducation thérapeutique pour la prise en charge du diabète qui a besoin de beaucoup de suivi.

## 4.53 L'horizon des apprentissages

### 4.531 Le parcours du stage

Tableau 31 : Le tracé du parcours du stage (cas n°4)

Événement : la prise en soin massokinésithérapique d'un patient amputé du membre inférieur			
Objet du soin : la marche appareillée et le traitement des douleurs lombaires			
Le stagiaire relate des conduites	E-V	Les points de réduction expérientielle	
		interne « <i>ce qui se fait ici</i> » <sup>59</sup> (perception) Corps-cerveau	externe « <i>ce qui se fait là-bas</i> » (Ibid., p. 8) (perception) Milieu associé
Le chercheur : c'était la première fois que vous voyiez ce type de patient ? Sabrina: « <i>vraiment</i> » Le chercheur : et donc là vous auriez si vous deviez rencontrer d'autres patients de ce type-là, est-ce que cela vous permettrait de, une approche, est-ce que cela changera votre approche? Sabrina: « <i>ah oui complètement</i> »	E-Rupture et avancée	EV-p P Transition	EV-p P/ EV-p R Changer son approche
Le chercheur : qu'est-ce que vous feriez avec un, comment vous l'aborderiez, puisque là vous l'avez découvert, par partie si j'ose dire Sabrina: « <i>oui c'est par partie en effet, alors que là j'ai une vision beaucoup plus globale de la chose maintenant, je sais à quoi m'attendre, aussi il a des choses que je ne savais pas, maintenant j'ai découvert que je sais, par ex. je ne savais pas, comment prendre en charge un moignon (hésitation) et puis aussi adapter mes exercices (elle insiste sur adapter mes exercices), on a l'habitude d'adapter nos exercices sur, voilà sur des personnes qui ont leur deux jambes, et là maintenant (hésitation) j'ai un plus gros panel d'exercices pour ce genre de personne</i> »		P-v P D'avoir pratiqué « <i>Gros panel d'exercices</i> »	P-v P/ P-v R Vision générale de du traitement Amputés
		EV-p P Découverte du savoir	P-v corps → « on est parlé » « <i>prendre en charge un moignon</i> » « <i>leur deux jambes</i> »
Le chercheur : donc, il faut lui posez des questions à de patient sur comment il ressent son membre, son membre fantôme Sabrina: « <i>alors je lui ai posé la question et il me dit qu'il sent encore son mollet et ses doigts de pied, et qu'il les ressent constamment et apparemment les quatre derniers jours cela serait encore plus intense que, qu'au départ, que depuis son opération, je sais que lui il m'a dit "c'est comme si elle était toujours là" en tout cas comme ci, je lui ai fait une échelle numérique, je lui ai demandé sur 10 et il m'a dit 8, 8 sur 10 sa douleur</i> »	Enquête-exploration	P-v P D'avoir pratiqué une valuation D'avoir gérer une relation de soin	P-v corps → « on est parlé » Membre fantôme
« <i>donc je lui demande toujours de, au niveau de ses douleurs là maintenant lombaires (...) je me suis axé là-dessus parce que j'ai trouvé que c'était assez contraignant pour lui lors des</i>		P-v P D'avoir pratiqué des	P-v P/ P-v R Contrainte

<sup>59</sup> Barbaras, 2009, p. 8

<p>exercices (hésitation) donc ce que je fais c'est que je vois au niveau de ses douleurs lombaires, donc il me dit si cela fait mal ou pas, mais bon, j'ai bien vu que c'était, que c'était assez constant» Schème 1→</p>		<p>valuations D'avoir gérer une relation de soin</p>	<p>V-p P/ V-p R Douleur « si cela fait mal ou pas</p>
<p>« alors au niveau des douleurs j'ai vu une apparition, donc au niveau douleurs lombaires (...) qui sont apparues après la position assise prolongée » Schème 1→</p>		<p>P-v P D'avoir observé</p>	<p>V-p R Douleurs Position assise prolongée</p>
<p>« donc, cela lui posait un problème, lors des, lors des exercices (...) eh bien je dirais que c'est apparu, donc à la troisième semaine, du fait qu'il soit, tout le temps assis (court silence) et souvent, souvent dans son fauteuil, donc (hésitation)» Schème 3→</p>		<p>P-v P D'avoir observé</p>	<p>V-p R Position assise prolongée fauteuil roulant P-v corps → « on est parlé » lui posait un problème</p>
<p><b>T</b> « surtout c'était à cause des douleurs lombaires, qui sont apparues, donc on a voulu prendre en charge, eh bien le côté antalgique, on a voulu s'occuper de, ça, parce que, cela (hésitation) le rendait très pénible, il avait du mal à dormir, donc la fatigue s'installe, donc il n'a plus envie de venir en séance, donc c'est tout un enchaînement après</p>	<p>Épreuve E-V</p>	<p>V-p P D'avoir su réagir face à une évolution clinique afin de préserver ses chances au patient</p>	<p>P-v R<sup>60</sup> Apparition douleurs Ne pas dormir Fatigue Ne vient plus aux séances Transition rééducative P-v P/ P-v R D'avoir observé D'avoir adapté le traitement P-v corps → « on est parlé » « le rendait très pénible »</p>
<p><b>Le chercheur</b> : donc est-ce qu'on peut faire un renforcement si le patient est douloureux? <b>T</b> <b>Sabrina</b> : « voilà c'était ça mon problème, à chaque fois c'est qu'il y avait la douleur, donc tant qu'il y a la douleur je ne peux rien faire avec le patient il faut que je lâ, que je la canalise, et une fois que (hésitation) , qu'il est (hésitation) , parce que c'est vrai que, je pense aussi que c'est un monsieur qui a besoin de relaxation tout ce genre de choses parce qu'il est très (silence) pas anxieux, mais (hésitation) , mais bon en tout cas c'était une barrière, que je ne pouvais pas, que je ne pouvais pas faire de renforcement musculaire tout de suite, cela c'est sûr ». <b>Le chercheur</b> : il y avait une barrière due à la douleur <b>Sabrina</b>: « qui empêchait l'avancement de la séance et d'ailleurs il a sauté une séance à cause de ses douleurs, il n'est pas venu à une de mes séances la semaine dernière à cause de cela »</p>		<p>V-p P D'avoir eu à régler une situation problème ne pas pouvoir pratiquer Barrière</p>	<p>P-v P/ P-v R Douleur Rien faire V-p R « sauté une séance à cause de ses douleurs » Avancement P-v corps → « on est parlé » « canalise » « besoin de</p>

<sup>60</sup> Perception de la stagiaire et du tuteur

<p><b>Sabrina:</b> « je suis en k2, j'ai fait l'effort d'aller les chercher parce qu'ils ne sont qu'en fin d'année »  <b>Le chercheur :</b> vous les avez lus et cela vous avez retrouvé des éléments? (...) qu'est-ce qu'ils disaient dans ces cours comme élément directeur?  <b>Sabrina:</b> « alors comme élément directeur c'était vraiment le profil psychologique qui était, qui ressortait beaucoup, j'étais tout à fait d'accord avec cela »</p>	<b>E-V</b> <b>Ressource</b>	<p><b>EV-p P</b>  Cours l'effort  « d'aller les chercher »</p>	<p><b>EV-p P/ EV-p R</b>  Profil psychologique</p>
<p><b>Sabrina:</b> « ensuite après au niveau de la prise en charge, cela reste toujours très, très axé sur le moignon, cela c'est très important, la forme, le volume (elle insiste sur la forme le volume) (hésitation) ensuite après, gros point important sur la jambe restante qu'il faut constamment surveillé à cause de son diabète, du fait que (hésitation), il a un problème vasculaire, toujours c'est aussi pareil, du lait sur le feu<sup>61</sup>, il y avait cela, et puis musculairement parlant aussi très important, de (hésitation) de renforcer de (hésitation) de faire son endurance »</p>		<p><b>V-p P</b>  D'avoir fait le point sur ses connaissances</p>	<p><b>P-v</b>  corps → « on est parlé » « lait sur le feu » « la jambe restante »  « faire son endurance »</p> <p><b>EV-p P/ EV-p R</b>  « très, très axé sur le moignon » « musculairement de renforcer »</p> <p><b>V-p R</b>  Diabète  Problème vasculaire</p>
<p>(...) « moi j'en avais entendu parler du membre fantôme de tout cela, mais c'est que c'est beaucoup plus concret, on ressent, on ressent plus ce qu'il vit (elle insiste sur vit) ».</p>	<b>E-V</b> <b>assimilation</b>	<p><b>P-v</b>  corps → « on est parlé »  « on ressent plus ce qu'il vit »</p>	<p><b>EV-p P/ EV-p R</b>  Membre fantôme</p>
<p>« Alors ce que je fais<sup>62</sup>, c'est que, d'abord (hésitation) je fais (hésitation et silence) je fais une sorte de mobilisation! Donc en rotation et en inclinaison (silence) (...) vraiment, du rachis (...) au niveau donc de la partie lombaire »  Schème 2→</p>		<p><b>P-v P</b>  D'avoir pratiqué Mobilisation</p>	<p><b>V-p P/ V-p R</b>  Rachis  Partie lombaire  « une sorte de mobilisation »</p>
<p>«et (hésitation) ensuite après ce que, ce que je fais, je fais quelques étirements au niveau des carrés des lombes (...) ensuite, (hésitation) ensuite je propose (hésitation) massage! (...) vraiment, en même temps (court silence) en même temps que je fais mon étirement, je peux, je peux travailler la zone du carré des lombes, pareil» Schème 3→</p>		<p><b>P-v P</b>  D'avoir pratiqué Massage Étirement</p>	<p><b>V-p P/ V-p R</b>  Zone anatomique Carré des lombes</p>
<p>Le chercheur : quand vous le ressentiez (le patient), entre vos mains moins douloureux, c'est cela?  Sabrina : « oui »  Le chercheur : vous passiez à ce moment-là au renforcement musculaire ?  Sabrina: « ou plus rapidement cela c'est sûr »  Le chercheur : et cela durait combien de temps l'antalgique?</p>		<p><b>P-v P</b>  D'avoir pratiqué Techniques antalgiques avant renforcement</p>	<p><b>P-v R</b>  Antalgie</p>

<sup>61</sup> Surveiller l'état clinique du patient en prenant en compte de manière simultanée le moignon, l'état clinique lié au diabète et les réactions aux efforts.

<sup>62</sup> La mise en œuvre de techniques à visée antalgique débute

Sabrina: 10 à 15 minutes »			
« donc (hésitation) ce que, j'ai proposé, donc au patient, ce sont des étirements de la zone (...) du carré des lombes, des mobilisations en rotation, en inclinaison, (hésitation) massage de la région (hésitation) je lui ai conseillé des patchs chauffants » Schème 2 →		<b>P-v P</b> D'avoir conseillé et pratiqué	<b>V-p P / V-p R</b> « j'ai proposé, donc au patient »
« donc ce que je fais aussi (hésitation) c'est que (hésitation) j'évite de, je le verticalise c'est-à-dire je veux qu'il soit aux barres, je veux travailler avec lui (...) voilà » Schème 4 →		Perception D'avoir prescrit	<b>V-p P / V-p R</b> Positions « je veux »
Le chercheur : vous le laissez travailler, vous lui donnez des exercices à faire c'est cela dans votre idée? Sabrina : « oui, vraiment, vraiment je veux que, je veux qu'il prenne conscience qu'il peut faire des choses seul, que l'on a pas besoin là, (...) je suis présente, il fait ses exercices (hésitation) je le corrige, voilà tout en corrigeant (...) c'était une dizaine de minutes et pas plus, et lorsque je voyais qu'il était en confiance, que cela allait, je disais bon, on va petit à petit lui accorder un peu un peu plus d'autonomie »		<b>P-v P</b> D'avoir pratiqué Guidage exercice	<b>P-v</b> corps → « on est parlé » « je voyais qu'il était en confiance » <b>EV-p P / EV-p R</b> « je suis présente je suis présente, il fait ses exercices » « lui accorder un peu plus d'autonomie »
Le chercheur : peut-être que parfois vous ne l'avez pas fait après que vous sentiez que le patient Sabrina « eh bien fatigué ou hé bien après lassé peut-être je ne sais pas, mais c'est vrai qu'il me l'a très peu fait, il me l'a très peu fait, il a toujours fait un petit peu 10, 15, même pas 10 minutes, 5 à 10 minutes je dirai (...) et puis comme il est très taquin il joue de son humour pour laisser passer le temps »		<b>P-v P</b> D'avoir proposé au patient des moments d'autonomie	<b>P-v R</b> « bien fatigué ou hé bien après lassé peut-être je ne sais pas » <b>P-v</b> corps → « on est parlé » « très taquin il joue de son humour »

	Pôle évaluatif-perceptif		Pôle évaluation
Système d'activité	<b>P-v P / P-v R</b>	<b>V-p P / V-p R</b>	<b>EV-p P / EV-p R</b>
Activité	<b>P-v P</b>	<b>V-p P</b>	<b>EV-p P</b>
	<b>P-v R</b>	<b>V-p R</b>	<b>EV-p R</b>
	<b>P-v corps</b> → « on est parlé »		

- P-v P** : Perception-évaluation du processus de Professionnalisation
- P-v R** : Perception-évaluation du processus de Réhabilitation
- V-p P** : Évaluation-perception-du processus de Professionnalisation
- V-p R** : Évaluation-perception-du processus de Réhabilitation
- EV-p P** : Évaluation du processus de Professionnalisation
- EV-p R** : Évaluation du processus de Réhabilitation

4.532 Une étape du parcours de stage : l'Expérience-Vécue Épreuve (l'adaptation des séances de massokinésithérapie)

Une transition s'opère entre deux modes de traitement massokinésithérapique.

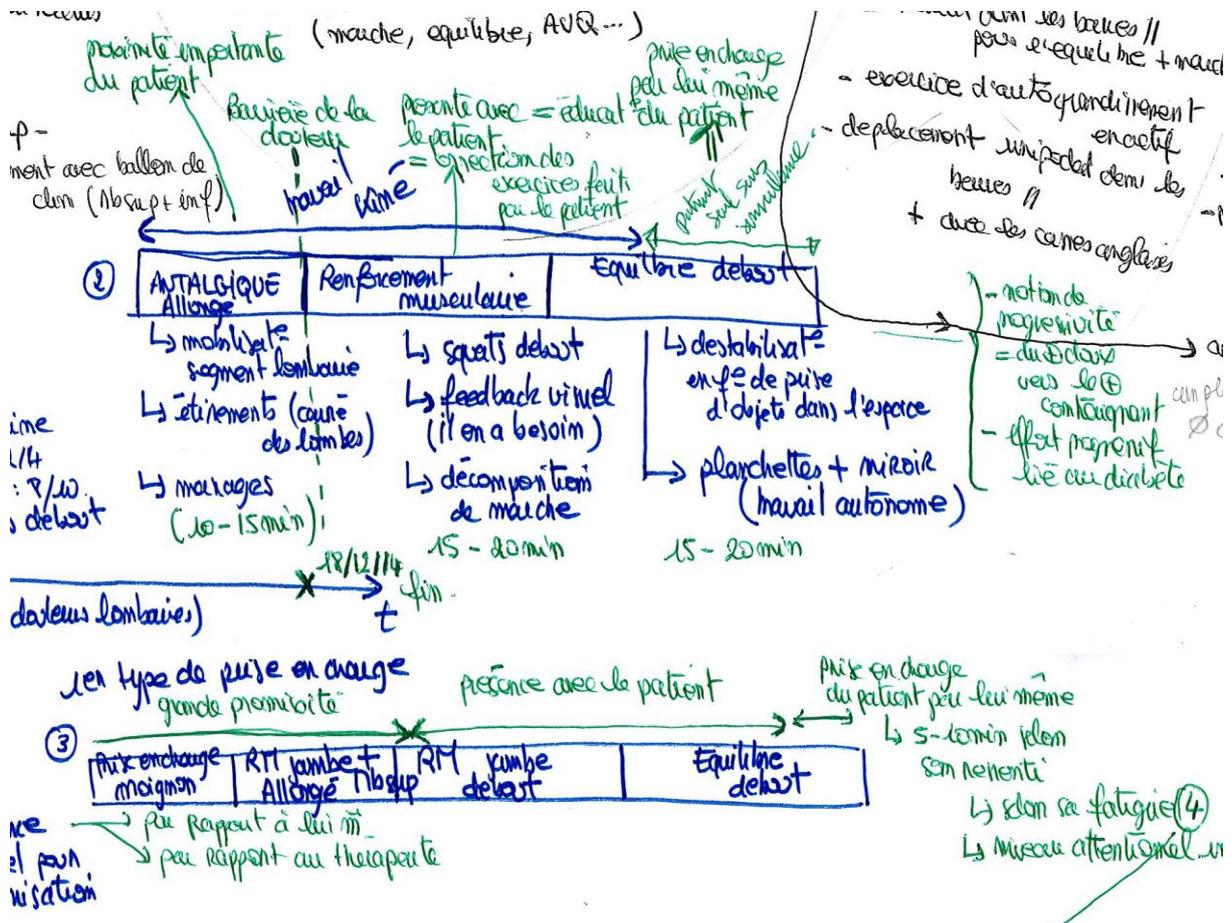


Figure 22 : Outil de recension (schéma d'action connexe au schéma cible) portant sur deux modes d'organisation des séances de rééducation (cas n°4)

Suite à l'apparition des douleurs lombaires le traitement massokinésithérapique a été modifié. Des soins d'antalgie sont ajoutés, ils se situent en début de séance (schéma noté 2). Cette organisation complexe de transition a été gérée par Sabrina.

Des apprentissages divers se sont déclenchés, il ne peut en être autrement<sup>63</sup> pour adapter l'activité à l'évolution soudaine de l'état clinique du patient. Nous constatons (schémas 2 et 3) qu'un principe d'autonomisation a été utilisé ; que la distance corporelle entre la stagiaire et le patient s'est accrue progressivement allant de pair avec l'emploi de techniques dont la visée est l'autonomisation.

Le méta-objet d'évaluation-évaluation-perception a été mis à contribution pour "enregistrer" l'ensemble des paramètres de la situation professionnelle et l'inscrire sur le tracé.

<sup>63</sup> Sabrina débute sa deuxième année de formation, autant dire qu'elle découvre le milieu professionnel et les pathologies.

Sabrina est en début de deuxième année, son expérience antérieure de stage est très réduite, qui se compose d'un stage d'observation et de prise de contact avec le milieu de soin et la massokinésithérapie, en fin de première année. Les cours dispensés à son institut de formation n'ont pas bordé toutes les dimensions morbides dont son patient est porteur. Elle a été obligée de faire des recherches sur la rééducation des amputés, m'a-t-elle dit, pour compenser ce manque.

Le patient dont elle s'est occupée, rentre dans cadre nosologique et thérapeutique complexe mêlant à la fois, les troubles dus au diabète, le suivi d'une amputation du membre inférieur dont la causalité est vasculaire, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) et la survenue d'une lombalgie. À cela, il faut ajouter chez ce patient un syndrome de déconditionnement à l'effort, faisant suite à son alitement dû à l'amputation. Pour couronner cet ensemble complexe, est venu se télescoper, la période de la réadaptation à la position debout, étape nécessaire avant d'envisager la marche appareillée.

Selon Sabrina les douleurs lombaires du patient viennent du fait que son patient surutilise le fauteuil roulant provoquant un maintien prolongé en position assise que son rachis n'a pu supporter. Ce positionnement mal contrôlé sur la durée et en termes de posture a provoqué l'apparition de douleurs au niveau du rachis lombaire ce qui entravent la bonne marche du projet thérapeutique qui en soi est particulièrement ardu à mettre œuvre en place. Aussi il a fallu modifier les modes d'organisation des séances (Cf. Figure 23).

Pour accentuer encore la difficulté dans l'abord de ce patient, vient s'ajouter, une fragilité psycho-sociale, le patient n'a pas confiance en lui et en ses moyens et il manifeste un certain rejet à l'égard des demandes d'auto soin qui lui sont faites par l'équipe soignante, des tensions sont apparues entre lui et les infirmiers. Le médecin de MPR note dans son compte rendu de staff, un déficit d'observance chez ce patient, donc à travailler.

4.533 Un état des valuations-évaluations auprès du patient : l'horizon des apprentissages

Tableau 32 : Points de Réduction Expérientielle établis par le bipôle valuatif-perceptif / évaluatif (cas n°4)

Les étapes du tracé	Les PRExp/VPÉ										
	Lignes	P-v corps	V-p	P-v F	P-v R	V-p F	V-p R	EV-pF	P-v F/P-v R	V-p F/V-p R	EV-p F/ EV-p R
E-V Rupture et avancée	1							i			
	2	e		i				i	e		
E-V Enquête Exploration	3	e		i			e				
	4			i					e	e	
	5			i			e				
	6	e		i			e				
E-V Épreuve	7	e			e				i		
	8	e				i	e		e		
E-V Ressource	9							i			e
	10	e				i	e				e
E-V Assimilation	11	i									e
	12			i						e	
	13			i						e	
	14	i		i	e						
	15			i						e	
	16			i						e	
	17	e		i							e

	18	e		i	e						
--	----	---	--	---	---	--	--	--	--	--	--

PRExp/App : Point de Réduction Expérientielle en rapport avec l'horizon des Apprentissages

i : interne / e : externe

**P-v P** : Perception-valuation du processus de Professionnalisation.

**P-v R** : Perception-valuation du processus de Réhabilitation.

**V-p P** : Valuation-perception du processus de Professionnalisation.

**V-p R** : Valuation-perception du processus de Réhabilitation

**EV-p P** : Évaluation du processus de Professionnalisation

**EV-p R** : Évaluation du processus de Réhabilitation

**P-v P/ P-v R** : Perception-valuation des processus liés Professionnalisation/Réhabilitation.

**V-p P/ V-p R** : Valuation-perception des processus liés Professionnalisation/Réhabilitation.

**EV-p P/ EV-p R** : Évaluation des processus liés Professionnalisation/Réhabilitation.

## 4.54 L'horizon des soins

### 4.541 La position du cycle d'expérientiation étudié

Le discours du stagiaire sur ce segment de l'horizon (échelle temporelle macroscopique) est positionné au niveau de l'étape Expérience-Vécue Assimilation-Élaboration du parcours du stage (Cf. Tableau 33). Le cycle d'expérientiation étudié (échelle temporelle microscopique) se situe au niveau du schème 2→.

Tableau 33 : Segment de l'horizon des apprentissages, lieu d'investigations (cas n°4)

<p>(...) « moi j'en avais entendu parler du membre fantôme de tout cela, mais c'est que c'est beaucoup plus concret, on ressent, on ressent plus ce qu'il vit (elle insiste sur vit). » Ligne 11</p>	<b>E-V Assimilation Élaboration</b>	<p><b>P-v</b> corps → « on est parlé » « on ressent plus ce qu'il vit »</p>	<b>EV-p P/ EV-p R</b> Membre fantôme
<p>« Alors ce que je fais<sup>64</sup>, c'est que, d'abord (hésitation) je fais (hésitation et silence) je fais une sorte de mobilisation! Donc en rotation et en inclinaison (silence) (...) vraiment, du rachis (...) au niveau donc de la partie lombaire » Schème 2→ Ligne 12</p>		<p><b>P-v P</b> D'avoir pratiqué Mobilisation</p>	<p><b>V-p P/ V-p R</b> Rachis Partie lombaire « une sorte de mobilisation »</p>
<p>« et (hésitation) ensuite après ce que, ce que je fais, je fais quelques étirements au niveau des carrés des lombes (...) ensuite, (hésitation) ensuite je propose (hésitation) massage! (...) vraiment, en même temps (court silence) en même temps que je fais mon étirement, je peux, je peux travailler la zone du carré des lombes, pareil » Schème 3→ Ligne 13</p>		<p><b>P-v P</b> D'avoir pratiqué Massage Étirement</p>	<p><b>V-p P/ V-p R</b> Zone anatomique Carré des lombes</p>
<p>Le chercheur : quand vous le ressentiez (le patient), entre vos mains moins douloureux, c'est cela? Sabrina : « oui » Le chercheur : vous passiez à ce moment-là au renforcement musculaire ? Sabrina : « ou plus rapidement cela c'est sûr » Le chercheur : et cela durait combien de temps l'antalgique ? Sabrina : 10 à 15 minutes » Ligne 14</p>		<p><b>P-v P</b> D'avoir pratiqué Techniques antalgiques avant renforcement</p>	<p><b>P-v R</b> Antalgie</p>
<p>« donc (hésitation) ce que, j'ai proposé, donc au patient, ce sont des étirements de la zone (...) du carré des lombes, des mobilisations en rotation, en inclinaison, (hésitation) massage de la région (hésitation) je lui ai conseillé des patchs chauffants » Schème 2→ Ligne 15</p>		<p><b>P-v P</b> D'avoir conseillé et pratiqué</p>	<p><b>V-p P/ V-p R</b> « j'ai proposé, donc au patient »</p>
<p>« donc ce que je fais aussi (hésitation) c'est que (hésitation) j'évite de, je le verticalise c'est-à-dire je veux qu'il soit aux barres, je veux travailler avec lui (...) voilà » Schème 4→ Ligne 16</p>		<p>Perception D'avoir prescrit</p>	<p><b>V-p P/ V-p R</b> Positions « je veux »</p>

<sup>64</sup> La mise en œuvre de techniques à visée antalgique débute

**La conduite : « donc (hésitation) ce que, j'ai proposé, donc au patient » portée par T3/R3**

***La genèse des cycles***

Elle a été suscitée chez le stagiaire par 5 facteurs ou conditions expérientielles : la tâche discrétionnaire issue du dispositif technique des soins, le but du schème, la tâche effective à partager ces deux facteurs sont en lien avec un besoin pragmatique partagé en rapport avec l'objet du soin : la région lombaires et ses rapports avec la marche appareillée, le facteur qui suit, est celui d'une convergence de vues des acteurs qui se concrétise au travers d'une Base d'Orientat(BO), le dernier facteur se rapporte aux savoirs/connaissances présumés mobilisés par le stagiaire.

***Le cadrage des activités par la tâche discrétionnaire le but du schème et la tâche effective à partager***

La tâche discrétionnaire, elle relève du projet thérapeutique, elle est émise par le prescripteur, elle s'énonce comme suit :

- > susciter chez le patient des prises de décision partagée dans le cadre du projet thérapeutique d'appareillage du membre inférieur

Le but du schème 1:

- > Discuter d'un plan de soin à visée antalgique pour la région lombaire

Une tâche effective à partager qui appellera une collaboration des deux acteurs.

- > Mettre en œuvre une prise de décision massokinésithérapique partagée pour le traitement des douleurs lombaires.

***L'activation d'une Base d'Orientat consacrée aux Soins de Réadaptation du rachis Lombaire (BOSRL)***

La base d'orientation montre qu'une partie des RPV 65 réseau (2) ont été utilisés. Ils se sont articulés avec un RPV (1) objet du soin et le RPV facteurs environnementaux. Les RPV ont généré des convergences de vue portant sur 3 activités et participation, et 2 facteurs environnementaux.

La partie de la base d'orientation activée englobe 3 Groupements de Matériaux Expérientiels (GME) (Cf. Tableau 34)

**Tableau 34 : Une utilisation de la BOSRL par le cycle l'expérientiation T3/R3**

Un état de la base d'orientation BOSRL		
<i>Une identification des actions des agents est possible à travers la production qu'ils vont diffuser, dans et à travers le réseau</i>	RPV réseau	2 <sup>ème</sup> GME

<sup>65</sup> RPV : rapprochements des points de vue

Convergence de vue	« interactions de base avec autrui d710 » « relations formelles d740 » « Discussion avec plusieurs personnes d3551 »	RPV <i>objet du soin</i>	
<i>Un ensemble d'entités humaines et non humaines individuelles ou collectives (...) et les relations dans lesquelles elles entrent</i>		RPV <i>réseau</i>	3 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« professionnels de santé e355 » « médicaments e1101 »	RPV <i>facteurs environnementaux</i>	

Commentaires sur des convergences de vue et les GME :

(CIH-2) les activités et participation : « relations formelles d740 » le stagiaire informe le patient de conséquences négatives que pourraient avoir les douleurs lombaire sur l'objectif majeur du projet thérapeutique ; la marche appareillée, ce faisant il se positionne comme membres de l'équipe soignante ; « interactions de base avec autrui d710 » moyens relationnel nécessaires à l'établissement d'une relation de soin et d'accompagnement du patient douloureux ; « Discussion avec plusieurs personnes d3551 » les membres de l'équipe de soin encadrent le patient au jour le jour, des échanges quant à ces douleurs se produisent dont les buts avec l'aide du patient, sont de les cerner et de les faire cesser.

(CIH-2) Les facteurs environnementaux : « professionnels de santé e355 » le stagiaire est un membre d'équipe soignante qui va influencer sur l'attitude du patient, interagir sur son état de santé (actuel et futur) ; « médicaments e1101 », nous incluons les moyens techniques en massokinésithérapie délivrés par le stagiaire qui peuvent être considérés selon nous, comme pouvant répondre à cette définition « tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser une déficience » (organisation mondiale de la santé, 2000, p.137)

Le 2<sup>ème</sup> GME produira des PReXp en lien avec des activités et participation à visée relationnelle et curative et de prévention de la santé, le 3<sup>ème</sup> GME créera des PReXp se rapportant aux contacts établis avec les membres de l'équipe soignante (incluant le stagiaire) et au développement d'un plan de soin massokinésithérapique par l'utilisation rationnelle de moyens techniques.

### ***L'étayage du cycle d'expérientiation par les savoirs connaissances***

Le stagiaire a été en mesure de mobiliser des savoirs connaissances qui lui ont permis d'étayer le cycle d'expérientiation. Les modèles cognitif et/ou opératif dont nous percevons l'affleurement au travers du discours, ont été sollicités voire enrichis.

L'Affleurement des Modèles Cognitif et Opératif (AfMCO) se manifeste dans le(s) fragment(s) de conduite :

- > «j'ai proposé, donc au patient»

L'AfMCO est un indicateur, de savoirs connaissances mobilisables (Cf. encadré et annexe du cas) que le stagiaire aurait pu mobiliser à partir de ses modèles, ou intégrer à ses modèles cognitif et opératif, nous exposons ceux qui sont à même d'avoir été mobilisés en priorité :

(PTV<sup>66</sup>) [Pour engager une démarche de prise de décision partagée le masseur-kinésithérapeute doit avertir le patient que le moment est venu de traiter le rachis lombaire, en raison de l'apparition de douleurs lombaires, que cette décision est à prendre parce que ces douleurs font obstacle à une marche appareillée qui se doit d'être la plus précoce possible]

(PTV) [Pour engager une démarche de prise de décision partagée le masseur-kinésithérapeute se doit de partager les informations dont il dispose sur le traitement des lombalgies afin d'informer son patient des différentes options du traitement et ce en rapport son état clinique, l'avancée du traitement vers une marche appareillée et enfin en lien avec ses habitudes de vie]

(PTV) [La démarche de prise de décision partagée va de pair avec une prise en charge globale du patient lombalgique qui prend en compte le vécu du patient et le retentissement de sa douleur au quotidien dans le centre de rééducation et plus spécifiquement au cours des exercices de rééducation]

### ***Une opérationnalisation du cycle d'expérimentation T3/R3***

Elle passe par la création d'un sous-but qu'appuie, le cas échéant, un aphorisme ou concept en acte/pragmatique véhiculé par les propos tenus par l'équipe soignante, les tuteurs etc.

Le sous but

Parvenir à une prise de décision partagée concernant le traitement des douleurs lombaires

*L'aphorisme, le concept en acte, CAct4 « Conseiller-proposer »*

Le concept en acte CAct 4 «*Conseiller-proposer des soins*», qui pilote la mise en place d'un cadre interactionnel, le plan de soin partagé.

La démarche interactive de décision partagée permettra d'ouvrir des thèmes de discussion, d'entendre les avis les questions et de chercher à comprendre les besoins, de mettre en œuvre un processus d'enquête au quotidien afin de recueillir les signalements de douleurs. Les deux acteurs échangeront au jour le jour sur des adaptations du plan de soin et sur des modifications si cela est accepté par le patient, visant ses habitudes prises dans le service, en particulier l'usage excessif du fauteuil roulant.

*Le théorème en acte T3*

Les douleurs lombaires de mon patient deviennent un obstacle à l'avancée de son programme de rééducation, avec un risque en sus de chronicisation.

---

<sup>66</sup> PTV : proposition tenue pour vrai

*La règle d'action R3*

**Si** je veux que mon patient progresse dans l'avancement de son programme de rééducation, en vue d'acquiescer une marche appareillée, ce qui est un objectif d'autonomisation essentiel pour lui.

**Alors** une décision est prendre concernant la mise en œuvre d'un traitement antalgique de sa région lombaire, elle devra faire l'objet d'une prise de décision partagée entre lui et moi, en s'appuyant sur la prise en compte de son vécu et du retentissement de sa douleur, en clarifiant avec lui les raisons et la temporalité de la décision, en lui présentant l'ensemble des options disponibles, en discutant avec lui du plan de soins, des techniques, de leur objectifs, en l'écoutant dans l'expression de ses besoins, préférences, contraintes et ressources.

4.543 Un état de rapprochement des points de vue avec le patient : l'horizon des soins

**Tableau 35 : Points de Réduction Expérientielle mus par l'Objet du Soin (cas n°4)**

Schème d'action ou d'enquête-exploration	Situation professionnelle (SP)				
Base d'Orientation (B.O.) Pilotage	Construction de la SP par essaimage des Points de Réduction Expérientielle (PRExp)				
1 <sup>er</sup> GME (structure corporelle et fonctions de l'organisme)	PRExp/ObjSoin				
« structure de la région pelviennes s740 »		PRExp T4		PRExp T6	PRExp T6
« tonus des muscles du tronc b7356»		PRExp T4		PRExp T6	PRExp T6
«mobilité du bassin b7201 »			PRExp T4	PRExp T6	PRExp T6
2 <sup>ème</sup> GME (activités et participation)	PRExp/ObjSoin				
« interactions de base avec autrui d710 »	PRExp T3	PRExp T3	PRExp T3	PRExp T3	PRExp T7
« relations formelles d740 »	PRExp T3				PRExp T7
« Acquérir un savoir-faire complexe d1551 »					PRExp T7
« Discussion avec plusieurs personnes d3551»	PRExp T3				PRExp T7
3 <sup>ème</sup> GME (facteurs environnementaux)	PRExp/ObjSoin				
« médicaments e1101 »	PRExp T3	PRExp T4	PRExp T4	PRExp T6	PRExp T7
« professionnels de santé e355 »	PRExp T3	PRExp T6	PRExp T6	PRExp T6	PRExp T7
Cycles d'expérientiation	<b>T3/R3</b>	<b>T4/R4</b>	<b>T5/R5</b>	<b>T6/R6</b>	<b>T7/R7</b>

GME: Groupement de Matériaux Expérientiels

PRExp: Point de Réduction Expérientielle

PRExp/ObjSoin : Points de Réduction Expérientielle mus par l'Objet du Soin

## 4.55 L'horizon des donations

4.551 L'étude du cycle d'expérimentation T3/R3 et la constitution d'une visée commune

**La conduite : « donc (hésitation) ce que, j'ai proposé, donc au patient » et portée par T3/R3**

**L'activité du stagiaire<sup>67</sup> : 1<sup>er</sup> étape dans la constitution des agrégats expérimentiels, détecter des champs expérimentiels**

La conduite narrée portée par T3/R3 s'est constituée en convoquant 5 champs expérimentiels (Cf. Tableau 36). Ceux de la corporéité et de la technique de guidage et d'accompagnement relationnel ont été les plus expérimentés, avec au total 4 mises en mots. L'activation des 6 champs a donné lieu à la production 8 mises en mots.

**Tableau 36 : Des champs expérimentiels intégrés au fonctionnement de T3/R3 (cas n°4)**

Des champs expérimentiels dans leur participation à l'expérimentation de l'objet du soin	
Phase d'élaboration perceptive	Phase de l'intégration du contenu linguistique et de l'énonciation
Convergences de vue vers l'objet du soin <sup>68</sup> Convocation des champs expérimentiels	Convergences de vue vers l'objet du soin Mises en mots
corporéité	« ce que, <b>j'ai proposé</b> » SCH2 INF7 « <b>donc au patient</b> » SCH2 INF8 (2)
technique de guidage et d'accompagnement relationnel	« ce que, <b>j'ai proposé</b> » SCH2 INF7 « <b>donc au patient</b> » SCH2 INF8 (2)
technique instrumentale de soin	« <b>ce</b> que, j'ai proposé » SCH2 INF7 (1)
réflexivité	« ce que, <b>j'ai</b> proposé » SCH2 INF7 (1)
valuation temporelle	« ce que, <b>j'ai proposé</b> » SCH2 INF7 (1)
valuation	« ce que, j'ai <b>proposé</b> » SCH2 INF7 (1)

<sup>67</sup> Plus exactement, une reconstitution de la conduite du stagiaire.

<sup>68</sup> Les caractéristiques (CIH-2) relevées dans la base d'orientation des perceptions/valuations

**L'activité du stagiaire: 2<sup>ème</sup> étape, créer/produire des Points de Réduction Expérientielle (PRExp).**

Les PRExp répondent d'un classement qui est fonction des stratégies de mobilisation des champs expérientiels (Cf. Tableau 37).

**Tableau 37 : Des PRExp de T3/R3 mobilisés par le don/contre don (cas n°4)**

Un classement des PRExp et une formation d'agrégats expérientiels		
Stratégies expérientielles entrée par le/les systèmes d'activité	Fragments de conduite, reliés à l'activité du stagiaire	Fragments de conduite, reliés à l'activité du patient
		« ce que, j'ai proposé » SCH2 INF7
1 <sup>er</sup> maillage interindividuel et tuilage	PRExp de la corporéité	PRExp de la corporéité
2 <sup>ème</sup> maillage interindividuel et tuilage	PRExp de la technique de guidage et d'accompagnement relationnel	PRExp de la technique de guidage et d'accompagnement relationnel
tuilage	PRExp de la technique instrumentale de soin	
	PRExp de la réflexivité	
	PRExp de la valuation temporelle	
	PRExp de la valuation	

Agrégat par maillage interindividuel

Agrégat par Tuilage

**Une interprétation en rapport avec la tâche collective et les systèmes d'activité des acteurs**

Une tâche collective se dessine qui est composée de deux agrégats.

Seulement 2 champs expérientiels sur six, participent à l'agrégat par maillages interindividuels, ce qui dénote la présence de relations interindividuelles (Barthe & Quéinnec, p.674), de rencontres entre les acteurs (Olry, 2015, p. 56°) centrées sur la corporéité, la technique de guidage et d'accompagnement relationnel. L'existence de tâches mutuellement dépendantes s'est profilée en vue de la mise en œuvre d'une décision massokinésithérapique partagée. Le couplage des systèmes d'activité montre une participation équivalente des acteurs.

L'agrégat par tuilage prédomine au sein de la tâche collective du fait qu'il mobilise la totalité des champs expérientiels. Il a produit ou a créé la presque totalité des PRExp. À noter, un sous agrégat remarquable en rapport avec un fragment de conduite du stagiaire qui se rapporte au lancement et au développement de la procédure de

décision partagée. Le stagiaire fait appel à une grande diversité de données expérientielles afin d'ajuster (Olry, 2015, p. 65) son action de soin (aboutir à une décision partagée) en fonction des réactions perçues chez le patient.

Un déséquilibre stagiaire patient apparait dans la création des PRExp nettement en faveur du stagiaire lors de la mise en œuvre de la décision partagée.

**L'activité du stagiaire: 3<sup>ème</sup> étape en vue de l'agencement des agrégats, utiliser les Points de Réduction Expérientielle (PRExp) pour s'entendre avec le patient sur une visée commune.**

Les dons/contre-dons des Fragments de Conduites (FC) :

Le stagiaire a donné à en partage, ses FC par l'entremise

- ⇒ de la corporéité (comme stagiaire membre de l'équipe soignante, en mesure d'appliquer des protocoles de soins, en capacité d'administrer des techniques massokinésithérapiques),
- ⇒ de la technique de guidage et d'accompagnement relationnel (par sa prise de position visant à améliorer l'état de santé du patient, à réaliser les objectifs du projet thérapeutique la marche appareillée, en faisant participer le patient à ces buts, en le formant à la réalisation d'auto-soins, si besoin et en lui demandant de participer à la décision thérapeutique, de mettre en œuvre un plan de soin massokinésithérapique à visée antalgique),
- ⇒ de la technique instrumentale de soin (de la mise en œuvre d'un plan de soin associant de manière rationnelle, des techniques diverses et selon des buts spécifiques et interdépendants, lors de la séance de rééducation pour ce patient en particulier),
- ⇒ de la réflexivité (de la prise de la distance par rapport aux choix techniques, à leurs administrations en y intégrant les besoins du patient),
- ⇒ de la valuation temporelle (de l'administration des techniques et à leur chronologie lors des séances de rééducation),
- ⇒ de la valuation (des effets attendus/obtenus pour chaque technique, pour leurs effets réciproques, leur complémentarité en vue de la réalisation du projet thérapeutique).

Le patient a donné en partage, ses FC par l'entremise

- ⇒ de la corporéité (comme patient souffrant de douleurs lombaires, dans l'attente de soins à visée antalgique, dans le but de pouvoir suivre sa rééducation au jour le jour, de suivre les préconisations d'exercices)
- ⇒ de guidage et d'accompagnement relationnel (de participer aux soins comme lui demande la stagiaire, de prendre en quelque sorte soin de lui-même, d'apprendre à effectuer des techniques d'auto soins et le plus urgent de participer à la décision thérapeutique qui le concerne, celle de mettre en place un plan de soin massokinésithérapique à visée antalgique)
- ⇒ de la technique instrumentale de soin (de se rendre compte de l'ensemble des techniques qui vont être mises en œuvre et agencées lors d'une séance type de rééducation),
- ⇒ de la réflexivité (en se posant des questions sur les objectifs du plan de soin massokinésithérapique et ses besoins en soins immédiats et à venir)

- ⇒ de la valuation temporelle (de percevoir grosso modo, les durées de soin nécessaires pour traiter ses douleurs lors d'une séance de rééducation, ainsi que les durées des exercices, et le temps passé en position assise au fauteuil roulant, qui s'il est trop prolongé provoquera des douleurs lombaires),
- ⇒ de la valuation/perception d'apprendre à connaître son corps aux signaux qu'il renvoie afin de ne pas dépasser ses capacités psychomotrices, posturales, cutanées etc., et de conserver intacts ce capital, pour la marche appareillée à venir.

#### Une visée commune.

Proposer rapidement au patient un plan de soin massokinésithérapique, étant donné la détérioration de sa motivation dans les soins rééducatifs et ce à cause des douleurs lombaires qui font obstacle. Une décision doit être prise à laquelle le patient participe. C'est un tournant dans son hospitalisation, il est nécessaire qu'il conserve la ligne directrice de son projet thérapeutique, c'est une chance pour lui de pouvoir être appareillé, la stagiaire et son tuteur décident de l'informer de cette situation et lui indiquent qu'un changement de programme rééducatif est à prévoir et les soignants demandent son accord / *le patient se sent en difficulté dans ses déplacements, il souffre de son dos, les douleurs l'on rebuté. Le patient écoute les arguments et propositions de soins de la stagiaire et le tuteur parce qu'il perçoit chez eux une attention et une bienveillance à son égard et que profiter de soins visant à diminuer ses douleurs le rassure, aussi le patient opte pour les propositions qui lui sont faites de chercher avant tout dans l'immédiat, à diminuer ses douleurs.*<sup>69</sup>

---

<sup>69</sup> La mise en italique signale l'apport du patient à la visée commune

4.552 Un état de travail coopératif avec le patient : l'horizon des donations

Tableau 38 : Points de Réduction Expérientielle convoqués lors des donations (cas n°4)

Schème d'action ou d'enquête-exploration		Situation Professionnelle (SP)						Cycles d'expérientiation
Base d'Orientation (B.O.) Pilotage		Construction d'une tâche collective par des Points de Réduction Expérientielle (PRExp)						
Donation	Fragments de conduite	PRExp/Don						
Don /la stagiaire vers le patient	« ce que, j'ai proposé » SCH2 INF7	PRExp T3 MT	PRExp T3 T	PRExp T3 T	PRExp T3 MT	PRExp T3 T	PRExp T3 T	<b>T3/R3 étudié</b>
Contre Don/le patient vers la stagiaire	« donc au patient » SCH2 INF8	PRExp T3 MT			PRExp T3 MT			
Don /la stagiaire vers le patient	« ce sont / des étirements » SCH2 INF9		PRExp T4 T	PRExp T4 T				<b>T4/R4</b>
Contre Don/le patient vers la stagiaire	« de la zone du carré des lombes » SCH2 INF10	PRExp T4 T						
Don /la stagiaire vers le patient	« des mobilisations » SCH2 INF11	PRExp T5 MT	PRExp T5 MT	PRExp T5 MT				<b>T5/R5</b>
Contre Don/le patient vers la stagiaire	« en rotation, / en inclinaison » SCH2 INF12	PRExp T5 MT	PRExp T5 MT	PRExp T5 MT				
Don /la stagiaire vers le patient	«massage » SCH2 INF13		PRExp T6 T					<b>T6/R6</b>
Contre Don/le patient vers la stagiaire	« de la région lombar e <sup>70</sup> » SCH2 INF14	PRExp T6 T		PRExp T6 T				
Don /la stagiaire vers le patient	« je (lui) ai conseillé » SCH2 INF15	PRExp T7 MT		PRExp T7 MT	PRExp T7 T	PRExp T7 T	PRExp T7 T	<b>T7/R7</b>
Contre Don/le patient vers la stagiaire	« lui » SCH2 INF16	PRExp T7 MT						
	« des / patchs chauffants » SCH2 INF17		PRExp T7 T	PRExp T7 MT				
Champs expérientiels convoqués		la corporéité	technique instrumentale de soin	la valuation	La technique de guidage et	la réflexivité	la valuation temporelle	

<sup>70</sup> Lombaire ajout du chercheur

				d'accom pagneme nt relationn el			
Fréquences	8	8	7	3	2	2	

PRExp : Point de Réduction Expérientielle

PRExp/Don : Points de Réduction Expérientielle convoqués lors des donations.

MT : Maillage interindividuel/Tuilage (violet)

MI/T : Maillage individuel/Tuilage (orangé)

**T** : Tuilage

SCH : SCHème d'enquête exploration

## 4.56 Le déploiement d'un espace transactionnel à venir (cas n°4)

### 4.561 Les coactivités

C'est le récit de l'activité de la stagiaire qui au centre de ce récit de stage, le patient suit les propositions qui lui sont faites et il se prête aux techniques de soins qui lui sont alors, appliquées.

C'est l'activité clinicothérapeutique de la stagiaire qui est mise en valeur.

Nous exposons l'ensemble des cycles d'expérimentation du schème d'action afin d'examiner s'ils sont les vecteurs de coactivités et de visées communes ce qui permet d'envisager, telle une condition de faisabilité, le déploiement d'un espace transactionnel.

Nous prenons en compte deux critères pour valuer la rationalité de la reconstitution.

- > L'emboîtement des GME et convergences de vue au sein des "récits reconstitués" des coactivités, chez les deux acteurs
- > La concordance des "récits reconstitués" des coactivités du binôme avec la visée commune

SCH1 : schème d'action clinicothérapeutique N°1

T/R : cycle d'expérimentation associant théorème en acte et règle d'action

CAct : concept en acte

Stg : stagiaire

Pt : patient

a, b, c, d, e : marquage des coactivités en fonction des cycles.

La conduite (liée à T3/R3): «donc (hésitation) ce que, j'ai proposé, donc au patient»

#### Cycle étudié dans le cas

Une visée commune : Proposer rapidement au patient un plan de soin massokinésithérapique, étant donné la détérioration de sa motivation dans les soins rééducatifs et ce à cause des douleurs lombaires qui font obstacle. Une décision doit être prise à laquelle le patient devra participer. C'est un tournant dans son hospitalisation, il est nécessaire qu'il conserve la ligne directrice de son projet thérapeutique, c'est une chance pour lui de pouvoir être appareillé, la stagiaire et son tuteur décident de l'informer de cette situation et lui indiquent qu'un changement de programme rééducatif est à prévoir s'il est d'accord / *le patient se sent en difficulté dans ses déplacements, il souffre de son dos, les douleurs l'on rebuté. Il écoute néanmoins la stagiaire et le tuteur parce qu'il perçoit chez eux une attention et une bienveillance à son égard et que profiter de soins visant à diminuer ses douleurs le rassure, aussi le patient optent pour les propositions qui lui sont faites de chercher avant tout dans l'immédiat, à diminuer ses douleurs.*<sup>71</sup>

<sup>71</sup> La mise en italique signale l'apport du patient à la visée commune

- ⇒ Coactivité stg. a : La stagiaire attachée à l'équipe des masseurs kinésithérapeutes (3<sup>ème</sup> GME e355) a engagé une discussion avec le patient sur un projet de plan de soin (2<sup>ème</sup> GME d3551) qu'elle comptait mettre en œuvre et qui le concernait en tant que personne (2<sup>ème</sup> GME d710). La stagiaire a cherché à obtenir l'assentiment éclairé du patient (2<sup>ème</sup> GME d740) en lui expliquant l'ensemble des actions de soins (3<sup>ème</sup> GME e1101) dont une était à classer comme un auto-soin (2<sup>ème</sup> GME d1551) et les motifs du plan de soin en liens avec l'obtention et la conservation d'un état de santé optimal. (2<sup>ème</sup> GME d5702)
- ⇒ Coactivité pt. a : Le patient écoute la proposition de soins (3<sup>ème</sup> GME e1101) qui émane de la stagiaire qui est attachée à l'équipe des masseurs-kinésithérapeutes (3<sup>ème</sup> GME e355). Il peut dans les échanges faire prévaloir ses remarques, ses questions et ses besoins en soins en tant que personne (2<sup>ème</sup> GME d710). Les explications données par la stagiaire lui permettent de donner son assentiment éclairé au projet de plan de soin (2<sup>ème</sup> GME d740), sa participation y sera requise (2<sup>ème</sup> GME d1551) et par voie de conséquence, il prend acte des efforts qu'imposent l'obtention et la conservation d'un état de santé (2<sup>ème</sup> GME d5702)

Résultat : l'emboîtement des GME / convergences de vue au sein des "récits reconstitués" des coactivités est réalisé. La concordance des "récits" des coactivités du binôme avec la visée commune est assurée.

La conduite (liée à T4/R4): «ce sont des étirements de la zone(...) du carré des lombes »

Une visée commune : Proposer au patient l'emploi de la technique d'étirement musculaire en lui expliquant les principes, la manière d'opérer et où (le muscle carré des lombes sera visé) ainsi que la raison essentielle ; les tensions musculaires sont génératrices de positions vicieuses qui seront causeront des douleurs au niveau du rachis/*le patient écoute la stagiaire ses arguments, il perçoit son dos comme bloqué par des tensions musculaires diverses, et il souffre de sa région lombaire, aussi après avoir posé des questions, il accepte la proposition de la stagiaire*

- ⇒ Coactivité stg. b : La stagiaire (3<sup>ème</sup> GME e355) expose au patient (2<sup>ème</sup> GME d710) la technique d'étirement du carré des lombes (1<sup>er</sup> GME s740) qu'elle compte mettre en œuvre (3<sup>ème</sup> GME e1101) et les raisons de ce choix (1<sup>er</sup> GME b7356)
- ⇒ Coactivité pt. b : Le patient écoute (2<sup>ème</sup> GME d710) la proposition de la stagiaire (3<sup>ème</sup> GME e355) qui est d'employer une technique d'étirement musculaire (3<sup>ème</sup> GME e1101) ciblée sur le carré des lombes (1<sup>er</sup> GME s740) et les raisons de ce choix (1<sup>er</sup> GME b7356)

Résultat : l'emboîtement des GME / convergences de vue au sein des "récits reconstitués" des coactivités est réalisé. La concordance des "récits" des coactivités du binôme avec la visée commune est assurée.

La conduite (liée à T5/R5): «des mobilisations en rotation, en inclinaison »

Une visée commune : Proposer au patient l'emploi de la mobilisation articulaire pour le rachis afin de traiter les raideurs vertébrales, causes de douleurs lombaires, pour ce faire les mobilités en rotation et en inclinaison doivent être recherchées/*le patient écoute, les arguments de la stagiaire sur les raisons, les modalités techniques et les attendus de la technique, il souffre de sa région lombaire et perçoit des manques de mobilité au niveau de son dos, le patient après avoir posé des questions, accepte la proposition de la stagiaire.*

- ⇒ Coactivité stg. c : La stagiaire (3<sup>ème</sup> GME e355) expose au patient (2<sup>ème</sup> GME d710) les techniques de mobilisation qu'elle compte mettre en œuvre (3<sup>ème</sup> GME e1101) et les raisons de ce choix (1<sup>er</sup> GME b7201)
- ⇒ Coactivité pt. c : Le patient écoute (2<sup>ème</sup> GME d710) la proposition de la stagiaire (3<sup>ème</sup> GME e355) qui est d'employer une technique de mobilisation (3<sup>ème</sup> GME e1101) et les raisons de ce choix (1<sup>er</sup> GME b7201)

Résultat : Résultat : l'emboîtement des GME / convergences de vue au sein des "récits reconstitués" des coactivités est réalisé. La concordance des "récits" des coactivités du binôme avec la visée commune est assurée.

La conduite (liée à T6/R6): «massage de la région »

Une visée commune : Proposer au patient la mise en œuvre du massage pour la région lombaire afin de détendre la musculature, en faisant baisser son tonus et par des palpations spécifiques traiter les points algiques sur cette zone anatomique/*Le patient écoute, les arguments de la stagiaire sur les bienfaits attendus du massage, il souffre de sa région lombaire, le patient après avoir posé des questions, accepte la proposition de la stagiaire*

- ⇒ Coactivité stg. d : La stagiaire (3<sup>ème</sup> GME e355) expose au patient (2<sup>ème</sup> GME d710) la technique de massage de la région lombaire (1<sup>er</sup> GME s740) qu'elle compte mettre en œuvre (3<sup>ème</sup> GME e1101), et les raisons de ce choix (1<sup>er</sup> GME b7356 et b7201)
- ⇒ Coactivité pt. d : Le patient écoute (2<sup>ème</sup> GME d710) la proposition de la stagiaire (3<sup>ème</sup> GME e355) qui est d'utiliser le massage (3<sup>ème</sup> GME e1101) de la région lombaire (1<sup>er</sup> GME s740) et les raisons de ce choix (1<sup>er</sup> GME b7356 et b7201)

Résultat : l'emboîtement des GME / convergences de vue au sein des "récits reconstitués" des coactivités est réalisé. La concordance des "récits" des coactivités du binôme avec la visée commune est assurée.

La conduite (liée à T7/R7): « je lui ai conseillé des patchs chauffants »

Une visée commune : Conseiller au patient l'utilisation de patchs chauffants en fin de séance de rééducation dans un but d'antalgie, et lui proposer, après lui avoir appris à manier ces patchs, de les appliquer lui-même sur sa région lombaire / *Le patient écoute, les arguments de la stagiaire sur les effets antalgiques des enveloppements chauds et par ailleurs, sa volonté de le faire participer aux soins, et ce en lui proposant d'appliquer lui-même sur sa région lombaire les patchs chauffant en fin de séance, le patient après avoir posé des questions, accepte la proposition de la stagiaire*

- ⇒ Coactivité stg. e : La stagiaire (3<sup>ème</sup> GME e355) donne un conseil au patient (2<sup>ème</sup> GME d710 et d740) sur l'utilisation d'une technique pour la région lombaire (3<sup>ème</sup> GME e1101 et 1<sup>er</sup> GME s740) à laquelle il participera, celle de l'application de patchs chauds (2<sup>ème</sup> GME d1551) et elle lui indique les raisons de ce choix (1<sup>er</sup> GME b7356 et b7201)
- ⇒ Coactivité pt. e : Le patient écoute les conseils (2<sup>ème</sup> GME d710 et d740) de la stagiaire (3<sup>ème</sup> GME e355) qui est d'utiliser l'application de patchs chauds sur la région lombaire (3<sup>ème</sup> GME e1101 et s740), technique à laquelle il participera (2<sup>ème</sup> GME d1551) et les raisons de ce choix (1<sup>er</sup> GME b7356 et b7201)

Résultat : l'emboîtement des GME / convergences de vue au sein des "récits reconstitués" des coactivités est réalisé. La concordance des "récits" des coactivités du binôme avec la visée commune est assurée.

## 4.57. Le croisement des horizons

4.571 Le schème d'enquête-exploration et l'objet du soin activateurs d'un espace transactionnel

Il rend possible un rapprochement des horizons des apprentissages, des donations et des soins.

Cette synthèse expérientielle est en lien avec une personne atteinte d'une pathologie et en regard d'un objet du soin, la concernant.

- De l'interactivité relationnelle suscitée par le stagiaire ont résulté, *les visées communes*.
- De l'interactivité pragmatique suscitée par le stagiaire a résulté, la visée simplifiée de la situation professionnelle.
- De l'interactivité épistémique suscitée par le stagiaire (par l'entremise des rapprochements des points du stagiaire et du patient, constitution de la base d'orientation) ont résulté les théorèmes en acte.

4.572 L'interactivité relationnelle / les visées communes

- ❖ **T3/R3** Proposer rapidement au patient un plan de soin massokinésithérapique, étant donné la détérioration de sa motivation dans les soins rééducatifs et ce à cause des douleurs lombaires qui font obstacle. Une décision doit être prise à laquelle le patient devra participer. C'est un tournant dans son hospitalisation, il est nécessaire qu'il conserve la ligne directrice de son projet thérapeutique, c'est une chance pour lui de pouvoir être appareillé, la stagiaire et son tuteur décident de l'informer de cette situation et lui indiquent qu'un changement de programme rééducatif est à prévoir s'il est d'accord / *le patient se sent en difficulté dans ses déplacements, il souffre de son dos, les douleurs l'on rebuté. Il écoute néanmoins la stagiaire et le tuteur parce qu'il perçoit chez eux une attention et une bienveillance à son égard et que profiter de soins visant à diminuer ses douleurs le rassure, aussi le patient optent pour les propositions qui lui sont faites de chercher avant tout dans l'immédiat, à diminuer ses douleurs.*<sup>72</sup>
- ❖ **T4/R4** Proposer au patient l'emploi de la technique d'étirement musculaire en lui expliquant les principes, la manière d'opérer et où (le muscle carré des lombes sera visé) ainsi que la raison essentielle ; les tensions musculaire sont génératrices de positions vicieuses qui seront causeront des douleurs au niveau du rachis/*le patient écoute la stagiaire ses arguments, il perçoit son dos comme bloqué par des tensions musculaires diverses, et il souffre de sa région lombaire, aussi après avoir posé des questions, il accepte la proposition de la stagiaire.*<sup>73</sup>
- ❖ **T5/R5** Proposer au patient l'emploi de la mobilisation articulaire pour le rachis afin de traiter les raideurs vertébrales, causes de douleurs lombaires, pour ce faire les mobilités en rotation et en inclinaison doivent être recherchées//le

<sup>72</sup> La mise en italique signale l'apport du patient à la visée commune

<sup>73</sup> La mise en italique signale l'apport du patient à la visée commune

*patient écoute, les arguments de la stagiaire sur les raisons, les modalités techniques et les attendus de la technique, il souffre de sa région lombaire et perçoit des manques de mobilité au niveau de son dos, le patient après avoir posé des questions, accepte la proposition de la stagiaire.*

- ❖ **T6/R6** Proposer au patient la mise en œuvre du massage pour la région lombaire afin de détendre la musculature, en faisant baisser son tonus et par des palpations spécifiques traiter les points algiques sur cette zone anatomique/ *Le patient écoute, les arguments de la stagiaire sur les bienfaits attendus du massage, il souffre de sa région lombaire, le patient après avoir posé des questions, accepte la proposition de la stagiaire*<sup>74</sup>
- ❖ **T7/R7** Conseiller au patient l'utilisation de patchs chauffants en fin de séance de rééducation dans un but d'antalgie, et lui proposer, après lui avoir appris à manier ces patchs, de les appliquer lui-même sur sa région lombaire/ *Le patient écoute, les arguments de la stagiaire sur les effets antalgiques des enveloppements chauds et par ailleurs, sa volonté de le faire participer aux soins, et ce en lui proposant d'appliquer lui-même sur sa région lombaire les patchs chauffant en fin de séance, le patient après avoir posé des questions, accepte la proposition de la stagiaire*

#### 4.573 L'interactivité pragmatique / une ébauche d'un schéma d'action d'une situation professionnelle

C'est un tableau de bord qui permet de piloter la mise en œuvre de la situation professionnelle au jour le jour. Un réglage des interactions des processus de professionnalisation et de réhabilitation peut s'opérer en regard de l'objet du soin (les capacités de préservation de l'équilibre) grâce à une visée simplifiée de la situation professionnelle que donnent les horizons.

**Tableau 39 : Une ébauche d'un schéma d'action d'une la situation professionnelle**

Codifications	Période de l'hospitalisation après l'apparition des douleurs lombaires								
Horizons temporels (HT) SCH2 T3/R3 : (HT 'pour DPDP) et (HT pour DRT)	SCH2 T3/R3 1 <sup>er</sup> durée de la Prise de Décision Partagée (DPDP)	Durées réservées à la Réalisation des Techniques (DRT)				SCH2 T3/R3 N <sup>me</sup> durée de la prise de décision partagée	N <sup>me</sup> durées réservées à la réalisation des techniques		
Horizons temporels SCH2 T4/R4 (HT'pour DPDP) et (HT pour DRT)	incluant : (HT') SCH2 T4/R4 (HT') SCH2 T5/R5 (HT') SCH2 T6/R6 (HT') SCH2 T7/R7	(HT) SCH2 T4/R4				(HT) SCH2 T4/R4			
Horizons temporels SCH2 T5/R5 (HT'pour DPDP) et (HT pour DRT)			(HT) SCH2 T5/R5				(HT) SCH2 T5/R5		
Horizons temporels SCH2 T6/R6 (HT'pour DPDP) et (HT pour DRT)				(HT) SCH2 T6/R6				(HT) SCH2 T6/R6	
Horizons temporels SCH2					(HT) SCH2			(HT) SCH2	

<sup>74</sup> La mise en italique signale l'apport de la patiente à la visée commune

T6/R6 (HT pour DPDP) et (HT pour DRT)						T7/R7					T7/R7
	Innovation : 1 <sup>er</sup> séquence à visée antalgique					N <sup>me</sup> séquence à visée antalgique					
	Épisode de la prise de décision partagée : le traitement antalgique de la région lombaire	Mise en œuvre l'étirement du carré des lombes	Mise en œuvre de la mobilisation articulaire	Mise en œuvre du massage lombaire	Mise en œuvre des patchs chauffants	N <sup>me</sup> prise de décision partagée : le traitement antalgique de la région lombaire	N <sup>me</sup> mise en œuvre de l'étirement carré des lombes)	N <sup>me</sup> mise en œuvre de la mobilisation articulaire	N <sup>me</sup> mise en œuvre du massage lombaire	N <sup>me</sup> mise en œuvre des patchs chauffants	

L'horizon temporel a un aspect particulier, celui d'un compartimentage des durées accolées les unes aux autres (Cf. Tableau), comme si nous avions affaire à un grillage temporel dans le but de retenir ce qui s'y trouve inclus, les séquences de soins, le patient et la stagiaire. On a l'impression que la stagiaire s'efforce de contenir, retenir, maîtriser à tout moment, l'écoulement du temps. L'OCP, *les douleurs de la région lombaires* à donner lieu à la création /production de l'OCP *transformé*, la prise de décision partagée concernant la mise en œuvre du traitement antalgique de la région lombaire (de ses techniques).

La stagiaire avance avec prudence, elle doit être sûre de l'accord donné, c'est une procédure systématique de contrôle de la situation de mise en travail de l'OCP qui est exposée. Cette procédure se répète lors de chaque séance afin d'apprécier la pertinence de l'OCP, et des OCP transformés qui en découlent Sabrina est en début de deuxième année, elle est en recherche d'une maîtrise de la situation de mise en travail de l'OCP, aussi agit-elle par segment ou action qu'elle contrôle les unes après les autres afin de ne pas faire de faux pas.

Le patient est vulnérable, les pathologies dont il est atteint rendent son état de santé fluctuant lors de la séance, il faut donc être très attentif. Le déploiement de l'horizon temporel relate cette ambiance, ce climat et la forme de la relation thérapeutique, la rencontre entre Sabrina et son patient.

#### 4.574 L'interactivité épistémique<sup>75</sup> /les théorèmes en acte

- **T3** Les douleurs lombaires de mon patient deviennent un obstacle à l'avancée de son programme de rééducation, avec un risque en sus de chronicisation.
- **T4** : Le raccourcissement du muscle carré des lombes peut induire une attitude vicieuse et des douleurs au niveau du rachis lombaire.
- **T5**. Une raideur articulaire du rachis lombaire peut induire une limitation de sa fonction et des douleurs au niveau de ce segment vertébral.
- **T6 et T7** Une limitation de la fonctionnalité de la région lombaire peut être couplée à des douleurs siégeant sur cette même région.

<sup>75</sup> L'interactivité épistémique est essentiellement portée par la stagiaire, le patient y participe par la compréhension (en fonction de ses capacités) qu'il a de l'action de la stagiaire envers lui.

#### 4.575 Un espace transactionnel régit par un concept organisateur et un Objet Clinique à Partager

Le schème d'enquête–exploration, muni d'un concept organisateur ouvre un espace transactionnel, mais sans contenu il ne peut fonctionner.

L'espace transactionnel ne peut se concevoir sans un contenu dont il doit assurer le déplacement au sein de l'espace.

Le concept organisateur, détermine la configuration des objets qui y transitent

L'objet du soin est l'entité qui été visée par le stagiaire et la patiente : la marche appareillée et le traitement des douleurs lombaires.

L'objet du soin sera remanié par le concept organisateur, celui du « *partager*<sup>76</sup> avec le patient».

Le résultat du remaniement voit la conceptualisation d'un objet adapté à l'espace transactionnel, l'Objet Clinique à Partager (O.C.P.) : les douleurs de la région lombaire

#### 4.576 La genèse d'un instrument dans un espace transactionnel

L'organisation des composants de l'outil-instrument : en caissons et avec des progressions par blocs d'exercices

L'objet technique concret, est définit par sa trame temporelle en forme de caissons avec des progressions par blocs d'exercices (Cf. tableau). Celles-ci sont ponctuées par les prises de décisions partagées, par les types d'exercices et les efforts demandés au patient (principe de progressivité auquel se réfère Sabrina pour la conduite du traitement de ce patient diabétique).

L'objet technique concret répond aux caractéristiques de concrétisation, de cohérence interne, et d'incorporation d'une partie du monde naturel. Il est composé d'un assemblage de cinq éléments techniques « dépositaires de la technicité » (Simondon, 2012, p. 95) massokinésithérapique (encadrés orangés, à titre d'exemple nous en avons fait figurer que trois) : un plan de soin, les étirements du carré des lombes, la mobilisation de rachis lombaire, le massage de la région lombaire et la thermothérapie enveloppante pour cette même région.

Comme pour Alexandre, les cinq éléments techniques se complètent par leurs effets psychophysiologiques, de prime abord, sur l'auto conduite du patient vis-à-vis du traitement, afin que, ce traitement devienne pour lui, le sien (sa participation est demandée aux décisions concernant son état de santé), secundo, par l'activation synergique des éléments techniques dans le but de traiter avec efficience sa région lombaire douloureuse. La mise en travail de l'OCP les douleurs de la région lombaire, représente la partie du monde à laquelle se réfèrent les deux protagonistes.

La fonction active de l'objet technique concret est privilégiée, l'obstacle de la douleur doit être surmonté, pour que la qualité de vie du patient se rétablisse rapidement, qu'il ne soit pas tenté de ne pas venir à ses séances de massokinésithérapie, et qu'il puisse

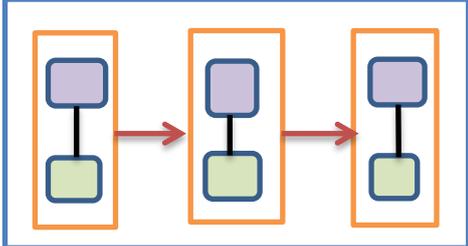
---

<sup>76</sup> En partage. Comme don naturel. *Avoir, donner, recevoir qqc. en partage; échoir, tomber, revenir en partage à qqn.* © 2012 - CNRTL

de concert, avec la stagiaire poursuivre l'objectif immédiat qui est de se réadapter à la position debout au moyen des barres parallèles. Sabrina a fabriqué un outil de contrôle et de fabrication massokinésithérapique à visée antalgique, afin de restaurer la fonctionnalité de la région lombaire de son patient.

L'objet technique concret, son milieu associé, ses composants et sa forme active-perceptive

**Tableau 40 : L'outil / instrument de contrôle et de fabrication réalisé par la stagiaire**

L'OCP et OCP transformé (milieu associé : une partie du monde naturel)	L'objet technique concret (composants : trames temporelles et contenus)	L'outil-instrument (forme active-perceptive)
<p>Sabrina Schème 2→ But : Diminuer les douleurs <b>OCP</b> : Les douleurs de la région lombaire <b>OCP transformé</b> : la prise de décision partagée concernant la mise en œuvre du traitement antalgique de la région lombaire (de ses techniques)</p>	<p>En caissons et avec des progressions</p> 	<p>Outil instrument de contrôle et de fabrication</p>

Codifications :

Patient : carré violet

Stagiaire : carré vert

## 4.6 Étude de cas n°5

### 4.61 L'extrait issu du débriefing

Synthèse éditée par Sonal (v.2.0) :01:37 > 02:44

Filière professionnelle: soins massokinésithérapie

Parcours formation: deuxième année de formation en massokinésithérapie

Champs d'investigations cliniques: amputation du membre inférieur

Événements clinicothérapeutiques relatés par la stagiaire : évocations de positionnements contraints durables ou ponctuels passés ou présents (allongé, assis, debout) ayant des conséquences diverses (immobilisations corporelles, douleurs) et soumis à des objectifs spécifiques (but de verticalisation)]

Tag(s): organisation, séance, douleurs lombaires, contraignant pour lui, mobilisation, rotation, inclinaison, rachis, étirements, massage,

Chercheur: comment avez-vous organisez votre séance?

Sabrina: « *(hésitation) donc je lui demande toujours de, au niveau de ses douleurs là maintenant lombaires je me suis axé là-dessus parce que j'ai trouvé que c'était assez contraignant pour lui lors des exercices (hésitation) donc ce que je fais c'est que je vois au niveau de ses douleurs lombaires, donc il me dit si cela fait mal ou pas, mais bon, j'ai bien vu que c'était, que c'était assez constant. Alors ce que je fais, c'est que, d'abord (hésitation) je fais (hésitation et silence) je fais une sorte de mobilisation! Donc en rotation et en inclinaison (silence) »*

Sabrina: « *vraiment, du rachis au niveau donc de la partie lombaire et (hésitation) ensuite après ce que, ce que je fais, je fais quelques étirements au niveau des carrés des lombes (hésitation) ensuite, (hésitation) ensuite je propose (hésitation) massage! Vraiment, en même temps (court silence) en même temps que je fais mon étirement, je peux, je peux travailler la zone du carré des lombes, pareil »*

### 4.62 Présentation du patient et de sa pathologie

#### **MOTIF D'HOSPITALISATION**

Patient de 49 ans, hospitalisé dans notre service pour prise en charge rééducative d'une amputation de cuisse gauche le 04/11/2014 pour ischémie dépassée dans le cadre d'une AOMI.

#### **ANTECEDENTS**

##### **\*Médicaux**

Diabète de type II découvert en 2010, non traité

Dyslipidémie non traitée  
AOMI au niveau du membre inférieur gauche depuis 2007

### **MODE DE VIE**

Le patient vit dans un studio. Il vit seul, n'a pas d'enfant. Il est au 2<sup>ème</sup> étage avec ascenseur. Il y a 3 à 4 marches à l'entrée du bâtiment puis après l'ascenseur. Il est au chômage depuis 2 ans car son contrat s'est terminé. Etait peintre en bâtiment.

### **HISTOIRE DE LA MALADIE**

AOMI de la jambe gauche découverte en 2007 devant une claudication douloureuse à la marche. Mi-octobre 2014, devant une douleur d'apparition brutale du MIG, un angio-TDM retrouve une occlusion des 2 axes iliaques avec une reprise au niveau des artères fémorales profondes. Pontage aorto-bifémoral le 21/10. Tableau d'ischémie dépassée et infection de toute la loge postérieure de la jambe G sur thrombose de pontage en postopératoire d'étiologie indéterminée. Amputation transfémorale G le 04/11/2014.

### **EXAMEN CLINIQUE A L'ENTREE**

#### **Constantes**

: 19 EVA Douleurs : 0

#### **Examen neurologique**

Aux membres inférieurs, les ROT rotuliens et achilléens ne sont pas retrouvés à droite (neuropathie diabétique ?). RCP indifférents.

Pas de trouble de la sensibilité proprioceptive, thermo-algique et superficielle.

Le testing moteur au membre inférieur droit est normal.

#### **Examen orthopédique**

Pas de limitation d'amplitudes au membre inférieur droit. Au membre inférieur gauche, amputation au niveau du 1/3 inférieur du fémur (en attente du compte-rendu).

Cicatrice propre, non inflammatoire, pas encore refermée.

#### **Sur le plan psychologique**

Le patient décrit une tristesse mais pas d'idées suicidaires d'après lui. Un avis rapide par la psychiatre du service sera quand même nécessaire afin d'évaluer le risque suicidaire.

### **AU TOTAL**

Il s'agit donc d'un patient de 49 ans, hospitalisé en rééducation en post-amputation du membre inférieur gauche pour ischémie dépassée chez un patient dépassant présentant un diabète de type II non traité, une AOMI depuis 2007 et une dyslipidémie non traitée. Patient fragile sur le plan psychologique.

### **PROJET THERAPEUTIQUE**

### **Sur le plan infirmier**

- Surveillance des constantes, du transit, des mictions, du poids
- Surveillance glycémique et EVA dl.
- Soins de cicatrice du moignon réguliers
- Prévention du risque suicidaire

### **Sur le plan médical**

- Bilan de thrombose et du diabète en attente
- Adaptation du traitement médical, notamment contre la douleur et le diabète.
- Education thérapeutique et travail de l'observance. Un objectif de prothèse a été conclu avec le patient.
- Surveillance sur le plan infectieux
- 

### **Sur le plan rééducatif**

- En kinésithérapie : renforcement musculaire des membres supérieurs et des épaules. Renforcement musculaire du membre inférieur droit. Travail de la marche et de l'équilibre entre les barres parallèles. Travail de la marche avec une prothèse. Travail de relaxation.
- Surveillance et suivi avec la psychiatre et la psychologue/psychomotricienne.
- Orthoprothésiste : prothèse MID provisoire dans un 1<sup>er</sup> temps.

### **Sur le plan social**

- Une demande de 100% a été demandée auprès du médecin traitant par la famille.

### **EVOLUTION DANS LE SERVICE**

#### **Dr (psychiatre) le 18/11/14**

Ce jour dénie avoir des idées suicidaires et déclare même « avoir envie de vivre ». Il n'existe pas ce jour ni d'anhédonie<sup>77</sup>, ni de tristesse de l'humeur et encore moins d'évocation suicidaire. Le tonus vital est correct. Le sommeil et l'appétit sont décrits comme « satisfaisants ». Donc, actuellement, pas de risque suicidaire patent mais d'autres entretiens permettront de mieux cerner cette personnalité soit abandonnique soit passive dépendante.

#### **Staff multidisciplinaire et visite du 27/11/2014 : Dr**

Le pansement du moignon est en amélioration. Reste sensible au niveau de la face externe. A noter que le patient se plaint de vertiges lors de la reverticalisation et de la mise au fauteuil. Réaliser la recherche d'une hypotension orthostatique.

En kinésithérapie, il est réalisé un massage du moignon (pour désensibilisation) ainsi qu'un travail du positionnement du moignon. Travail de l'équilibre debout, les transferts sont réalisés seul. Le patient marche entre les barres parallèles avec des cannes anglaises sans prothèse.

#### **Le 04/12/2014 Dr (psychiatre)**

J'ai pu voir à nouveau Monsieur S. le 24/11/2014 et constater sa relative adaptation psychique à sa prise en charge en MPR

---

<sup>77</sup> Absence de plaisir (Dictionnaire des termes de médecine, Maloine, Paris 25<sup>ème</sup> édition, page 47)

**Staff multidisciplinaire et visite du 04/12/2014 : Dr**

Il fait ses transferts seul.

En kinésithérapie, on continue le massage du moignon pour une désensibilisation. Travail du renforcement moteur et des étirements. Marche avec deux cannes béquilles et entre les barres parallèles.

Il va au cercle sportif depuis cette semaine.

La cicatrice est propre avec quelques croûtes. Continuer les pansements gras. Pansement compressif à réaliser ainsi que bonnet élastocompressif.

Sur le plan social, CMU complémentaire demandée. Dossier MDPH pour reconnaissance travailleur handicapé, formation, et autre. Patient d'accord pour COMETE.

**Staff multidisciplinaire et visite du 11/12/2014 : Dr**

Contrôle chirurgical le 18/12/2014.

La cicatrisation évolue parfaitement.

Progrès en kinésithérapie sur le plan autonomie, stabilité en monopode. Début de la compression par bonnet.

Gros travail d'éducation thérapeutique pour la prise en charge du diabète qui a besoin de beaucoup de suivi.

## 4.63 L'horizon des apprentissages

### 4.631 Le parcours du stage

Tableau 41 : Le tracé du parcours du stage (cas n°5)

Événement : la prise en soin massokinésithérapique d'un patient amputé du membre inférieur			
Objet du soin : la marche appareillée et le traitement des douleurs lombaires			
Le stagiaire relate des conduites	E-V	Les points de réduction expérientielle	
		état interne	état externe
		« <i>ce qui se fait ici</i> » <sup>78</sup> (perception) Corps-cerveau	« <i>ce qui se fait là-bas</i> » (Ibid., p. 8) (perception) Milieu associé
Le chercheur : c'était la première fois que vous voyiez ce type de patient ? Sabrina: « <i>vraiment</i> » Le chercheur : et donc là vous auriez si vous deviez rencontrer d'autres patients de ce type-là, est-ce que cela vous permettrait de, une approche, est-ce que cela changera votre approche? Sabrina: « <i>ah oui complètement</i> » Ligne 1	E-Rupture et avancée	EV-p P Transition	EV-p P/ EV-p R Changer son approche
Le chercheur : qu'est-ce que vous feriez avec un, comment vous l'aborderiez, puisque là vous l'avez découvert, par partie si j'ose dire Sabrina: « <i>oui c'est par partie en effet, alors que là j'ai une vision beaucoup plus globale de la chose maintenant, je sais à quoi m'attendre, aussi il a des choses que je ne savais pas, maintenant j'ai découvert que je sais, par ex. je ne savais pas, comment prendre en charge un moignon (hésitation) et puis aussi adapter mes exercices (elle insiste sur adapter mes exercices), on a l'habitude d'adapter nos exercices sur, voilà sur des personnes qui ont leur deux jambes, et là maintenant (hésitation) j'ai un plus gros panel d'exercices pour ce genre de personne</i> » 2		P-v P D'avoir pratiqué « <i>Gros panel d'exercices</i> »	P-v P/ P-v R Vision générale de la du traitement Amputés
		EV-p P Découverte du savoir	P-v corps → « on est parlé » « <i>prendre en charge un moignon</i> » « <i>leur deux jambes</i> »
Le chercheur : donc, il faut lui posez des questions à de patient sur comment il ressent son membre, son membre fantôme Sabrina: « <i>alors je lui ai posé la question et il me dit qu'il sent encore son mollet et ses doigts de pied, et qu'il les ressent constamment et apparemment les quatre derniers jours cela serait encore plus intense que, qu'au départ, que depuis son opération, je sais que lui il m'a dit "c'est comme si elle était toujours là" en tout cas comme ci, je lui ai fait une échelle numérique, je lui ai demandé sur 10 et il m'a dit 8, 8 sur 10 sa douleur</i> » 3	Enquête-exploration	P-v P D'avoir pratiqué une valuation D'avoir gérer une relation de soin	P-v corps → « on est parlé » « <i>c'est comme si elle était toujours là</i> »
			V-p R Membre fantôme Douleur
« <i>donc je lui demande toujours de, au niveau de ses douleurs là maintenant lombaires (...) je me suis axé là-dessus parce que j'ai trouvé que c'était assez contraignant pour lui lors des exercices (hésitation) donc ce que je fais c'est que je vois au niveau de ses douleurs lombaires, donc il me dit si cela fait mal ou pas, mais bon, j'ai bien vu que c'était, que c'était assez constant</i> » 4 Schème 1→		P-v P D'avoir pratiqué des valuations D'avoir gérer une relation de soin	P-v P/ P-v R Contrainte  V-p P/ V-p R Douleur « <i>si cela fait mal ou pas</i> »

<sup>78</sup> Barbaras, 2009, p. 8

<p>« alors au niveau des douleurs j'ai vu une apparition, donc au niveau douleurs lombaires (...) qui sont apparues après la position assise prolongée » 5 Schème 1→</p>		<p>P-v P D'avoir observé</p>	<p>V-p R Douleurs Position assise prolongée</p>
<p>« donc, cela lui posait un problème, lors des, lors des exercices (...) eh bien je dirais que c'est apparu, donc à la troisième semaine, du fait qu'il soit, tout le temps assis (court silence) et souvent, souvent dans son fauteuil, donc (hésitation)» 6 Schème 3→</p>		<p>P-v P D'avoir observé</p>	<p>V-p R Position assise prolongée fauteuil roulant</p> <p>P-v corps → « on est parlé » lui posait un problème</p>
<p>T « surtout c'était à cause des douleurs lombaires, qui sont apparues, donc on a voulu prendre en charge, eh bien le côté antalgique, on a voulu s'occuper de, ça, parce que, cela (hésitation) le rendait très pénible, il avait du mal à dormi, donc la fatigue s'installe, donc il n'a plus envie de venir en séance, donc c'est tout un enchaînement après » 7</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Épreuve E-V</p>	<p>V-p P D'avoir su réagir face à une évolution clinique afin de préserver ses chances au patient</p>	<p>P-v R<sup>79</sup> Apparition douleurs Ne pas dormir Fatigue Ne vient plus aux séances Transition rééducative</p> <p>P-v P/ P-v R D'avoir observé D'avoir adapté le traitement</p> <p>P-v corps → « on est parlé » « le rendait très pénible »</p>
<p><b>Le chercheur</b> : donc est-ce qu'on peut faire un renforcement si le patient est douloureux? <b>Sabrina</b> : « voilà c'était ça mon problème, à chaque fois c'est qu'il y avait la douleur, donc tant qu'il y a la douleur je ne peux rien faire avec le patient il faut que je là, que je la canalise, et une fois que (hésitation) , qu'il est (hésitation) , parce que c'est vrai que, je pense aussi que c'est un monsieur qui a besoin de relaxation tout ce genre de choses parce qu'il est très (silence) pas anxieux, mais (hésitation) , mais bon en tout cas c'était une barrière, que je ne pouvais pas, que je ne pouvais pas faire de renforcement musculaire tout de suite, cela c'est sûr ». <b>Le chercheur</b> : il y avait une barrière due à la douleur <b>Sabrina</b> : « qui empêchait l'avancement de la séance et d'ailleurs il a sauté une séance à cause de ses douleurs, il n'est pas venu à une de mes séances la semaine dernière à cause de cela » 8</p>		<p>V-p P D'avoir eu à régler une situation problème ne pas pouvoir pratiquer Barrière</p>	<p>P-v P/ P-v R Douleur Rien faire</p> <p>V-p R « sauté une séance à cause de ses douleurs » Avancement</p> <p>P-v corps → « on est parlé » « canalise » « besoin de »</p>
<p><b>Sabrina</b> : « je suis en k2, j'ai fait l'effort d'aller les chercher parce qu'ils ne sont qu'en fin d'année » <b>Le chercheur</b> : vous les avez lus et cela vous avez retrouvé des éléments? (...) qu'est-ce qu'ils disaient dans ces cours comme élément directeur? <b>Sabrina</b> : « alors comme élément directeur c'était vraiment le profil psychologique qui était, qui ressortait beaucoup, j'étais tout à fait d'accord avec cela », 9</p>		<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Ressource E-V</p>	<p>EV-p P Cours l'effort « d'aller les chercher</p>

<sup>79</sup> Perception de la stagiaire et du tuteur

<p><b>Sabrina:</b> « ensuite après au niveau de la prise en charge, cela reste toujours très, très axé sur le moignon, cela c'est très important, la forme, le volume (elle insiste sur la forme le volume) (hésitation) ensuite après, gros point important sur la jambe restante qu'il faut constamment surveillé à cause de son diabète, du fait que (hésitation), il a un problème vasculaire, toujours c'est aussi pareil, du lait sur le feu<sup>80</sup>, il y avait cela, et puis musculairement parlant aussi très important, de (hésitation) de renforcer de (hésitation) de faire son endurance » 10</p>		<p><b>V-p P</b> D'avoir fait le points sur ses connaissances</p>	<p><b>P-v</b> corps → « on est parlé » « lait sur le feu » « la jambe restante » « faire son endurance »</p> <p><b>EV-p P/ EV-p R</b> « très, très axé sur le moignon » « musculairement de renforcer »</p> <p><b>V-p R</b> Diabète Problème vasculaire</p>
<p>(...) « moi j'en avais entendu parler du membre fantôme de tout cela, mais c'est que c'est beaucoup plus concret, on ressent, on ressent plus ce qu'il vit (elle insiste sur vit). »<sup>11</sup></p>		<p><b>P-v</b> corps → « on est parlé » « on ressent plus ce qu'il vit »</p>	<p><b>EV-p P/ EV-p R</b> Membre fantôme</p>
<p>« Alors ce que je fais<sup>81</sup>, c'est que, d'abord (hésitation) je fais (hésitation et silence) je fais une sorte de mobilisation! Donc en rotation et en inclinaison (silence) (...) vraiment, du rachis (...) au niveau donc de la partie lombaire » 12 Schème 2→</p>		<p><b>P-v P</b> D'avoir pratiqué Mobilisation</p>	<p><b>V-p P/ V-p R</b> Rachis Partie lombaire « une sorte de mobilisation »</p>
<p>« et (hésitation) ensuite après ce que, ce que je fais, je fais quelques étirements au niveau des carrés des lombes (...) ensuite, (hésitation) ensuite je propose (hésitation) massage! (...) vraiment, en même temps (court silence) en même temps que je fais mon étirement, je peux, je peux travailler la zone du carré des lombes, pareil »<sup>13</sup> Schème 3→</p>	<b>E-V assimilation</b>	<p><b>P-v P</b> D'avoir pratiqué Massage Étirement</p>	<p><b>V-p P/ V-p R</b> Zone anatomique Carré des lombes</p>
<p>Le chercheur : quand vous le ressentiez (le patient), entre vos mains moins douloureux, c'est cela? Sabrina : « oui » Le chercheur : vous passiez à ce moment-là au renforcement musculaire ? Sabrina : « ou plus rapidement cela c'est sûr » Le chercheur : et cela durait combien de temps l'antalgique? Sabrina : 10 à 15 minutes » 14</p>		<p><b>P-v P</b> D'avoir pratiqué Techniques antalgiques avant renforcement</p>	<p><b>P-v R</b> Antalgie</p>
<p>« donc (hésitation) ce que, j'ai proposé, donc au patient, ce sont des étirements de la zone (...) du carré des lombes, des mobilisations en rotation, en inclinaison, (hésitation) massage de la région (hésitation) je lui ai conseillé des patches chauffants » 15 Schème 2→</p>		<p><b>P-v P</b> D'avoir conseillé et pratiqué</p>	<p><b>V-p P/ V-p R</b> « j'ai proposé, donc au patient »</p>
<p>« donc ce que je fais aussi (hésitation) c'est que (hésitation) j'évite de, je le verticalise c'est-à-dire je veux qu'il soit aux barres, je veux travailler avec lui (...) voilà » 16 Schème 4→</p>		<p>Perception D'avoir prescrit</p>	<p><b>V-p P/ V-p R</b> Positions « je veux »</p>

<sup>80</sup> Surveiller l'état clinique du patient en prenant en compte de manière simultanée le moignon, l'état clinique lié au diabète et les réactions aux efforts.

<sup>81</sup> La mise en œuvre de techniques à visée antalgique débute

<p>Le chercheur : vous le laissez travailler, vous lui donnez des exercices à faire c'est cela dans votre idée?  Sabrina : « <i>oui, vraiment, vraiment je veux que, je veux qu'il prenne conscience qu'il peut faire des choses seul, que l'on a pas besoin là, (...) je suis présente, il fait ses exercices (hésitation) je le corrige, voilà tout en corrigeant (...) c'était une dizaine de minutes et pas plus, et lorsque je voyais qu'il était en confiance, que cela allait, je disais bon, on va petit à petit lui accorder un peu un peu plus d'autonomie</i> » 17</p>		<p><b>P-v P</b>  D'avoir pratiqué  Guidage exercice</p>	<p><b>P-v</b>  corps → « on est parlé »  « je voyais qu'il était en confiance »</p>
<p>Le chercheur : peut-être que parfois vous ne l'avez pas fait après que vous sentiez que le patient  Sabrina « <i>eh bien fatigué ou hé bien après lassé peut-être je ne sais pas, mais c'est vrai qu'il me l'a très peu fait, il me l'a très peu fait, il a toujours fait un petit peu 10, 15, même pas 10 minutes, 5 à 10 minutes je dirai (...) et puis comme il est très taquin il joue de son humour pour laisser passer le temps</i> » 18</p>		<p><b>P-v P</b>  D'avoir proposé au patient des moments d'autonomie</p>	<p><b>P-v R</b>  « bien fatigué ou hé bien après lassé peut-être je ne sais pas »</p> <p><b>P-v</b>  corps → « on est parlé » « très taquin il joue de son humour »</p>

	Pôle évaluatif-perceptif		Pôle évaluation
Systeme d'activité	<b>P-v P / P-v R</b>	<b>V-p P / V-p R</b>	<b>EV-p P / EV-p R</b>
Activité	<b>P-v P</b>	<b>V-p P</b>	<b>EV-p P</b>
	<b>P-v R</b>	<b>V-p R</b>	<b>EV-p R</b>
	<b>P-v corps</b> → « on est parlé »		

- P-v P** : Perception-valuation du processus de Professionnalisation
- P-v R** : Perception-valuation du processus de Réhabilitation
- V-p P** : Valuation-perception-du processus de Professionnalisation
- V-p R** : Valuation-perception-du processus de Réhabilitation
- EV-p P** : EValuation du processus de Professionnalisation
- EV-p R** : EValuation du processus de Réhabilitation

4.632 Une étape du parcours de stage : l'Expérience-Vécue Épreuve (les douleurs lombaires)

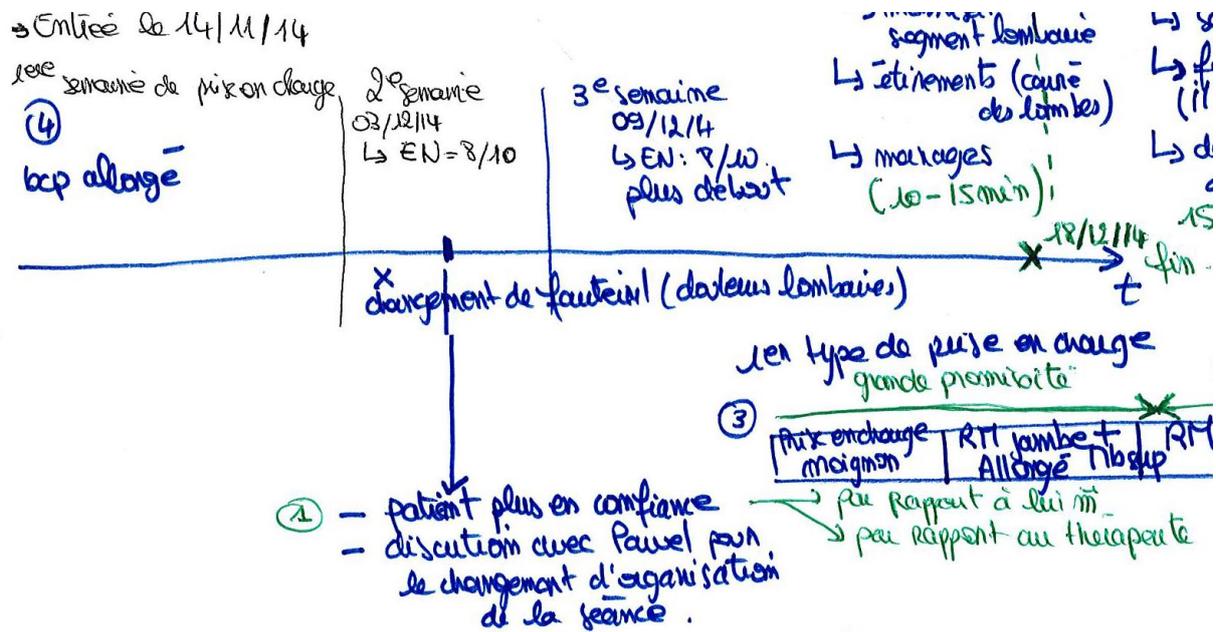


Figure 23 : Outil de recension (schéma d'action connexe au schéma cible) portant sur l'apparition des douleurs lombaires (cas n°5)

Première semaine le patient est en position allongée, il ne peut sortir de sa chambre, un 1<sup>er</sup> type de prise en soins lui est prodigué lors de la 1<sup>er</sup> semaine et la moitié de la 2<sup>ème</sup> semaine.

La deuxième semaine il peut s'asseoir et utiliser un fauteuil roulant pour se déplacer dans le service. L'utilisation excessive du fauteuil roulant par le patient et une adaptation du fauteuil imparfaite ont été les causes du déclenchement des douleurs lombaires.

La dynamique du processus de réhabilitation a été entravée. Le patient a éprouvé le besoin de sortir de sa chambre après un période d'alitement de plusieurs semaines à la suite de son amputation. Une ouverture de « *nouveaux possibles* » (Guérin, & Zeitler, 2015, p. 198) a lieu pour lui, l'activité au fauteuil roulant lui donne la possibilité d'être indépendant, il a pris confiance en lui. La décision de modifier le traitement massokinésithérapique a fait l'objet d'une discussion avec le tuteur (Pawel) dans le milieu de la 2<sup>ème</sup> semaine.

Sabrina a expérimenté cette phase de transition qu'elle décrit avec précision.

Le méta-objet d'évaluation lui sert à contrôler au moins 4 processus de soin (La relation de soin et d'accompagnement, le suivi clinique des douleurs, la modification de l'organisation de la séance et l'utilisation de techniques de soin plus efficaces, et la poursuite du projet de marche appareillée.

4.633 Un état des valuations-évaluations auprès du patient : l'horizon des apprentissages

Tableau 42 : Points de Réduction Expérientielle établis par le bipôle valuatif-perceptif / évaluatif (cas n°5)

Les étapes du tracé	Les PRExp/VPÉ									
	Lignes	P-v corps	P-v F	P-v R	V-p F	V-p R	EV-pF	P-v F/P-v R	V-p F/V-p R	EV-p F/ EV-p R
E-V Rupture et avancée	1						i			
	2	e	i				i	e		
E-V Enquête Exploration	3	e	i			e				
	4		i					e	e	
	5		i			e				
	6	e	i			e				
E-V Épreuve	7	e		e	i			i		
	8	e			i	e		e		
E-V Ressource	9						i			e
	10	e			i	e				e
E-V Assimilation	11	i								e
	12		i						e	
	13		i						e	
	14	i	i	e						
	15		i						e	
	16		i						e	
	17	e	i							e
	18	e	i	e						

PRExp/VPÉ : Points de Réduction Expérientielle établis par le bipôle Valuatif-Perceptif / Évaluatif.

i : interne / e : externe

**P-v P** : Perception-valuation du processus de Professionnalisation.

**P-v R** : Perception-valuation du processus de Réhabilitation.

**V-p P** : Valuation-perception du processus de Professionnalisation.

**V-p R** : Valuation-perception du processus de Réhabilitation

**EV-p P** : Évaluation du processus de Professionnalisation

**EV-p R** : Évaluation du processus de Réhabilitation

**P-v P/ P-v R** : Perception-valuation des processus liés Professionnalisation/Réhabilitation.

**V-p P/ V-p R** : Valuation-perception des processus liés Professionnalisation/Réhabilitation.

**EV-p P/ EV-p R** : Évaluation des processus liés Professionnalisation/Réhabilitation.

## 4.64 L'horizon des soins

### 4.641 La position du cycle d'expérientiation étudié

Le discours du stagiaire sur ce segment de l'horizon (échelle temporelle macroscopique) est positionné au niveau de l'étape Expérience-Vécue Enquête-Exploration du parcours du stage (Cf. Tableau 43). Le cycle d'expérientiation étudié (échelle temporelle microscopique) se situe au niveau du schème 1 →

**Tableau 43 : Segment de l'horizon des apprentissages, lieu d'investigations (cas n°5)**

<p>Le chercheur : donc, il faut lui posez des questions à de patient sur comment il ressent son membre, son membre fantôme Sabrina: « <i>alors je lui ai posé la question et il me dit qu'il sent encore son mollet et ses doigts de pied, et qu'il les ressent constamment et apparemment les quatre derniers jours cela serait encore plus intense que, qu'au départ, que depuis son opération, je sais que lui il m'a dit "c'est comme si elle était toujours là" en tout cas comme ci, je lui ai fait une échelle numérique, je lui ai demandé sur 10 et il m'a dit 8, 8 sur 10 sa douleur</i> » Ligne 3</p>	<b>Enquête-Exploration</b>	<p><b>P-v P</b> D'avoir pratiqué une valuation D'avoir gérer une relation de soin</p>	<p><b>P-v</b> corps → « on est parlé » « <i>c'est comme si elle était toujours là</i> »</p>
<p>« <i>donc je lui demande toujours de, au niveau de ses douleurs là maintenant lombaires (...) je me suis axé là-dessus parce que j'ai trouvé que c'était assez contraignant pour lui lors des exercices</i> (hésitation) donc ce que je fais c'est que je vois au niveau de ses douleurs lombaires, donc il me dit si cela fait mal ou pas, mais bon, j'ai bien vu que c'était, que c'était assez constant» Schème 1 → Ligne 4</p>		<p><b>P-v P</b> D'avoir pratiqué des valuations D'avoir gérer une relation de soin</p>	<p><b>P-v P/ P-v R</b> Contrainte</p>
<p>« <i>alors au niveau des douleurs j'ai vu une apparition, donc au niveau douleurs lombaires (...) qui sont apparues après la position assise prolongée</i> » Schème 1 → Ligne 5</p>		<p><b>P-v P</b> D'avoir observé</p>	<p><b>V-p R</b> Douleurs Position assise prolongée</p>
<p>« <i>donc, cela lui posait un problème, lors des, lors des exercices (...) eh bien je dirais que c'est apparu, donc à la troisième semaine, du fait qu'il soit, tout le temps assis (court silence) et souvent, souvent dans son fauteuil, donc (hésitation)»</i> 6 Schème 3 → Ligne 6</p>		<p><b>P-v P</b> D'avoir observé</p>	<p><b>V-p R</b> Position assise prolongée fauteuil roulant</p> <p style="background-color: yellow;"><b>P-v</b> corps → « on est parlé » lui posait un problème</p>

#### 4.642 L'exploration du cycle d'expérientiation T2/R2

**La conduite :** « *Je me suis axé là-dessus parce que j'ai trouvé que c'était que c'était assez contraignant pour lui lors des exercices* » portée par T2/R2

#### **La genèse des cycles**

Elle a été suscitée chez le stagiaire par 5 facteurs ou conditions expérientielles : la tâche discrétionnaire issue du dispositif technique des soins, le but du schème, la tâche effective à partager ces deux facteurs sont en lien avec un besoin pragmatique partagé en rapport avec l'objet du soin : *la région lombarde et ses rapports avec la marche appareillée*, le facteur qui suit, est celui des convergences de vues des acteurs qui se concrétiseront au travers d'une Base d'Orientation (BO), le dernier facteur se rapporte aux savoirs/connaissances présumés mobilisés par le stagiaire.

#### **Le cadrage des activités par la tâche discrétionnaire le but du schème et la tâche effective à partager**

La tâche discrétionnaire, elle relève du projet thérapeutique, elle est émise par le prescripteur, elle s'énonce comme suit :

- > Préparer l'apprentissage de la marche appareillée.

Le but du schème 1:

- > Mettre en œuvre systématiquement un bilan de la douleur de la région lombarde lors de chaque séance

Une tâche effective à partager qui appellera une collaboration des deux acteurs.

Valuer les douleurs au niveau de la région lombarde.

#### **L'activation d'une Base d'Orientation consacrée aux Soins de Réadaptation du rachis Lombarde (BOSRL)**

La base d'orientation montre que la totalité des RPV 82 réseau (3) ont été utilisés. Ils se sont articulés avec les RPV (2) objet du soin et le RPV facteurs environnementaux. Les RPV ont généré des Convergences De Vue (CDV) portant sur, 2 structures corporelles, 1 fonction de l'organisme, 1 activité et participation, et 2 facteurs environnementaux.

La partie de la base d'orientation activée englobe 3 Groupements de Matériaux Expérientiels (GME) (Cf. Tableau 44)

**Tableau 44 : Une utilisation de la BOSRL par le cycle d'expérientiation T2/R2**

Un état de la base d'orientation BOSRL			
<i>Les acteurs "s'entre-définissent" dans les intermédiaires qu'ils mettent en circulation</i>		RPV réseau	1 <sup>er</sup> GME
Convergence de vue	« Mobilité du bassin b7201 » « contrôle des mouvements volontaires simples b7600 »	RPV objet du soin	

<sup>82</sup> RPV : rapprochements des points de vue

<i>Une identification des actions des agents est possible à travers la production qu'ils vont diffuser, dans et à travers le réseau</i>		RPV réseau	
Convergence de vue	« changer de position corporelle de base d410 » « garder la position du corps d415 » « relations formelles d740 » « Acquérir un savoir-faire complexe d1551 »	RPV objet du soin	2 <sup>ème</sup> GME
<i>Un ensemble d'entités humaines et non humaines individuelles ou collectives (...) et les relations dans lesquelles elles entrent</i>		RPV réseau	
Convergence de vue	« professionnels de santé e355 » « médicaments e1101 »	RPV facteurs environnementaux	3 <sup>ème</sup> GME

Commentaires sur des convergences de vue et les GME :

(CIH-2) Fonctions de l'organisme : « Les fonctions relatives à la mobilité des articulations b710 », ce sont des fonctions « relatives à l'amplitude et à la facilité de mouvement d'une articulation »

(CIH-2) les activités et participation : « changer de position corporelle de base d410 » le patient doit être attentif à aux changements positions corporelles au lit au fauteuil roulant, pour éviter des déclencher des douleurs, ces bonnes habitudes doivent perdurer pendant les exercices de rééducation le patient est aidé en cela par la stagiaire, « Acquérir un savoir-faire complexe d1551 » le patient doit apprendre à préserver son rachis lombaire des exercices sont réalisés dans ce but.

(CIH-2) Les facteurs environnementaux : « professionnels de santé e355 » le stagiaire est un membre d'équipe soignante elle pourra avoir une influence par ses propos, avis, conseils prescriptions sur l'attitude du patient vis à vis de sa santé et dans la poursuite du projet thérapeutique parce que le patient à parfois renoncer à venir faire ses séances de rééducation, ce qui est une perte de chance pour lui ; « médicaments e1101 » les exercices de préparation à la marche appareillée ainsi que tous les exercices à visée préventive et éducation en lien avec le rachis lombaire nous les considérerons comme faisant partie de la classification des médicaments.

Le 1er GME créera des PRExp en lien avec la biomécanique du bassin et la coordination des mouvements au niveau du tronc Le 2ème GME produira des PRExp en lien avec la pouture du rachis et ses fonctionnalités. Des apprentissages de mouvements et de positionnements seront effectués afin que le patient puisse préserver son rachis lombaire en vue de la marche appareillée. La stagiaire donnera des indications à visée éducative et de prévention, elle modifiera les exercices lorsqu'elle s'apercevra des difficultés d'exécution du patient. Le 3ème GME créera des PRExp se rapportant aux contacts établis avec les membres de l'équipe soignante (incluant la stagiaire) et à l'emploi les techniques de soins massokinésithérapique qui sont ici les exercices liées à la préparation de la marche appareillés, la stagiaire effectue concomitamment des observations cliniques avec une dimension fonctionnelle, que nous considérons comme des médicaments.

### *L'étayage du cycle d'expérimentation par les savoirs connaissances*

Le stagiaire a été en mesure de mobiliser des savoirs connaissances qui lui ont permis d'étayer le cycle d'expérimentation. Les modèles cognitif et/ou opératif dont nous percevons l'affleurement au travers du discours, ont été sollicités voire enrichis.

L'Affleurement des Modèles Cognitif et Opératif (AfMCO) se manifeste dans le(s) fragment(s) de conduite :

- > « j'ai trouvé que c'était que c'était assez contraignant pour lui lors des exercices »

L'AfMCO est un indicateur, de savoirs connaissances mobilisables (Cf. encadré et annexe du cas) que le stagiaire aurait pu mobiliser à partir de ses modèles, ou intégrer à ses modèles cognitif et opératif, nous exposons ceux qui sont à même d'avoir été mobilisés en priorité :

(PTV<sup>83</sup>) [Chez le patient douloureux les manifestations de la douleur peuvent être non verbales et concerner son comportement]

(PTV) [Des informations utiles seront inférées de l'observation du comportement du patient permettant d'apprécier l'intensité de la douleur chez lui]

(PTV) [Le masseur-kinésithérapeute cherchera à découvrir les causes mécaniques de la lombalgie en observant le rachis lombaire, le bassin et les membres inférieurs en vue d'objectiver le siège des limitations de mouvements]

### **Une opérationnalisation du cycle d'expérimentation T2/R2**

Elle passe par la création d'un sous-but qu'appuie, le cas échéant, un aphorisme ou concept en acte/pragmatique véhiculé par les propos tenus par l'équipe soignante, les tuteurs etc.

#### *Le sous but*

Ajuster les exercices préparatoires à la marche appareillée aux capacités du patient lombalgique

#### *Le concept en acte*

Le premier composant du cycle d'expérimentation T1/R1 est repéré directement à partir du discours ou l'énonciation d'un schéma clinicothérapeutique. C'est l'aphorisme ou le concept en acte CAct1 « *bilanter* » ; ce concept pilote la mise en œuvre et le suivi des observations en direction du patient.

#### *Le théorème en acte T2*

Les douleurs lombaires chez mon patient se manifestent par leurs conséquences fonctionnelles rendant les exercices plus difficiles à exécuter.

#### *La règle d'action R2*

**Si** je dois effectuer une évaluation de l'intensité des douleurs chez un patient au cours d'une séance en massokinésithérapie et lors d'une phase de préparation à la marche appareillée

---

<sup>83</sup> PTV : proposition tenue pour vrai

**Alors** j'observerai ses réactions, son comportement au cours des exercices et en particulier les réactions du rachis lombaire, du bassin et des membres inférieurs pour y déceler des limitations de mobilités articulaire ou /et de mouvements

4.643 Un état de rapprochement des points de vue avec le patient : l'horizon des soins

**Tableau 45 : Points de Réduction Expérientielle mus par l'Objet du Soin (cas n°5)**

Schème d'action ou d'enquête-exploration	Situation professionnelle (SP)			
Base d'Orientation (B.O.) Pilotage	Construction de la SP par essaimage des Points de Réduction Expérientielle (PRExp)			
1 <sup>er</sup> GME (structure corporelle et fonctions de l'organisme)	PRExp/ObjSoin			
« structure de la région pelviennes s740 »	PRExp T1		PRExp T3	
« douleur dans le dos b28013 »	PRExp T1		PRExp T3	PRExp T4
« Mobilité du bassin b7201 »		PRExp T2		PRExp T4
« contrôle des mouvements volontaires simples b7600 »		PRExp T2		PRExp T4
« sensibilité à la pression b2702»			PRExp T3	
2 <sup>ème</sup> GME (activités et participation)	PRExp/ObjSoin			
« interactions de base avec autrui d710 »	PRExp T1		PRExp T3	
« relations formelles d740 »	PRExp T1	PRExp T2	PRExp T3	
« Discussion avec plusieurs personnes d3551»	PRExp T1		PRExp T3	
« changer de position corporelle de base d410 »		PRExp T2		
« garder la position du corps d415 »		PRExp T2		
« Acquérir un savoir-faire complexe d1551 »		PRExp T2		
3 <sup>ème</sup> GME (facteurs environnementaux)	PRExp/ObjSoin			
« médicaments e1101 »	PRExp T1	PRExp T2	PRExp T3	PRExp T4
« professionnels de santé e355 »	PRExp T1	PRExp T2	PRExp T3	PRExp T4
Cycles d'expérientiation	T1/R1	T2/R2	T3/R3	T4/R4

GME: Groupement de Matériaux Expérientiels

PRExp: Point de Réduction Expérientielle

PRExp/ObjSoin : Points de Réduction Expérientielle mus par l'Objet du Soin

## 4.65 L'horizon des donations

4.651 L'étude du cycle d'expérientiation T2/R2 et la constitution d'une visée commune

**La conduite : « je me suis axé là-dessus parce que j'ai trouvé que c'était que c'était assez contraignant pour lui lors des exercices » et portée par T2/R2**

***L'activité du stagiaire<sup>84</sup> : 1<sup>er</sup> étape dans la constitution des agrégats expérientiels, détecter des champs expérientiels***

La conduite portée par T2/R2 s'est constituée en convoquant 6 champs expérientiels (Cf. Tableau 46). Ceux de la corporéité et de la valuation ont été les plus expérientés, avec au total 7 mises en mots. L'activation des 6 champs a donné lieu à la production de 13 mises en mots.

**Tableau 46 : Des champs expérientiels intégrés au fonctionnement de T2/R2 (cas n°5)**

Des champs expérientiels dans leur participation à l'expérientiation de l'objet du soin	
Phase d'élaboration perceptive	Phase de l'intégration du contenu linguistique et de l'énonciation
Convergences de vue vers l'objet du soin <sup>85</sup> Convocation des champs expérientiels	Convergences de vue vers l'objet du soin Mises en mots
corporéité	« <b>je me suis axé là-dessus</b> parce que » SCH1 INF 3, « <b>j'ai trouvé que</b> » SCH1 INF4 « c'était assez contraignant pour <b>lui</b> lors des exercices » (4)
valuation	« je me suis axé <b>là-dessus</b> parce que » SCH1 INF 3 « c'était <b>assez / contraignant</b> pour lui lors des exercices » SCH1 NF5 (3)
réflexivité	« <b>je me suis axé là-dessus</b> parce que » SCH1 INF 3, « <b>j'ai trouvé que</b> » SCH1 INF4 (2)
technique instrumentale d'observation clinique	« <b>je me suis axé là-dessus</b> parce que » SCH1 INF 3, « <b>j'ai trouvé que</b> » SCH1 INF4 (2)
valuation temporelle	« c'était assez contraignant pour lui <b>lors</b> des exercices » SCH1 NF5 (1)
technique instrumentale de soin	« c'était assez contraignant pour lui <b>lors des</b> <b>exercices</b> » SCH1 NF5 (1)

**L'activité du stagiaire: 2<sup>ème</sup> étape, créer/produire des Points de Réduction Expérientielle (PRExp).**

Les PRExp répondent d'un classement qui est fonction des stratégies de mobilisation des champs expérientiels (Cf. Tableau 47).

<sup>84</sup> Plus exactement, une reconstitution de la conduite du stagiaire.

<sup>85</sup> Les caractéristiques (CIH-2) relevées dans la base d'orientation des perceptions/valuations

**Tableau 47 : Des PRExp de T2/R2 mobilisés par le don/contre don (cas n°5)**

Un classement des PRExp et une formation d'agrégats expérientiels			
Stratégies expérientielles entrée par le/les systèmes d'activité	Fragments de conduite relatée visant le stagiaire		Fragments de conduite relatée visant le patient
		« je me suis axé là-dessus parce que » SCH1 INF3	« j'ai trouvé que » SCH1 INF4
1 <sup>er</sup> maillage interindividuel et tuilage	PRExp de la corporéité	PRExp de la corporéité	PRExp de la corporéité
2 <sup>ème</sup> maillage interindividuel et tuilage	PRExp de la technique d'observation clinique	PRExp de la technique d'observation clinique	PRExp de la technique d'observation clinique
3 <sup>ème</sup> maillage interindividuel et tuilage	PRExp de la valuation.		PRExp de la valuation
Maillage individuel et tuilage	PRExp de la réflexivité	PRExp de la réflexivité	
tuilage			PRExp de la technique instrumentale de soin
			PRExp de la valuation temporelle

Agrégat par maillage interindividuel

Agrégat par maillage individuel

Agrégat par tuilage

### Une interprétation en rapport avec une tâche collective et les systèmes d'activité des acteurs

Une tâche collective se dessine qui est composée de trois agrégats.

Trois champs expérientiels sur 6, participent à l'agrégat par maillages interindividuels, ce qui dénote la présence de relations interindividuelles (Barthe & Quéinnec, p.674), de rencontres entre les acteurs (Olry, 2015, p. 56°) celles-ci se sont appuyées sur les champs de la corporéité, de la valuation et de la technique d'observation clinique. L'existence de tâches dépendantes voire mutuellement dépendantes se profile en rapport avec l'observation des effets des douleurs lombaires sur l'activité du patient. Le couplage des systèmes d'activité montre une participation asymétrique des acteurs dans laquelle l'activité du stagiaire est prédominante.

Un champ est activé, celui de la réflexivité, par le maillage individuel en rapport avec un fragment de conduite du stagiaire, le stagiaire a cherché à vérifier, en portant son regard sur lui et en l'exposant lors du débriefing, la véracité de la conclusion qu'il a tirée de ses observations. Cette activité réflexive est du domaine propre du système d'activité du stagiaire.

L'agrégat par tuilage prédomine au sein de la tâche collective du fait qu'il mobilise la totalité des champs expérientiels. Il a produit ou a créé la totalité des PRExp. Un sous agrégat remarquable par tuilage est réalisé par l'intermédiaire d'un fragment de

conduite du patient. Il mobilise presque la totalité des champs expérientiels. Le stagiaire a cherché à ajuster la valuation au plus près des données expérientielles collectées lors de la réalisation des exercices par le patient. Ces données expérientielles révèlent des indices sur les obstacles que rencontre le patient lors de son activité, en particulier leur temporalité.

Une majorité de PRExp est créée en rapport avec le système d'activité du stagiaire.

**L'activité du stagiaire: 3<sup>ème</sup> étape en vue de l'agencement des agrégats, utiliser les Points de Réduction Expérientielle (PRExp) pour s'entendre avec le patient sur une visée commune.**

Les dons/contre-dons des Fragments de Conduites (FC) :

Le patient a donné à en partage, ses FC à la stagiaire par l'entremise :

- ⇒ Le patient a donné en partage, en partage, ses FC par l'entremise, de sa corporéité (sa région lombaire),
- ⇒ de son auto-observation de la clinique ou ressentis cliniques de sa région lombaire,
- ⇒ de son auto-valuation de ses douleurs lombaires,
- ⇒ de la technique instrumentale des soins par l'intermédiaire des exercices qu'il a effectué et par les restrictions de son activité dues aux douleurs.
- ⇒ de son auto-valuation temporelle des manifestations des douleurs lombaires, de sa participation à la technique instrumentale de soin par les exercices.

La stagiaire a donné à en partage, ses FC au patient par l'entremise :

- ⇒ de sa corporéité (comme observatrice),
- ⇒ de sa technique d'observation clinique,
- ⇒ de sa valuation (comme observatrice, par ses questions pour comprendre quels sont les mouvements et les postures qui participent des douleurs)
- ⇒ de sa réflexivité ou prise de distance par rapport à son bilan par observations lors des exercices, de sa valuation des limitations fonctionnelles induites par les douleurs lombaires.

Une visée commune mettre à jour les effets fonctionnels des douleurs lombaires.

La stagiaire veut déterminer quelles sont les conséquences des douleurs sur les exercices, les déplacements, elle l'observe et le questionne, le cas échéant. Elle observe le patient évoluer, les changements de position priment ainsi que les postures, les mouvements du rachis et le contrôle des actions au niveau du bassin sont des éléments déterminants */le patient joue le jeu en interagissant avec la stagiaire, le patient effectue les exercices fonctionnels et ce en fonction de ses possibilités, la limitation de l'indépendance du patient permet à celui-ci d'appréhender les rapports complexes et contraints qui se manifestent entre ses douleurs et ses capacités d'action.*

4.652 Un état de travail coopératif avec le patient : l'horizon des donations

Tableau 48 : Points de Réduction Expérientielle convoqués lors des donations (cas n°5)

Schème d'action ou d'enquête-exploration		Situation professionnelle (SP)							Cycles d'expérientiation	
Base d'Orientation (B.O.) Pilotage		Construction de la tâche collective par des Points de Réduction Expérientielle (PRExp)								
Donation	Fragments de conduite	PRExp/Don								
Don/ la stagiaire vers le patient	« je lui demande toujours de » SCH1 INF1	PRExp T1 MT				PRExp T1 T	PRExp T1 MT	PRExp T1 T		T1/R1
Contre don/le patient vers la stagiaire	« au niveau de ses douleurs là maintenant lombaires » SCH1 INF2	PRExp T1 MT	PRExp T1 T	PRExp T1 T			PRExp T1 MT			
Don/ la stagiaire vers le patient	« je me suis axé là-dessus parce que » SCH1 INF 3	PRExp T2 MT	PRExp T2 MT	PRExp T2 M/T	PRExp T2 MI/T					T2/R2 étudié
	« j'ai trouvé que » SCH1 INF4	PRExp T2 MT	PRExp T2 MT		PRExp T2 MI/T					
Contre don/le patient vers la stagiaire	« c'était assez contraignant pour lui lors des exercices » SCH1 NF5	PRExp T2 MT	PRExp T2 MT	PRExp T2 M/T			PRExp T2 T		PRExp T2 T	
Don/ la stagiaire vers le patient	« donc ce que je fais c'est que je vois » SCH1 INF 6	PRExp T3 MT	PRExp T3 MT			PRExp T3 T				T3/R3
Contre don/le patient vers la stagiaire	« au niveau de ses douleurs lombaires » SCH1 INF7	PRExp T3 MT	PRExp T3 MT	PRExp T3 MI/T						
	«donc il me dit si cela fait mal ou pas » SCH1 INF8	PRExp T3 MT	PRExp T3 MT	PRExp T3 MI/T				PRExp T3 T		
Don/ la stagiaire vers le patient	« j'ai bien vu que » SCH1 INF9	PRExp T4 MT	PRExp T4 M/T	PRExp T4 M/T		PRExp T4 T				T4/R4
Contre don/le patient vers la stagiaire	« c'était, que c'était assez constant » SCH1 INF10	PRExp T4 MT	PRExp T4 MT	PRExp T4 M/T			PRExp T4 T			

Champs expérimentiels convoqués	la corporéité	la technique d'observation clinique	la valuation	la réflexivité	la valuation temporelle	La technique de guidage et d'accompagnement relationnel	technique instrumentale de soin	
Fréquences	16	13	10	6	5	2	2	

PRExp : Point de Réduction Expérientielle

PRExp/Don : Points de Réduction Expérientielle convoqués lors des donations.

M/T : Maillage interindividuel/Tuilage (violet)

M/T : Maillage individuel/Tuilage (orangé)

T : Tuilage

SCH : SCHème d'enquête exploration

## 4.66 Le déploiement d'un espace transactionnel à venir (cas n°5)

### 4.661 Les coactivités

Dans le cas n°5 : nous avons un objet du soin la préparation de la marche appareillée, qui a été impacté par un événement, la survenue de douleurs lombaires. Cet événement a engendré un besoin pragmatique partagé, celui de l'obtention impérieuse d'une antalgie de la région lombaire. C'est un motif qui fédère les actions des acteurs.

Nous exposons l'ensemble des cycles d'expérimentation du schème d'action afin d'examiner s'ils sont les vecteurs de coactivités et de visées communes ce qui permet d'envisager, telle une condition de faisabilité, le déploiement d'un espace transactionnel.

Nous prenons en compte deux critères pour valuer la rationalité de la reconstitution.

- > L'emboîtement des GME et convergences de vue au sein des "récits reconstitués" des coactivités, chez les deux acteurs
- > La concordance des "récits reconstitués" des coactivités du binôme avec la visée commune

T/R : cycle d'expérimentation associant théorème en acte et règle d'action

Stg : stagiaire

Pt : patient

a, b, c, d : marquage des coactivités en fonction des cycles.

La conduite (liée à T1/R1) : «je lui demande toujours de, au niveau de ses douleurs là maintenant lombaires »

Une visée commune : surveiller les douleurs lombaires comme lait sur le feu

La stagiaire se tient aux aguets, elle surveille l'état clinique du patient tous les jours afin de déceler immédiatement, une nouvelle apparition des douleurs ou leur continuité, la temporalité du phénomène douloureux est mis en avant, c'est maintenant qu'il faut agir et ne pas attendre demain/ *le patient renseigne la stagiaire et les interactions prennent le pas sur les dimensions corporelles, le patient souhaite que l'information concernant sa douleur soit traitée très rapidement*<sup>86</sup>.

- ⇒ Coactivité stg. a : La stagiaire (3<sup>ème</sup> G.M. e355) value l'intensité des douleurs lombaires (1<sup>er</sup> G.M. b28013, s740) en questionnant (2<sup>ème</sup> G.M. d3551) régulièrement le patient sur son ressenti lors de la séance, cette manière de procéder permet d'obtenir de la part du patient (2<sup>ème</sup> G.M. d740) une appréciation réactualisée dans le cours du soin (3<sup>ème</sup> G.M. e1101)
- ⇒ Coactivité pt. a : Le patient répond aux questions (2<sup>ème</sup> G.M. d3551) de la stagiaire (3<sup>ème</sup> G.M. e355) lors de la séance, en lui communiquant à chaque fois son ressenti de l'intensité de la douleur de sa région lombaire (1<sup>er</sup> G.M. b28013, s740), il coopère selon cette manière de procéder, (2<sup>ème</sup> G.M. d740) dans le cours du soin (3<sup>ème</sup> G.M. e1101)

<sup>86</sup> La partie en italique représente les apports du patient à la visée commune

Résultat : l'emboîtement des GME / convergences de vue au sein des "récits reconstitués" des coactivités est réalisé. La concordance des "récits" des coactivités du binôme avec la visée commune est assurée.

La conduite (liée à T2/R2) : «Je me suis axé là-dessus parce que j'ai trouvé que c'était que c'était assez contraignant pour lui lors des exercices »

### Cycle étudié dans le cas

Une visée commune mettre à jour les effets écologiques des douleurs lombaires.

La stagiaire veut déterminer quelles sont les conséquences des douleurs sur les exercices, les déplacements, elle l'observe et le questionne, le cas échéant. Elle observera le patient évoluer, les changements de position primeront ainsi que les postures, les mouvements du rachis et le contrôle des actions au niveau du bassin seront des éléments déterminants / *le patient joue le jeu en interagissant avec la stagiaire, le patient effectue les exercices fonctionnels et ce en fonction de ses possibilités, la limitation qui en résulte permet à la stagiaire et au patient d'appréhender les rapports complexes et contraints du sujet en situation de handicap.*

- ⇒ Coactivité stg. b : La stagiaire (3<sup>ème</sup> G.M. e355) prescrit (2<sup>ème</sup> G.M. d740) des exercices (3<sup>ème</sup> G.M. e1101) au patient, elle apprécie les restrictions (1<sup>er</sup> G.M. b7201, b7600) qui s'imposent à lui lors de leur effectuation (2<sup>ème</sup> G.M. d410, d415, d1551)
- ⇒ Coactivité pt. b : Sous la supervision de la stagiaire (3<sup>ème</sup> G.M. e355) le patient exécute (2<sup>ème</sup> G.M. d740) les exercices prescrits (3<sup>ème</sup> G.M. e1101), il laisse paraître des restrictions (1<sup>er</sup> G.M. b7201, b7600) qui s'imposent à lui lors de leur l'effectuation (2<sup>ème</sup> G.M. d410, d415, d1551)

Résultat : l'emboîtement des GME / convergences de vue au sein des "récits reconstitués" des coactivités est réalisé. La concordance des "récits" des coactivités du binôme avec la visée commune est assurée.

La conduite (liée à T3/R3): «donc ce que je fais c'est que je vois au niveau de ses douleurs lombaires, donc il me dit si cela fait mal ou pas »

Une visée commune sur la manière d'œuvrer ensemble afin de valuer les douleurs

La stagiaire cherche à observer les manifestations de la douleur selon différents points de vue, leur localisation/ *le patient participe il est le premier concerné, il fait part de son auto-évaluation dès que la stagiaire le lui demande.*

- ⇒ Coactivité stg. c : La stagiaire (3<sup>ème</sup> G.M. e355) apprécie de manière régulière et systématique l'intensité des douleurs lombaires (1<sup>er</sup> G.M. b28013, b2702), ressenties par le patient lors des tests (3<sup>ème</sup> G.M. e1101) en l'observant sur le plan morpho dynamique (1<sup>er</sup> G.M. s710), puis elle confronte cette évaluation avec celle du patient (PS-VS → 2<sup>ème</sup> G.M. d710, d3551), lors de tests et / ou de questions ciblées (2<sup>ème</sup> G.M. d740)
- ⇒ Coactivité pt. c : Le patient accepte de se soumettre aux tests (3<sup>ème</sup> G.M. e1101), il ressent une douleur au niveau lombaire (1<sup>er</sup> G.M. b28013, b2702), il laisse paraître ses réactions sur le plan morpho dynamique (1<sup>er</sup> G.M. s710), il

répond ensuite aux questions portant sur des tests (2<sup>ème</sup> G.M. d710, d740, d3551) et ce, sous la guidance de la stagiaire (3<sup>ème</sup> G.M. e355)

Résultat : l'emboîtement des GME / convergences de vue au sein des "récits reconstitués" des coactivités est réalisé. La concordance des "récits" des coactivités du binôme avec la visée commune est assurée.

La conduite (liée à T4/R4): « *mais bon, j'ai bien vu que c'était (...) assez constant* »

Une visée commune sur les douleurs lombaires et leur évolution

La stagiaire a suivi sur le plan clinique l'évolution des douleurs du patient en utilisant différents tests. Elle a synthétisé, ses valuations dans une appréciation globale. Elle s'est aussi appuyée sur les séances à visée antalgiques qui lui ont permis chaque jour de faire le point. Elle n'a constaté aucune amélioration, la douleur reste constante/ *le patient suit les directives de la stagiaire et participe aux tests, il transmet son autoévaluation, ses manifestations douloureuse perdurent il en souffre constamment et avec la même intensité*

- ⇒ Coactivité stg. d : La stagiaire (3<sup>ème</sup> G.M. e355) apprécie, régulièrement et systématiquement et de manière globale lors de chaque séance l'état des douleurs lombaires (1<sup>er</sup> G.M. b28013) et leurs conséquences fonctionnelles (1<sup>er</sup> G.M. b7201, b7600) chez le patient. Cette méthode de valuation s'apparente à un monitoring de l'état clinique et fonctionnel, il permet de valuer l'évolution de l'état des douleurs (3<sup>ème</sup> G.M. e1101).
- ⇒ Coactivité pt. d : Le patient lors de chaque séance, sous la supervision de la stagiaire (3<sup>ème</sup> G.M. e355), laisse paraître des états cliniques liés à ses douleurs lombaires (1<sup>er</sup> G.M. b28013) ainsi que leurs conséquences fonctionnelles (1<sup>er</sup> G.M. b7201, b7600), au jour le jour lors des exercices (3<sup>ème</sup> G.M. e1101)

Résultat : l'emboîtement des GME / convergences de vue au sein des "récits reconstitués" des coactivités est réalisé. La concordance des "récits" des coactivités du binôme avec la visée commune est assurée.

## 4.67 Le croisement des horizons

4.671 Le schème d'enquête-exploration et l'objet du soin activateurs d'un espace transactionnel

Ils rendent possible un rapprochement des horizons des apprentissages, des donations et des soins.

Cette synthèse expérientielle est en lien avec une personne atteinte d'une pathologie et en regard d'un objet du soin, la concernant.

- De l'interactivité relationnelle suscitée par le stagiaire ont résulté, *les visées communes*.
- De l'interactivité pragmatique suscitée par le stagiaire a résulté, la visée simplifiée de la situation professionnelle.
- De l'interactivité épistémique suscitée par le stagiaire (par l'entremise des rapprochements des points du stagiaire et du patient, constitution de la base d'orientation) ont résulté les théorèmes en acte.

4.672 L'interactivité relationnelle / les visées communes

- ❖ **T1/R1** La stagiaire se teint aux aguets, elle surveille l'état clinique du patient tous les jours afin de déceler immédiatement, une nouvelle apparition des douleurs ou leur continuité, la temporalité du phénomène douloureux est mis en avant, c'est maintenant qu'il faut agir et ne pas attendre demain/ *le patient renseigne la stagiaire et les interactions prennent le pas sur les dimensions corporelles, le patient souhaite que l'information concernant sa douleur soit traitée très rapidement<sup>87</sup>.*
- ❖ **T2/R2** La stagiaire veut déterminer quelles sont les conséquences des douleurs sur les exercices, les déplacements, elle l'observe et le questionne, le cas échéant. Elle observera le patient évoluer, les changements de position primeront ainsi que les postures, les mouvements du rachis et le contrôle des actions au niveau du bassin seront des éléments déterminants /*le patient joue le jeu en interagissant avec la stagiaire, le patient effectue les exercices fonctionnels et ce en fonction de ses possibilités, la limitation qui en résulte permet à la stagiaire et au patient d'appréhender les rapports complexes et contraints du sujet en situation de handicap. <sup>88</sup>/*
- ❖ **T3/R3** La stagiaire cherche à observer les manifestations de la douleur selon différents points de vue, leur localisation/ *le patient participe il est le premier concerné, il fait part de son auto-évaluation dès que la stagiaire le lui demande. <sup>89</sup>/*
- ❖ **T4/R4** La stagiaire a suivi sur le plan clinique l'évolution des douleurs du patient en utilisant différents tests. Elle a synthétisé, ses évaluations dans

<sup>87</sup> La partie en italique représente les apports du patient à la visée commune

<sup>88</sup> L'italique signale la partie de la visée commune du point de vue de l'épouse

<sup>89</sup> L'italique signale la partie de la visée commune du point de vue de l'épouse

une appréciation globale. Elle s'est aussi appuyée sur les séances à visée antalgiques qui lui ont permis chaque jour de faire le point. Elle n'a constaté aucune amélioration, la douleur reste constante/ *le patient suit les directives de la stagiaire et participe aux tests, il transmet son autoévaluation, ses manifestations douloureuse perdurent il en souffre constamment et avec la même intensité.*

#### 4.673 L'interactivité pragmatique/ un schéma d'action d'une situation professionnelle

**Tableau 49 : Un schéma d'action d'une situation professionnelle comprenant 4 cycles d'expérientiation (cas n° 5)**

Une situation professionnelle : le traitement de douleurs lombaires chez un patient amputé d'un membre inférieur				
Durée de l'hospitalisation avant l'apparition des douleurs	Durée de l'hospitalisation après l'apparition des douleurs lombaires			
L'horizon des apprentissages	T1/R1 Attente du patient Expérience douloureuse / membre fantôme Traitement médicamenteux et non médicamenteux actuels (MK)		T2/R2 Retentissement fonctionnel	
Don/contre don	Activités dans le service (FR <sup>90</sup> )		Activités dans le service (FR)	
	Séance A Séance B		Exercice C Exercice D	
1 <sup>er</sup> GM	« structure de la région pelviennes s740 »		« Mobilité du bassin b7201 »	
	« douleur dans le dos b28013 »		« contrôle des mouvements volontaires simples b7600 »	
2 <sup>ème</sup> GM	« interactions de base avec autrui d710 »		« changer de position corporelle de base d410 »	
	« relations formelles d740 »		« garder la position du corps d415 »	
	« Discussion avec plusieurs personnes d3551 »		« Acquérir un savoir-faire complexe d1551 »	
3 <sup>ème</sup> GM	« professionnels de santé e355 »		« professionnels de santé e355 »	
	« médicaments e1101 »		« médicaments e1101 »	
L'horizon des apprentissages	T3/R3 Topographie type de sensation intensité facteur d'aggravation et de soulagement de la douleur			
Don/contre don	Exercice Ressenti d'une contrainte (Pt)	participation au test et question (Pt)	Réaction lors du test appréciation (Pt)	Réponse auto-évaluation (Pt)
	↓↑	↓↑	↓↑	↓↑
	Observation d'une limitation (Stg)	test et question (Stg)	Observation des réactions appréciation (Stg)	Écoute Valuation (Stg)
1 <sup>er</sup> GM	« structure de la région pelviennes s740 »			
	« douleur dans le dos b28013 »			
	« sensibilité à la pression b2702 »			
2 <sup>ème</sup> GM	« interactions de base avec autrui d710 »			
	« relations formelles d740 »			
3 <sup>ème</sup> GM	« Discussion avec plusieurs personnes d3551 »			
	« professionnels de santé e355 »			
L'horizon des apprentissages	T4/R4 Profil évolutif douleur permanente, récurrente, intermittente			
	« Mobilité du bassin b7201 »			
1 <sup>er</sup> GM	« contrôle des mouvements volontaires simples b7600 »			
	« douleur dans le dos b28013 »			

<sup>90</sup> FR : fauteuil roulant

2 <sup>ème</sup> GM	« professionnels de santé e355 »
	« médicaments e1101 »

#### 4.674 L'interactivité épistémique<sup>91</sup> /les théorèmes en acte

- **T1** Une raideur articulaire du rachis lombaire peut induire une limitation de sa fonction et des douleurs au niveau de ce segment vertébral.
- **T2** Les douleurs lombaires chez mon patient se manifestent au travers leurs conséquences fonctionnelles rendant les exercices plus difficiles à exécuter.
- **T3** : Au cours des séances de massokinésithérapie, les douleurs lombaires chez mon patient se manifestent par leurs composantes sensori-discriminatives.
- **T4**. Au cours des séances de massokinésithérapie, les douleurs lombaires chez mon patient se manifestent par leurs composantes sensori-discriminatives et comportementales.

#### 4.675 Un espace transactionnel régit par un concept organisateur et un Objet Clinique à Partager

Le schème d'enquête–exploration, muni d'un concept organisateur ouvre un espace transactionnel, mais sans contenu il ne peut fonctionner.

L'espace transactionnel ne peut se concevoir sans un contenu dont il doit assurer le déplacement au sein de l'espace.

Le concept organisateur, détermine la configuration des objets qui y transitent

L'objet du soin est l'entité qui été visée par le stagiaire et la patiente : la région lombaire et ses rapports avec la marche appareillée.

L'objet du soin sera remanié par le concept organisateur, celui du « *partager*<sup>92</sup> avec le patient ».

Le résultat du remaniement voit la conceptualisation d'un Objet Clinique à Partager (O.C.P.) : les douleurs de la région lombaire et les limitations fonctionnelles provoquées.

#### 4.676 Une genèse instrumentale dans un espace transactionnel

##### **Le mécanisme de création d'un instrument par les cycles d'expérimentation**

Les mécanismes de partage au sein des cycles d'expérimentation sont activés et se confortent les uns et le autres. La tâche effective à partager pour qu'elle se réalise appelle la fabrication d'un outil ou d'un instrument adéquat.

<sup>91</sup> L'interactivité épistémique est essentiellement portée par la stagiaire, le patient y participe par la compréhension (en fonction de ses capacités) qu'il a de l'action de la stagiaire envers lui.

<sup>92</sup> En partage. Comme don naturel. *Avoir, donner, recevoir qqc. en partage; échoir, tomber, revenir en partage à qqn.* © 2012 - CNRTL

### *La genèse de l'instrument*

Sabrina s'est lancée dans une enquête-exploration lorsqu'elle s'est rendue compte que son patient souffrait de douleurs lombaires.

*Une tâche effective à partager se déploie ; valuer les douleurs lombaires.*

Le patient souffre de douleurs lombaires. L'observation du patient lors d'un exercice met au jour une limitation dans la réalisation de l'exercice. La stagiaire questionne le patient puis en s'appuyant sur ses dires, elle effectue à titre exemple, des pressions manuelles sur les zones perçues comme étant le siège de douleurs, lui demande de répéter un geste ou une posture.

Elle observe et value les réactions du patient et lui demande de s'autoévaluer. Son but est de parvenir, à repérer, la localisation, la profondeur, la nature des tissus concernés et les modalités des douleurs qui s'y manifestent ainsi que leur évolution dans un cadre pluriel de durées ; la séance, l'exercice, le test.

Le patient de son côté collabore par la réalisation des exercices qui lui sont prescrits, il s'expose, ce faisant aux observations parfois répétées, il répond aux questions dans la mesure de ses capacités de compréhension et d'expression, en se laisse palper, de reproduire certaines séquences gestuelles, et de laisser paraître ses réactions. Il accepte de produire une autoévaluation des manifestations de sa douleur et de la communiquer.

Nous avons affaire à une tâche mutuellement dépendante, au cours de laquelle l'autoévaluation par le patient de sa douleur, est la modalité d'enquête-exploration qui a été privilégiée par Sabrina (*il me dit si cela fait mal ou pas*).

Pour progresser dans l'observation clinique la stagiaire a absolument besoin que le patient réponde à ses questions, qu'il accepte d'effectuer les tests, Sabrina de son côté, se doit d'être à l'écoute des ressentis du patient, de ses questions, de ses besoins, de ses comportements etc. Elle ne peut effectuer une enquête-exploration sans lui, et lui, il ne peut bénéficier de ce travail d'investigation sans son appui.

### **La concrétisation de l'instrument**

Tout commence par l'observation du patient lors des exercices. Sabrina remarque une limitation dans leur réalisation. Elle questionne le patient puis en s'appuyant sur ses dires, elle effectue des pressions manuelles sur les zones perçues comme étant le siège de douleurs. Son but est de parvenir, à situer avec précision, la localisation, la profondeur, la nature des tissus concernés et les modalités des douleurs qui s'y manifestent.

Le patient de son côté collabore en se pliant aux demandes d'observation parfois répétées, en répondant aux questions dans la mesure de ses capacités de compréhension et d'expressions, en se laissant palper et en réagissant aux tests effectués par Sabrina.

Cette alternance des actions des protagonistes laisse penser que nous avons affaire à une tâche mutuellement dépendante, au cours de laquelle l'autoévaluation par le patient de sa douleur, est la modalité d'enquête qui a été privilégiée par Sabrina (*il me dit si cela fait mal ou pas*). Il n'y a pas de barrière comme dans la forme temporelle

précédente, au contraire, une certaine fluidité des actions se profile chez les deux protagonistes qui se répondent.

L'enquête doit être rondement menée afin de comprendre et de valuer rapidement l'état de dysfonctionnel du rachis lombaire et ce qui le provoque. La fonction perceptive de l'objet technique concret est privilégiée. Sabrina a utilisé un instrument d'investigation des douleurs lombaire (Cf. Tableau 100) en y incluant une mise en perspective de leurs conséquences fonctionnelles

L'objet technique en se concrétisant dispose d'une cohérence interne plus affirmée, provenant d'une synergie acquise entre ses composants. Il est la résultante de plusieurs éléments techniques « *dépositaires de la technicité* » (Simondon, 2012, p. 95) massokinésithérapique dans le domaine du bilan de la douleur.

La fonction perceptive de l'objet technique concret est privilégiée. Sabrina a utilisé un instrument d'investigation des douleurs lombaire (Cf. Tableau 100) incluant leurs conséquences fonctionnelles.

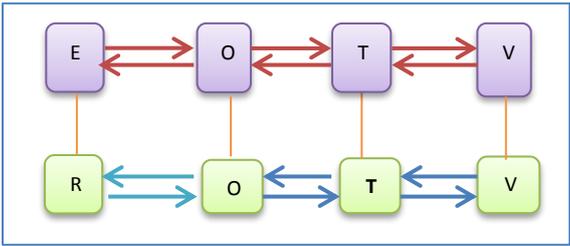
L'instrument est composé de 4 composants chacun d'eux étant porté par un cycle d'expérimentation. Chaque composant inclut l'O.C.P.

Le 1er composant est animé par une dynamique d'enquête (série de questions) dirigée vers le repérage de l'O.C.P., le 2ème par une dynamique observationnelle dirigée vers la détection des conséquences fonctionnelles induites par l'O.C.P., le 3ème par une dynamique par testage (série de test) dirigée vers la détection des éléments anatomiques douloureux et le 4ème par une dynamique de valuation/évaluation et d'auto-évaluation.

Le discours de la stagiaire présente l'instrument selon cette configuration, nous avons affaire à un schéma de conduite clinicothérapeutique qui est un affleurement d'un modèle opératif plus vaste et complexe.

Par ailleurs, la conduite clinicothérapeutique ne doit pas être confondue avec le schème d'action clinicothérapeutique qui est beaucoup plus complexe et constitué de cycles d'expérimentation.

Tableau 50 : L'instrument d'enquête-exploration réalisé par Sabrina

L'OCP et l'OCP transformé ( <i>milieu associé : une partie du monde naturel</i> )	L'objet technique concret ( <i>composants : trames temporelles et contenus</i> )	L'instrument ( <i>forme perceptive</i> )
Sabrina Schème 1 → Mettre en œuvre un bilan des douleurs de la région lombaire lors de chaque séance <b>L'OCP</b> : les douleurs de la région lombaire et les limitations fonctionnelles provoquées <b>L'OCP transformé</b> : La co-valuation/évaluation des douleurs et des limitations fonctionnelles provoquées	En entrelacs et avec des successions de composants 	Instrument d'investigation

Patient : carré violet  
 Stagiaire : carré vert

E : dynamique d'enquête  
O : dynamique observationnelle  
T: dynamique par testage  
V : dynamique de valuation/évaluation et d'autoévaluation

## 4.7 Étude de cas n°6

### 4.7.1 L'extrait issu de l'entretien

Synthèse éditée par Sonal (v.2.0) :10:05 >12:06

Filière professionnelle: soins infirmiers

Parcours formation: troisième année de formation en soins infirmiers

Champs d'investigations cliniques : neurologie et soins d'escarre

Situation clinicothérapeutique connexe relatée par la stagiaire : évocations de bilans et de traitement cutanés (escarre)

Situation clinicothérapeutique connexe relatée par le stagiaire : évocation de positionnements contraints durables ou ponctuels passés ou présents (allongé, assis, debout) ayant des conséquences divers (immobilisations corporelles, douleurs) et soumis à des objectifs spécifiques (but de verticalisation, positionnement)

Question? Alors vous parliez aussi des soins de (hésitation) de (hésitation) pansement, vous les mettez où les soins de pansements?

Léonard: « *alors ici, les deux plaies au niveau inter fessier, alors c'était, c'était déjà le premier objectif, qui développe pas d'autres, plaies! (silence) parce que cela c'était notre grand souci qu'il n'en développe pas d'autres (hésitation) c'était que les plaies déjà existantes (silence) cicatrisent (silence) »*

Léonard: « *et puis d'une certaine manière notre objectif aussi, c'était (hésitation) comment dire? Éviter un procès, c'est un peu gros, mais (hésitation) voilà qu'il ne vienne pas nous (hésitation) comment dire? nous chercher des noix pour (hésitation) ah oui parce qu'il y a une précision importante au final (dit avec rapidité : ah oui parce qu'il y a une précision importante au final) ce qu'il s'est bien gardé de nous dire (dit beaucoup plus lentement : ce qu'il s'est bien gardé de nous dire, en insistant sur : bien gardé de nous dire) c'est que quand il était à domicile, parce qu'on s'est quand même, creusé la tête, pour savoir pourquoi, est-ce qu' il développait des plaies dans le service? Alors que chez lui, il utilisait exactement (il insiste sur : exactement) le même matériel de la même marque etc. ».*

Léonard: « *(hésitation) et qu'il a jamais développé de plaies (bruits de stylo) et ce que sa femme nous a dit parce que lui il ne nous l'a jamais dit, alors qu'il le savait, c'était que son épouse, mettait des protections genre, quelque chose qui va s'apparenté à des couches, quelque chose de vraiment très épais, pour éviter que les sangles (il insiste sur : sangles) ne viennent entre guillemets lacérées un petit peu la peau quoi (court silence) et cela il ne nous l'a pas dit, il ne nous l'a pas dit (dit très rapidement : il ne nous l'a pas dit) mais volontairement (court silence) probablement, probablement volontairement en tous cas (hésitation) conservé, oui on peut mettre conservé (hésitation, silence) une communication avec lui parce que bon, il y a très peu de soignants qui veulent rentrer dans sa chambre (silence) ce n'est pas un patient facile, non, conserver une communication (dit très vite comme s'il relisait ce qu'il venait d'écrire) et puis (hésitation) je ne sais pas comment dire cela? Éviter (hésitation) patient procédurier (silence) éviter, on a évité les conséquences en tous cas (silence assez long) »*

## 4.72 Présentation du patient et de sa lésion

**MOTIF D'HOSPITALISATION** : patient tétraplégique C4ASIAC, depuis 12 ans pour bilan neuro-urologique et pris en charge pendant l'hospitalisation de l'aidant familiale principal

**MODE DE VIE** : patient vivant avec sa compagne depuis 28 ans, 2 enfants (1 garçon de 39 ans et 1 fille de 32 ans). Il habite une maison à un étage avec un ascenseur desservant l'étage. Patient bénéficiant de la présence d'un auxiliaire de vie tous les jours pour la toilette et l'habillage. Si des soins infirmiers sont nécessaires, la compagne du patient les assure la plupart du temps.

**HISTOIRE DE LA MALADIE** :

Patiente de 63 ans, accident de plongeon en piscine en 2005.

**EXAMEN CLINIQUE A L'ENTREE** : le 18/09/2017

Sur le plan cutané aucune escarre sacrée, ischiatique ou talonnière

Sur le plan fonctionnel : patient dépendant d'une tierce personne pour l'ensemble des actes de la quotidienne. Déplacements en fauteuil roulant électrique associé à un coussin anti-escarre. Patient assurant la conduite de son fauteuil roulant électrique. Commandes d'environnement bien utilisé par le patient. Transferts au lève-malade.

## 4.73 L'horizon des apprentissages

### 4.731 Le parcours du stage

Tableau 51 : Le tracé du parcours du stage (cas n°6)

<p>Evénement : la rencontre avec un patient tétraplégique</p> <p>Objet de l'hospitalisation : bilan neuro-urologique et pris en charge pendant l'hospitalisation de l'aidante familiale principale</p> <p>Objet du soin : les soins de nursing et la cicatrisation des escarres</p>			
Le stagiaire relate des conduites	E-V	Les points de réduction expérientielle	
		état interne	état externe
		« <i>ce qui se fait ici</i> » <sup>93</sup> (perception) Corps-cerveau	« <i>ce qui se fait là-bas</i> » (Ibid., p. 8) (perception) Milieu associé
c'est un rapport au corps que vous n'aviez jamais vu, cela? (...) de toucher le patient qui a mal? <b>Léonard</b> : « <i>oui, oui, enfin je veux dire oui, (...) oui, c'était nouveau!, c'était nouveau, à ce point-là en tous cas c'était nouveau!</i> »	E-Rupture	P-v P transition P « <i>nouveau!</i> »	P-v corps → « on est parlé » Patient tétraplégique
« <i>c'était nouveau, et (hésitation) qu'est-ce que je pourrai vous dire? Par exemple pour la prise de tension, je sais que, donc il avait quand même un bras qui était beaucoup plus algique que l'autre, mais il avait une tension artérielle qui était difficilement prenable, au bras qui, qui n'était pas douloureux (léger pouffement) donc systématiquement, on comme on n'arrivait pas à la prendre au premier (alors on prenait la tension<sup>94</sup>) au deuxième, au bras qui était algique qui était plus algique que le premier</i> »		P-v P D'avoir pratiqué et observé les effets	P-v P contradiction  P-v P/ P-v R Tension artérielle Douleur augmentée par un acte de soin
« <i>bon voilà il fallait toujours (hésitation, court silence) comment dire? Il fallait composer (il insiste sur : composer) quoi, c'est un peu cela, il fallait s'excuser (il insiste sur : excuser) presque de (hésitation) prendre la tension, mais cela faisait partie des, des consignes et voilà! il le, il le savait très bien! Mais il (hésitation) n'hésitait pas, de le dire à chaque fois</i> » Sur l'échelle, analogique visuelle, analogique, vous avez eu une idée? « <i>lui, il n'a jamais voulu se prononcer sur</i> »		P-v P D'avoir pratiqué et observé	P-v P Relation de soin
		V-p s'excuser	V-p composer  V-p P/ V-p R Valuation douleur non réalisable
« <i>il est tétraplégique, c'est-à-dire, il peut simplement bouger, à la marge, le coude, pour appuyer sur la sonnette, il peut simplement faire ça (il insiste sur : ça<sup>95</sup>) avec le bras gauche, quoi, juste (il insiste sur : juste) de quoi sonner quoi, c'est tout. Ses mains! Eh bien il y a un phénomène d'enroulement, de rétraction, il est, voilà, ses mains sont un petit peu comme cela, mais</i> »		P-v P D'avoir observé	P-v corps → « on est parlé » Déformations  V-p P/ V-p R Dépendance Mouvements Les mains

<sup>93</sup> Barbaras, 2009, p. 8

<sup>94</sup> Ajout du chercheur

<sup>95</sup> Commentaires du chercheur

<p>« Ah oui parce qu'il y a une précision importante au final, ce qu'il s'est bien gardé de nous dire, c'est que quand il était à domicile, parce qu'on s'est quand même, creusé la tête, pour savoir pourquoi, est-ce qu'il développait des plaies dans le service? //alors que chez lui (...) il utilisait exactement le même matériel de la même marque etc. (...) Et qu'il a jamais développé de plaies » Schème 3 → Ligne 5</p>	<b>Enquête-exploration</b>	<b>P-v P</b> D'avoir utilisé des outils	<b>P-v P/ P-v R</b> Transmissions Plaies
<p>« et ce que sa femme nous a dit parce que lui il ne nous l'a jamais dit, alors qu'il le savait, //c'était que son épouse, mettait des protections genre, quelque chose qui va s'apparenter à des couches, quelque chose de vraiment très épais, pour éviter que les sangles ne viennent entre guillemets lacérées un petit peu la peau quoi, //et cela il ne nous l'a pas dit (...) il ne nous l'a pas dit mais volontairement (...) probablement, probablement volontairement en tous cas » Schème 4 → Ligne 6</p>		<b>P-v</b> corps → « on est parlé » creusé la tête	<b>V-p P/ V-p R</b> matériel
<p>« localisation, il y avait de la macération, parce que c'était quelqu'un qui était au fauteuil, donc l'humidité, ce n'était pas terrible à ce moment-là, de la cicatrisation, localisation macération et (hésitation) qu'est-ce qui était délicat, aussi? (...) il n'était pas dénutrit, ni déshydraté (...) ce n'est pas sur une plastie, tout cela ; parce que cela évoluait (...) quotidiennement quoi Ligne 7</p>		<b>P-v P</b> D'avoir questionné D'apprendre à utiliser un outil.	<b>P-v P/ P-v R</b> coopération non coopération
<p>« du jour au lendemain, on se disait " bon, alors aujourd'hui, c'était comme cela hier, c'est comme cela aujourd'hui, qu'est-ce que l'on fait? qu'est-ce que l'on met?" c'est vrai que le médecin (hésitation) on l'appelait, régulièrement pour que (hésitation) qu'elle nous dise, parce que c'est son boulot aussi (dit rapidement ; parce que c'est son boulot aussi), qu'elle prenne la responsabilité de savoir ce que l'on mettait ou pas quoi » Ligne 8</p>		<b>V-p P/ V-p R</b> protection sangles peau	
<p>« et de toute façon, elle-même (il insiste sur : elle-même) voulait être présente, à chaque fois, que l'on refaisait le pansement quoi »</p>		<b>P-v P</b> D'avoir observé globalement	<b>P-v P/ P-v R</b> Altération tissulaire
<p>« parce que idéalement, on voulait le laisser, 48 heures, et en fin de compte c'était impossible (silence) on le refaisait une fois par jour quoi (court silence) »</p>		<b>P-v P</b> D'avoir observé globalement	<b>P-v</b> corps → « on est parlé » « pas terrible »
<p>« de parce que l'on vient de dire mais (sifflement inspiration, hésitation) en fait, c'est vraiment tout, le contexte général qui faisait que, (hésitation) c'était un peu plombant quoi (il insiste sur : plombant) de voir que, du jour au lendemain il y avait une évolution favorable, on va dire du lundi au mardi (dit rapidement : on va dire du lundi au mardi), et du mercredi au jeudi (dit rapidement : on va dire du mercredi au jeudi) cela se, re-détériorait (il insiste sur : re-détériorait) »</p>		<b>P-v P</b> Incertitude Évolution « qu'est-ce que l'on fait? »	<b>V-p P/ V-p R</b> Fauteuil Macération Dénutrition
<p>« c'est un petit peu tout, c'est-à-dire que tout le monde ya, y a un petit peu participé aussi, parce que le médecin (...) c'est cela, procéder de manière</p>		<b>P-v P</b> D'avoir pratiqué faire des pansements	<b>P-v P</b> Évolution Coordination soins « savoir ce que l'on mettait ou pas quoi » Répartition des tâches
		<b>P-v P</b> D'avoir pratiqué faire des pansements	<b>P-v P</b> Coordination soins
		<b>P-v</b> corps → « on est parlé » « plombant »	<b>P-v P/ P-v R</b> Adaptation
	<b>P-v P</b> D'avoir pratiqué une méthode clinique	<b>V-p P/ V-p R</b> Fréquence soins pansements	
		<b>P-v P/ P-v R</b> Évolution Détérioration	
		<b>V-p P/ V-p R</b> Fréquence soins pansements	
		<b>P-v P</b> Participation Questionnement	

<p>empirique, qu'est-ce qui fonctionne? qu'est-ce qui ne fonctionne pas? et puis (...) fait de manière empirique il y avait l'avis du médecin, il y avait celui des infirmiers qui dès fois, vont avoir, pour certains, pas tous »</p>			<p>V-p P « manière empirique »</p>
<p>« en plus aux vues de ses plaies, donc il fallait le retourner toutes, toutes les deux heures, un patient qui était algique au niveau des épaules, donc c'était, c'était laborieux de lui faire comprendre que, pour que les plaies guérissent il fallait en passer par là »</p>	<p>Épreuve E-V</p>	<p>P-v P D'avoir pratiqué changement de position D'avoir pratiqué Le « faire comprendre »</p>	<p>P-v corps → « on est parlé » « c'était laborieux »</p> <p>V-p P/ V-p R Guérison Douleur épaule</p>
<p>« mais ce patient-là! Qui est aussi procédurier, nous avait dit le médecin (hésitation) comment dire? (hésitation) avait la sensation de nous tenir avec cela, c'est-à-dire il avait bien conscience qu'on était en faute, que il avait développé des plaies dans le service »</p>		<p>P-v corps → « on est parlé » nous tenir avec cela »</p>	<p>P-v corps → « on est parlé » « procédurier »</p> <p>P-v P Qualité sécurité des soins</p>
<p>« alors par rapport à ce patient-là les objectifs, c'étaient, donc il y avait un bilan (court silence) d'évolution médullaire (court silence) c'est un patient qui est suivi par le docteur Z, et malheureusement, pendant la prise en charge à l'hôpital, le patient, a développé (hésitation) a développé, deux plaies. Deux plaies dont on était responsable, puisqu'au final, elles étaient dues au lève-malade aux sangles du lève-malade qui avaient lésé »</p>		<p>V-p P/ V-p R Engagement de la responsabilité</p>	<p>P-v P/ P-v R Qualité sécurité des soins</p> <p>V-p P/ V-p R Objectifs « bilan d'évolution médullaire » Plaies Lève-malade</p>
<p>« et puis d'une certaine manière notre objectif aussi, c'était (hésitation) comment dire? éviter un procès//, c'est un peu gros, mais (hésitation) voilà qu'il ne vienne pas nous (hésitation) comment dire? nous chercher des noix pour » Schème 2 →</p>		<p>P-v corps → « on est parlé » « chercher des noix »</p>	<p>P-v Procès</p>
<p>« et c'est un patient qui est plutôt algique d'ailleurs, (...) voilà, c'est, c'est quelqu'un qui, qui souffre en tous cas » « de spasticité, de (hésitation) voilà les muscles, comme il y a une fonte musculaire, les muscles ne font plus leur effet tampon, donc dès lors que l'on va le toucher, c'est, il est extrêmement douloureux, lui prendre la tension, c'est, c'est une épreuve pour lui »</p>		<p>P-v P D'avoir observé, touché</p>	<p>P-v P/ P-v R Protection Effet tampon Épreuve, mal-être du patient</p> <p>V-p P/ V-p R Muscles Spasticité Tension artérielle</p>
<p>« et le problème, qui est survenu un beau matin c'est que je, enfin j'aurais pris, connaissance à l'occasion de la distribution des médicaments, en rentrant dans sa chambre, il m'a dit "ah j'ai parlé de vous! À l'une des aides-soignantes etc. je lui ai dit que vous l'aviez trouvée comme ci comme ça" chose que je n'avais, évidemment, jamais dite! » (il insiste sur : jamais dite)</p>		<p>P-v corps → « on est parlé » « mettre dans l'embarras</p>	<p>P-v P Distribution des médicaments</p>

<p>« et sur le coup, j'étais complètement scié! Je lui ai quand même rappelé que j'étais stagiaire, que (hésitation) que, qu'en plus je n'avais jamais dit cela (il insiste sur : jamais dit cela) et qu'il allait me mettre dans l'embarras! (il insiste sur : embarras) et (hésitation) oui, j'en (hésitation), j'étais sorti de la chambre en (hésitation) avec un sentiment de (hésitation) d'être en porte à faux complètement quoi »</p>		<p><b>P-v</b> corps → « on est parlé » « scié » « porte à faux »</p>	<p><b>P-v P</b> Distanciation</p>
<p>« j'avais été voir l'aide-soignante, en lui disant que (hésitation) enfin pour un peu rectifié, un semblant de vérité, disant que, "j'avais jamais dit quoique ce soit, sur qui que ce soit en plus" » « et que (longue hésitation) et que monsieur X (hésitation) avait pour le coup, quand même pas mal exagéré, était sorti du cadre" et elle m'a dit, très clairement, "que de toute façon, elle le connaissait, qu'elle ne l'écoutait pas et qu'elle savait que c'était un, un champion pour ce qui était de scinder les équipes »</p>	<p style="text-align: center;"><b>E-V</b> Resource</p>	<p><b>P-v P</b> D'avoir gérer une relation conflictuelle</p>	<p><b>P-v P</b> Distanciation</p> <p><b>P-v</b> corps → « on est parlé » « scinder les équipes »</p>
<p>« et puis ils m'ont tous dit "mais t'inquiètes pas, on te connaît, et surtout on le connaît lui! donc voilà, il n'y a pas de problème" et on m'a dit " que j'avais bien fait" d'ailleurs, mais, mais (hésitation) c'est la première fois, depuis le début de la formation, où (hésitation) je me sentais, vraiment, en porte à faux, oui »</p>		<p><b>P-v</b> corps → « on est parlé » « porte à faux »</p>	<p><b>P-v P</b> Solidarité équipe Parcours formatif</p> <p><b>P-v</b> corps → « on est parlé » « on te connaît »</p>
<p>« alors ici, les deux plaies au niveau interfessier (...) alors c'était, c'était déjà le premier objectif, qu'il ne développe pas d'autres, plaies! // Parce que cela c'était notre grand souci qu'il n'en développe pas d'autres // (hésitation) c'était que les plaies déjà existantes cicatrisent » Schème 1 →</p>		<p><b>V-p P</b></p> <p><b>V-p R</b> Responsabilité</p>	<p><b>P-v P/ P-v R</b> Évolution Développement Processus morbide Cicatrisation</p> <p><b>V-p P/ V-p R</b> Plaies localisation</p>
<p>« oui, ce que je (hésitation) ce que le précisai c'était les soins, soins confort (Léonard écrit, silence) confort et bien-être (légère expiration rapide) cela passe aussi, enfin cela passait, en tout cas, parce que rapidement j'ai coupé court, mais, par de la communication (hésitation) »</p>	<p style="text-align: center;"><b>E-V</b> assimilation</p>	<p><b>P-v P</b> D'avoir gérer une relation de soin</p>	<p><b>P-v P/ P-v R</b> Soins de confort Bien-être Distanciation</p>
<p>« communication, oui c'était plutôt à sens unique d'ailleurs (...) c'était plutôt quelqu'un qu'il faut écouter (il insiste sur : faut écouter) communication et puis ma foi (hésitation) c'était à peu près tout mais on va dire que, d'une certaine manière, il se recréait (court silence, hésitation) par ses échanges, on va dire (silence) où il vivait par procuration, quelque chose qu'il n'allait plus pouvoir vivre ».</p>		<p><b>P-v P</b> D'avoir gérer une relation de soins</p>	<p><b>P-v</b> corps → « on est parlé » « plus pouvoir vivre »</p>
<p>« c'était particulier, je veillai au début de toute façon à quand même bien garder une distance mais rapidement (hésitation) je ne sais pas si je me suis fait déborder ou pas? peut-être? mais c'est voilà, ce n'était pas, ce n'était pas évident quoi »</p>		<p><b>P-v P</b> D'avoir gérer une relation de soin</p> <p><b>P-v</b> corps → « on est parlé » « faire déborder »</p>	<p><b>P-v P</b> Distanciation</p>

<p>« il y avait tout ce qui était soins de nursing, de confort de bien-être etc. et (hésitation) et puis en l'occurrence, ce, les deux plaies qui nécessitaient des pansements (hésitation court silence) assez complexes quoi, assez complexe (voix chuchotée) ce n'était pas spécialement des pansements simples, on s'est un peu arraché les cheveux, pour savoir quel protocole choisir etc. la localisation des plaies posait problème évidemment, sinon rien d'insurmontable quoi, rien d'insurmontable »</p>	<b>E-V Assimilation élaboration</b>	<p><b>P-v mfor</b> D'avoir pratiqué des pansements</p>	<p><b>P-v P/ P-v R</b> Soins de confort Bien-être Faisabilité des soins</p>
<p>« conservé, oui on peut mettre conservé, une communication avec lui parce que bon, il y a très peu de soignants qui veulent rentrer dans sa chambre, (...) conserver une communication et puis (hésitation) je ne sais pas comment dire cela? Éviter (hésitation) patient procédurier, éviter, on a évité les conséquences en tous cas » Schème 5→</p>		<p><b>P-v</b> corps → « on est parlé » « arraché les cheveux »</p>	<p><b>V-p P/ V-p R</b> Protocoles Localisation des plaies</p>
<p>« alors au début on mettait, un produit qui va être à même d'absorber, et de favoriser, alors d'absorber les, les suintements, (...) que cela soit sanguinolent lymphatique etc. Et ! (hésitation) donc on mettait cela, enfin on faisait d'abord une détersion, un petit peu, donc mécanique aussi (...) on (hésitation) nettoyait avec (hésitation) du sérum physiologique, on mettait de "Iurgosorb" et on faisait un pansement sec, après, avec compresses etc. »</p>		<p><b>P-v P</b> D'avoir gérer une relation de soin</p>	<p><b>P-v</b> corps → « on est parlé » « procédurier »</p> <p><b>V-p P/ V-p R</b> Relation de soins</p>
<p>« Cela c'est un petit peu (hésitation) aggravé au niveau des berges, ce qui était sain a commencé à devenir un petit peu atone, donc on a mis un produit, une crème pour protéger les berges, en y mettant une autre à l'intérieur (il insiste sur : une autre à l'intérieur) pour justement essayer de faciliter la détersion, parce qu'il commençait à y avoir de la fibrine, donc ce n'était pas, donc ce n'était pas, terrible »</p>		<p><b>P-v P</b> D'avoir observé les plaies D'avoir pratiqué des pansements</p>	<p><b>V-p P/ V-p R</b> Protocole absorber suintements détersion Pansement sec</p>
<p>« on les a gratté au final, quoi, berge atones, donc là on va mettre, inflammatoire et infectées (hésitation) oui! c'est cela, c'est cela, et puis creusées quoi, je vais mettre plaie, plaie profonde (silence) (...) ah oui, tient j'ai oublié de préciser (dit très rapidement) à tout, au maximum! un centimètre par un centimètre et demi, et rapidement une fois que (hésitation) sans, sans trop, vraiment savoir pourquoi (il insiste sur : vraiment) cela c'est, cela c'est, la plaie s'est très vite asséchée, et (hésitation) a commencé de toute façon cela s'est ré-épidermisé (dit très lentement) par les berges et voilà, cela a compensé un petit peu, quoi »</p>		<p><b>P-v P</b> D'avoir observé les plaies D'avoir pratiqué des pansements</p>	<p><b>P-v P/ P-v R</b> Cicatrisation</p> <p><b>P-v</b> corps → « on est parlé » « pas terrible »</p> <p><b>V-p P/ V-p R</b> Aspects de la plaie Fibrine Berge atone Protocole Détersion</p>
<p>« on les a gratté au final, quoi, berge atones, donc là on va mettre, inflammatoire et infectées (hésitation) oui! c'est cela, c'est cela, et puis creusées quoi, je vais mettre plaie, plaie profonde (silence) (...) ah oui, tient j'ai oublié de préciser (dit très rapidement) à tout, au maximum! un centimètre par un centimètre et demi, et rapidement une fois que (hésitation) sans, sans trop, vraiment savoir pourquoi (il insiste sur : vraiment) cela c'est, cela c'est, la plaie s'est très vite asséchée, et (hésitation) a commencé de toute façon cela s'est ré-épidermisé (dit très lentement) par les berges et voilà, cela a compensé un petit peu, quoi »</p>		<p><b>V-p P</b> Étonnement Questions</p>	<p><b>P-v P/ P-v R</b> Inflammation Évolution rapide</p>
<p>« on les a gratté au final, quoi, berge atones, donc là on va mettre, inflammatoire et infectées (hésitation) oui! c'est cela, c'est cela, et puis creusées quoi, je vais mettre plaie, plaie profonde (silence) (...) ah oui, tient j'ai oublié de préciser (dit très rapidement) à tout, au maximum! un centimètre par un centimètre et demi, et rapidement une fois que (hésitation) sans, sans trop, vraiment savoir pourquoi (il insiste sur : vraiment) cela c'est, cela c'est, la plaie s'est très vite asséchée, et (hésitation) a commencé de toute façon cela s'est ré-épidermisé (dit très lentement) par les berges et voilà, cela a compensé un petit peu, quoi »</p>		<p><b>V-p P/ V-p R</b> Protocole Gratter Aspects de la plaie Profondeur Assèchement Réépidermisation</p>	<p><b>V-p P/ V-p R</b> Protocole Gratter Aspects de la plaie Profondeur Assèchement Réépidermisation</p>

<p>« alors j'ai commencé par les négatifs du coup »  « parce que pour le coup c'est plus facile (légers rires) alors, négatif! il y avait la couleur, il y avait l'aspect général, l'odeur, l'écoulement (court silence) ou pas, la taille (hésitation) il y avait (hésitation) on va dire, lorsqu'on enlevait (il insiste) le pansement existant, il y avait, l'aspect je vais mettre (court silence) l'aspect, du pansement, en place, savoir s'il était vraiment gorgé de, de sécrétions ou pas, il y avait de la (soufflement) de la douleur c'étaient les cas où il la ressentait (court silence) je vais quand même le mettre, mais »  on va peut-être les numéroter? il y a des réactions prioritaires?</p>	<p>V-p P  Valuation des difficultés</p>	<p>EV-p P/ EV-p R  Aspect de la plaie  Couleur  Odeur  Écoulement  Taille  Sécrétions  Douleur</p>
<p>« moi je mettrai, oui, la taille! cela a été (hésitation) alors j'ai (hésitation) aspect du pansement en place, on va mettre, l'aspect de la plaie en deuxième, une fois que le pansement a été retiré l'odeur cela peut donner une indication, mais ce n'est pas forcément ma meilleure, la couleur, par contre, ça l'est, oui, mettre odeur après et écoulement, oui, je mettrai cela comme cela »</p>	<p>V-p P  D'avoir pratiqué une évaluation de l'aspect de la plaie</p>	<p>EV-p P/ EV-p R  Hiérarchisation :  Aspect du pansement  Aspect de la plaie  Écoulement  Odeur</p>
<p>qu'est-ce que vous entendez par aspect?  « l'aspect cela veut dire, c'est vraiment (hésitation) c'est la vision, la vision générale de la plaie quoi (...) comment (hésitation) comment est-ce que sont les berges? est-ce que cela s'est creusé davantage? (...) berges, si on va mettre l'assèchement, aussi »  « berges assèchement, c'était principalement cela, attendez, j'essaie de me replonger dans la situation (hésitation) profondeur quand même, c'est important aussi (court silence) berges, assèchement profondeur, oui, c'est vraiment, c'est le triptyque là »</p>	<p>V-p P  D'avoir pratiqué une évaluation de l'aspect de la plaie</p>	<p>P-v P/ P-v R  Vision générale de la plaie  Évolution creusement</p> <p>EV-p P/ EV-p R  Berge  Assèchement  Profondeur</p>
<p>parce qu'il y a une notion évolutive, aussi?  « oui! tout à fait, du jour au lendemain ce n'était plus pareil du jour au lendemain ce n'était plus pareil »  c'est assez déroutant  « oui! pour les équipes, oui, oui (...) pour le médecin aussi, c'est à s'arracher les cheveux quoi »</p>	<p>P-v  corps → « on est parlé » « arraché les cheveux »</p>	<p>P-v P/ P-v R  Évolution  Incertitude</p>
<p>par rapport à vos, enseignements, à l'IFSI, vous avez eu tous ces, tous ces critères -là?  « oui! tout cela! alors pas forcément à (hésitation) à l'école ou, peut-être plutôt lors de mon premier stage ici, parce que le, comment dire c'est tellement, tellement large (il insiste sur : large), le socle de connaissances que l'on doit acquérir, que cela (hésitation) c'est pas vu en cours, cela c'est vraiment vu, sur les terrains de stage, et on apprend (hésitation) en faisant quoi, vraiment, de manière empirique (...) de toute façon il y a tellement de choses qui devraient être vues et que l'on a pas le temps de voir que » (hésitation)</p>	<p>P-v P  Parcours de stage  Incomplétude  Socle de connaissances  « pas le temps de voir »</p>	<p>V-p P  Manière empirique</p>
<p>vous en avez discuté avec le médecin?  « oui, oui, moi j'ai plus, discuté, pas forcément de (hésitation) parce que je n'étais pas très au fait des, comment dire? des matériels, des pansements, des interfaces que l'on allait devoir mettre dessus (...) moi c'était quant à la détersion, de ce que j'avais pu voir dans les autres stages (hésitation) ce que l'on</p>	<p>V-p P  Incomplétude  Protocole  Pansements  Interfaces  Matériel</p>	<p>P-v P  Protection risque d'exposition</p> <p>EV-p P  Pressions  Protocole comparaison  « détersion à la</p>

<p><i>faisait beaucoup, c'était des détensions à la seringue! (...) des seringues vraiment, avec (hésitation) qui font deux millilitres cela permet vraiment d'avoir une pression énorme, pour décoller la fibrine, c'est pas mal, alors cela élabousse un peu, il faut protéger etc.</i></p>			<p>seringue »</p>
<p><i>Mais c'est vrai qu'ici cela ne se fait pas, on va d'abord, on va plutôt privilégier une détension (hésitation) au bistouri, quelque chose de mécanique quoi, mais pas à la seringue (hésitation) quelque chose aussi (hésitation) parce que en fin de compte, on peut (hésitation) humidifier une plaie, quand il n'y a plus de fibrine, quand cela voilà, la peau commence à bourgeonner, quand cela se reconstitue, et à ce moment-là de (hésitation) de la cicatrisation, quand cela bourgeonne, l'idéal, alors c'est ce qu'on nous dit dans les cours, je ne l'ai jamais pratiqué »</i></p>		<p><b>EV-p P</b> « alors c'est ce qu'on nous dit dans les cours, je ne l'ai jamais pratiqué »</p>	<p><b>P-v R</b> Cicatrisation</p> <p><b>EV-p P</b> Pressions Protocoles comparaison « détensions à la seringue » « bistouri » « humidifier la plaie »</p>

	Pôle évaluatif-perceptif		Pôle évaluation
Système d'activité	<b>P-v P / P-v R</b>	<b>V-p P / V-p R</b>	<b>EV-p P / EV-p R</b>
Activité	<b>P-v P</b>	<b>V-p P</b>	<b>EV-p P</b>
	<b>P-v R</b>	<b>V-p R</b>	<b>EV-p R</b>
	<b>P-v corps</b> → « on est parlé »		

- P-v P** : Perception-valuation du processus de Professionnalisation
- P-v R** : Perception-valuation du processus de Réhabilitation
- V-p P** : Valuation-perception-du processus de Professionnalisation
- V-p R** : Valuation-perception-du processus de Réhabilitation
- EV-p P** : EValuation du processus de Professionnalisation
- EV-p R** : EValuation du processus de Réhabilitation

4.732 Une étape du parcours de stage : l'Expérience-Vécue assimilation/élaboration (construction d'une base d'orientation)

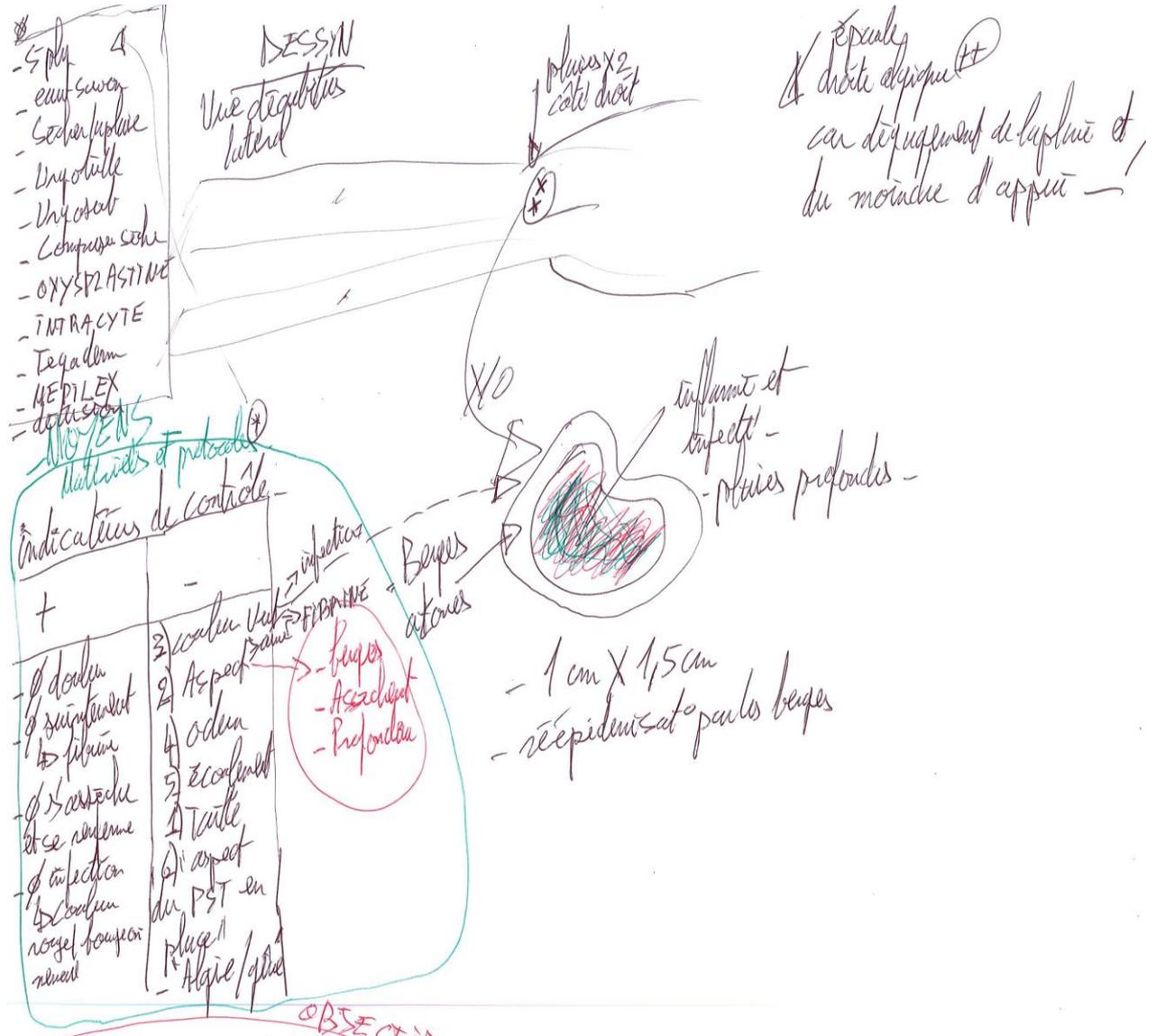


Figure 24 : Outil de recension (schéma d'action connexe au schéma cible) portant sur les aspects d'une plaie et les moyens de traitement (cas n°6)

Le stagiaire expose les résultats de sa recherche concernant les pansements des plaies dues aux escarres. Il a progressivement mis au point une base d'orientation avec des indicateurs (classés selon leur importance en termes de pronostic) liés à l'aspect de la plaie, les moyens matériels et le protocole (en vert) du pansement. Il a établi des comparaisons entre plusieurs terrains de stage (voir le tracé du stage étape EV assimilation élaboration). Le dessin anatomique montre la notion de berge et l'emplacement des plaies au niveau du bassin.

L'outil de recension connexe à l'outil cible a permis d'enregistrer ces données qui seraient peut-être restées non formalisées s'il n'y avait pas eu le débriefing.

4.733 Un état des valuations-évaluations auprès du patient : l'horizon des apprentissages

Tableau 52 : Points de Réduction Expérientielle établit par le bipôle valuatif-perceptif / évaluatif (cas n°6)

Les étapes du tracé	Les PRExp/VPÉ											
	Lignes	P-v	P-v corps	V-p	P-v F	P-v R	V-p F	V-p R	EV-pF	P-v F/P-v R	V-p F/V-p R	EV-p F/ EV-p R
E-V Rupture	1		e		i							
	2				i	e				e		
	3			i	e	i	e				e	
	4					i					e	
E-V Enquête Exploration	5		i		i					e	e	
	6				i					e	e	
	7		e		i					e	e	
	8				i	e						
	9				i	e						
	10					i				e	e	
	11		i			i				e	e	
	12					i	e					
E-V Épreuve	13		e		i						e	
	14		i	e		e						
	15									e	i	e
	16	e	i									
	17					i				e	e	
	18		i			e						
	19		i			e						
E-V Ressource	20		e		i	e						
	21		i	e		e						
E-V Assimilation	22						i	i		e	e	
	23					i				e		
	24		e			i						
	25		i			i	e	e				
	26		i			i				e	e	
E-V Assimilation Élaboration	27		e			i					e	
	28					i					e	
	29		e			i				e	e	
	30						i			e	e	
	31						i					e
	32						i					e
	33						i			e		e
	34		i							e		
	35					e		e				
	36					e		i		e		
	37						e			i	e	

PRExp/VPÉ : Points de Réduction Expérientielle établis par le bipôle Valuatif-Perceptif / Évaluatif.

i : interne / e : externe

**P-v P** : Perception-valuation du processus de Professionnalisation.

**P-v R** : Perception-valuation du processus de Réhabilitation.

**V-p P** : Valuation-perception du processus de Professionnalisation.

**V-p R** : Valuation-perception du processus de Réhabilitation

**EV-p P** : Évaluation du processus de Professionnalisation

**EV-p R** : Évaluation du processus de Réhabilitation

**P-v P/ P-v R** : Perception-valuation des processus liés  
Professionnalisation/Réhabilitation.

**V-p P/ V-p R** : Valuation-perception des processus liés  
Professionnalisation/Réhabilitation.

**EV-p P/ EV-p R** : Évaluation des processus liés Professionnalisation/Réhabilitation.

## 4.74 L'horizon des soins

### 4.741 La position du cycle d'expérientiation étudié

Le discours du stagiaire sur ce segment de l'horizon (échelle temporelle macroscopique) est positionné au niveau de l'étape Expérience-Vécue Enquête-Exploration du parcours du stage (Cf. Tableau 53). Le cycle d'expérientiation étudié (échelle temporelle microscopique) se situe au niveau du schème 4→

**Tableau 53 : Segment de l'horizon des apprentissages, lieu d'investigations (cas n°6)**

<p>« Ah oui parce qu'il y a une précision importante au final, ce qu'il s'est bien gardé de nous dire, c'est que quand il était à domicile, parce qu'on s'est quand même, creusé la tête, pour savoir pourquoi, est-ce qu'il développait des plaies dans le service? //alors que chez lui (...) il utilisait exactement le même matériel de la même marque etc. (...) Et qu'il a jamais développé de plaies » Schème 3→ Ligne 5</p>		<p><b>P-v P</b> D'avoir utilisé des outils</p>	<p><b>P-v P/ P-v R</b> Transmissions Plaies</p>
<p>« et ce que sa femme nous a dit parce que lui il ne nous l'a jamais dit, alors qu'il le savait, //c'était que son épouse, mettait des protections genre, quelque chose qui va s'apparenter à des couches, quelque chose de vraiment très épais, pour éviter que les sangles ne viennent entre guillemets lacérées un petit peu la peau quoi, //et cela il ne nous l'a pas dit (...) il ne nous l'a pas dit mais volontairement (...) probablement, probablement volontairement en tous cas » Schème 4→ Ligne 6</p>	<p>Enquête-Exploration</p>	<p><b>P-v</b> corps → « on est parlé » creusé la tête</p>	<p><b>V-p P/ V-p R</b> matériel</p>
<p>« localisation, il y avait de la macération, parce que c'était quelqu'un qui était au fauteuil, donc l'humidité, ce n'était pas terrible à ce moment-là, de la cicatrisation, localisation macération et (hésitation) qu'est-ce qui était délicat, aussi? (...) il n'était pas dénutrit, ni déshydraté (...) ce n'est pas sur une plastie, tout cela ; parce que cela évoluait (...) quotidiennement quoi » Ligne 7</p>		<p><b>P-v P</b> D'avoir questionné D'apprendre à utiliser un outil.</p>	<p><b>P-v P/ P-v R</b> coopération non coopération</p>
<p>« du jour au lendemain, on se disait " bon, alors aujourd'hui, c'était comme cela hier, c'est comme cela aujourd'hui, qu'est-ce que l'on fait? qu'est-ce que l'on met?" c'est vrai que le médecin (hésitation) on l'appelait, régulièrement pour que (hésitation) qu'elle nous dise, parce que c'est son boulot aussi (dit rapidement ; parce que c'est son boulot aussi), qu'elle prenne la responsabilité de savoir ce que l'on mettait ou pas quoi » Ligne 8</p>		<p><b>P-v P</b> D'avoir observé globalement</p>	<p><b>V-p P/ V-p R</b> protection sangles peau</p>
		<p><b>P-v P/ P-v R</b> Altération tissulaire</p>	<p><b>P-v</b> corps → « on est parlé » « pas terrible »</p>
	<p><b>P-v P</b> Incertitude Évolution « qu'est-ce que l'on fait? »</p>	<p><b>P-v P</b> Évolution Coordination soins « savoir ce que l'on mettait ou pas quoi » Répartition des tâches</p>	

#### 4.742 L'étude du cycle d'expérientiation T9/R9

**La conduite « c'était que son épouse, mettait des protections genre, quelque chose qui va s'apparenter à des couches, quelque chose de vraiment très épais, pour éviter que les sangles ne viennent entre guillemets lacérées un petit peu la peau quoi » portée par T9/R9.**

#### **La genèse des cycles**

Elle a été suscitée chez le stagiaire par 5 facteurs ou conditions expérientielles : la tâche discrétionnaire issue du dispositif technique des soins, le but du schème, la tâche effective à partager ces deux facteurs sont en lien avec un besoin pragmatique partagé en rapport avec l'objet du soin : *l'état cutané chez un patient tétraplégique*, le facteur qui suit, est celui des convergences de vues des acteurs qui se concrétiseront au travers d'une Base d'Orientation (BO), le dernier facteur se rapporte aux savoirs/connaissances présumés mobilisés par le stagiaire.

#### **Le cadrage des pratiques par la tâche discrétionnaire le but du schème et la tâche effective à partager**

La tâche discrétionnaire, elle relève du projet thérapeutique, elle est émise par le prescripteur, elle s'énonce comme suit :

- > Traiter les escarres (lésions cutanées) en cours et préserver le patient de toutes complications cutanées à venir dans le service de MPR

Le but du schème n°1 est :

- > Prévenir les risques de lésion cutanée tout en dirigeant le processus de cicatrisation des plaies existantes

Une tâche effective à partager qui appellera une collaboration des deux acteurs.

- > Identifier le mécanisme lésionnel survenu dans le service afin d'appliquer des mesures de prévention adéquate

#### **L'activation d'une Base d'Orientation consacrée aux soins de Plaie et cicatrisation et de Prévention des Risques de Complication cutanée (BOPPRC)**

La base d'orientation montre sur que la totalité des RPV 96 réseau (3) ont été utilisés. Ils se sont articulés avec les RPV (2) objet du soin et le RPV facteurs environnementaux. Les RPV ont généré des convergences de vue portant sur, 1 structure corporelle, 2 activités et participation, et 2 facteurs environnementaux.

La partie de la base d'orientation activée, englobe 3 Groupements de Matériaux Expérientiels (GME) (Cf. Tableau 54)

**Tableau 54 : Une utilisation de la BOPPRC par le cycle d'expérientiation T9/R9**

Un état de la base d'orientation BOPPRC		
<i>Les acteurs « s'entre-définissent » dans les intermédiaires qu'ils mettent en circulation</i>	RPV réseau	1 <sup>er</sup> GME

<sup>96</sup> RPV : Rapprochements des Points de Vue

Convergence de vue	« structure des aires de la peau s810 »	RPV <i>objet du soin</i>	
<i>Une identification des actions des agents est possible à travers la production qu'ils vont diffuser, dans et à travers le réseau</i>		RPV <i>réseau</i>	2 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« résoudre des problèmes d175 » « Acquérir un savoir-faire complexe d1551 »	RPV <i>objet du soin</i>	
<i>identification d'un ensemble d'entités humaines et non humaines individuelles ou collectives (...) et les relations dans lesquelles elles entrent »</i>		RPV <i>réseau</i>	3 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« famille proche e310 » « Produits et systèmes techniques destinés à faciliter la mobilité et le transport à l'intérieur et à l'extérieur e120 »	RPV <i>facteurs environnementaux</i>	

Commentaires sur des convergences de vue et les GME :

(CIH-2) structure corporelle : « structure des aires de la peau s810 » ce sont les zones de frottement entre les sangles et la peau du patient qui sont à l'origine des lésions cutanées, ces zones de peau devront être protégées par un capitonnage des sangles.

(CIH-2) les activités et participation : « résoudre des problèmes d175 » la solution a été trouvée et testée par l'aidante familiale au domicile. « Acquérir un savoir-faire complexe d1551 » l'aidante familiale fait la preuve qu'elle possède un savoir-faire complexe par la description qu'elle donne sur la manière d'utiliser le lève-personne mobile, elle connaît de plus les risques encourus et la gravité des lésions cutanées qui peuvent survenir.

Le 1er GME créera des PRExp en lien avec la structure des aires de la peau. Le 2ème GME produira des PRExp en lien avec la résolution des problèmes posés par les risques de lésions cutanées lors de l'utilisation du lève personne mobile, et sur les procédures et les savoir-faire complexes que devront acquérir les opérateurs afin de prévenir les risques cutanés. Le 3ème GME créera des PRExp qui se rapporteront à l'utilisation par l'aidante familiale d'un lève-personne mobile à domicile, intégrant une procédure de prévention des risques cutanés.

### ***L'étayage du cycle d'expérimentation par les savoirs connaissances***

Le stagiaire a été en mesure de mobiliser des savoirs connaissances qui lui ont permis d'étayer le cycle d'expérimentation. Les modèles cognitif et/ou opératif dont nous percevons l'affleurement au travers du discours, ont été sollicités voire enrichis.

L'Affleurement des Modèles Cognitif et Opératif (AfMCO) se manifeste dans le(s) fragment(s) de conduite ou inférence(s) :

- > «mettait des protections» INF<sup>97</sup>39, genre, quelque chose qui va s'apparenter à des couches» INF40, «quelque chose de vraiment très épais » INF41, «pour éviter que les sangles» INF42, «un petit peu la peau quoi» INF44

L'AfMCO est un indicateur, de savoirs connaissances mobilisables (Cf. encadré et annexe du cas) que le stagiaire aurait pu mobiliser à partir de ses modèles, ou intégrer à ses modèles cognitif et opératif, nous exposons ceux qui sont à même d'avoir été mobilisés en priorité :

(PTV<sup>98</sup>) [Chez des patients souffrants de lésions ayant un caractère de chronicité (ex. lésés médullaires) la prévention des troubles cutanée est une nécessité afin d'éviter la complication majeure, la survenue d'une escarre]

(PTV) [une des cause de la survenue d'une escarre est un appui prolongé et excessif sur une région tissulaire]

(PTV) [Pour limiter l'appui, les zones de pression sur la peau doivent être protégées par une interface en matériaux adéquates en particulier au niveau des ischions]

(PTV). [Les soignants du service d'hospitalisation peuvent faire appel à l'aidant familial afin d'obtenir l'information-clé sur la manière à domicile d'utiliser le lève-personne mobile afin de prévenir dans le service, en utilisant un matériel identique, le risque de lésion cutanée au niveau des ischions]

### **Une opérationnalisation du cycle d'expérimentation<sup>99</sup> T9/R9**

Elle passe par la création d'un sous-but qu'appuie, le cas échéant, un aphorisme ou concept en acte/pragmatique véhiculé par les propos tenus par l'équipe soignante, les tuteurs etc.

#### *Le sous but*

« Faire appel à l'aidante familiale pour connaître le mécanisme lésionnel et la mesure de prévention idoine »

#### *L'aphorisme, le concept en acte, mobilisé par le stagiaire*

Le CAct6 « mettre des protections » ; pilote la mise en application de la mesure de prévention, le capitonnage des sangles du lève-personne mobile, le maintien, l'efficacité du capitonnage par rapport à l'état cutané sont évalués sous l'égide du concept en acte.

#### *Le théorème en acte T9*

Les transferts (lit-fauteuil roulant et vice-versa) de ce patient lésé médullaire ont été réalisés dans le service avec un lève-personne mobile en tout point identique à celui qu'utilise l'équipe soignante à son domicile, et ce afin d'éviter la survenue de complications cutanées.

<sup>97</sup> INF : inférence

<sup>98</sup> PTV : proposition tenue pour vrai

<sup>99</sup> Le cycle d'expérimentation incarné-situé

*La règle d'action R9*

**Si** des complications cutanées surviennent dans le service bien que la mesure de prévention ait été appliquée et que nous soyons (l'équipe soignante stagiaire inclut) dans l'incapacité de pouvoir en déterminer les causes et les moyens/manières de faire pour éviter leur récurrence.

**Alors** il nous faudra nous adresser à l'aidante familiale utilisatrice tous les jours à domicile du même appareil de levage, afin qu'elle nous rende compte des procédés techniques et des mesures de prévention des risques cutanés qu'elle emploie.

4.743 Un état du rapprochement des points de vue avec le patient : l'horizon des soins

Tableau 55 : Points de Réduction Expérientielle mus par l'Objet du Soin (cas n°6)

Schème d'action ou d'enquête-exploration	Situation Professionnelle (SP)		
Base d'Orientation (B.O.) Pilotage par le rapprochement des points de vue	Construction de la SP par essaimage des Points de Réduction Expérientielle (PRExp)		
1 <sup>er</sup> GME (structure corporelle et fonctions de l'organisme)	PRExp/ObjSoin		
« Fonctions du tempérament et de la personnalité b126 »	PRExp T8		PRExp T10
« structure des aires de la peau s810 »		PRExp T9	
2 <sup>ème</sup> GME (activités et participation)	PRExp/ObjSoin		
« interactions de base avec autrui d710 »	PRExp T8		
« Discussion avec plusieurs personnes d3551 »	PRExp T8		PRExp T10
« Faire face à une crise d2402 »	PRExp T8		PRExp T10
« résoudre des problèmes d175 »		PRExp T9	PRExp T10
« Acquérir un savoir-faire complexe d1551 »		PRExp T9	
3 <sup>ème</sup> GME (facteurs environnementaux)	PRExp/ObjSoin		
« famille proche e310 »	PRExp T8	PRExp T9	
« professionnels de santé e355 »	PRExp T8		PRExp T10
« Produits et systèmes techniques destinés à faciliter la mobilité et le transport à l'intérieur et à l'extérieur e120 »		PRExp T9	
Cycles d'expérientiation	<b>T8/R8</b>	<b>T9/R9</b>	<b>T10/R10</b>

GME: Groupement de Matériaux Expérientiels

PRExp: Point de Réduction Expérientielle

PRExp/ObjSoin : Points de Réduction Expérientielle mus par l'Objet du Soin

## 4.75 L'horizon des donations

4.751 L'étude du cycle d'expérientiation T9/R9 et la constitution d'une visée commune

**La conduite : « c'était que son épouse, mettait des protections genre, quelque chose qui va s'apparenter à des couches, quelque chose de vraiment très épais, pour éviter que les sangles ne viennent entre guillemets lacérer un petit peu la peau quoi » et portée par T9/R9**

**L'activité du stagiaire<sup>100</sup> : 1<sup>er</sup> étape dans la constitution des agrégats expérientiels, détecter des champs expérientiels**

La conduite portée par T9/R9 s'est constituée en convoquant 4 champs expérientiels (Cf. Tableau 56). Celui en lien avec la corporéité a été le plus expérienté, avec 9 mises en mots ! L'activation des 4 champs a donné lieu à la production de 17 mises en mots.

**Tableau 56 : Des champs expérientiels intégrés au fonctionnement de T9/R9 (cas n°6)**

Des champs expérientiels dans leur participation à l'expérientiation de l'objet du soin	
Phase d'élaboration perceptive	Phase de l'intégration du contenu linguistique et de l'énonciation
Convergences de vue vers l'objet du soin <sup>101</sup> Convocation des champs expérientiels	Convergences de vue vers l'objet du soin Mises en mots
technique instrumentale de soin	« <b>mettait des protection</b> » SCH4 INF39, « <b>genre, quelque chose</b> qui va <b>s'apparenter à des couches</b> » SCH4 INF40, « <b>quelque chose de vraiment très épais</b> »SCH4 INF41, « <b>pour éviter que les sangles</b> » SCH4 INF42 « <b>ne viennent entre guillemets lacérées</b> » SCH4 INF43 « <b>un petit peu la peau quoi</b> » SCH4 INF44 (9)
valuation	« <b>mettait des protection</b> » SCH4 INF39 « <b>genre, quelque chose</b> qui va <b>s'apparenter à des couches</b> » SCH4 INF40, «quelque chose de <b>vraiment très épais</b> » SCH4 INF41, « <b>pour éviter que les sangles</b> » SCH4 INF42 « <b>ne viennent entre guillemets lacérées</b> » SCH4 INF43 « <b>un petit peu la peau quoi</b> » SCH4 INF44 (4)
corporéité	«c'était que son <b>épouse</b> » SCH4 INF 38, «un petit peu la <b>peau</b> quoi» SCH4 INF44 (2)
la technique d'observation clinique	« ne viennent entre guillemets <b>lacérées</b> » SCH4 INF43, «un petit peu <b>la peau</b> quoi» SCH4 INF44 (2)

<sup>100</sup> Plus exactement, une reconstitution de la conduite du stagiaire.

<sup>101</sup> Les caractéristiques (CIH-2) relevées dans la base d'orientation des perceptions/valuations

**L'activité du stagiaire: 2<sup>ème</sup> étape, créer/produire des Points de Réduction Expérientielle (PRExp).**

Les PRExp répondent d'un classement qui est fonction des stratégies de mobilisation des champs expérientiels (Cf. Tableau 57).

**Tableau 57 : Des PRExp de T9/R9 mobilisés par le don/contre don (cas n°6)**

Un classement des PRExp et une formation d'agrégats expérientiels							
Stratégies expérientielles entrée par le/les systèmes d'activité	Fragments de conduite liés à l'épouse					Fragments de conduite liés au patient	
		«c'était que son épouse » SCH4 INF 38	«mettait des protections» SCH4 INF39	«genre, quelque chose qui va s'apparenter à des couches» SCH4 INF40	«quelque chose de vraiment très épais » SCH4 INF41	«pour éviter que les sangles» SCH4 INF42	« ne viennent entre guillemets lacérées » SCH4 INF43
1 <sup>er</sup> maillage interindividuel et tuilage		PRExp de la technique instrumentale de soin	PRExp de la technique instrumentale de soin	PRExp de la technique instrumentale de soin	PRExp de la technique instrumentale de soin	PRExp de la technique instrumentale de soin	PRExp de la technique instrumentale de soin
2 <sup>ème</sup> maillage interindividuel et tuilage		PRExp de la valuation	PRExp de la valuation	PRExp de la valuation	PRExp de la valuation	PRExp de la valuation	PRExp de la valuation
3 <sup>ème</sup> maillage interindividuel et /ou tuilage	PRExp de la corporéité						PRExp de la corporéité

Agrégat par maillage interindividuel

Agrégat par tuilage

**Une interprétation en rapport avec une tâche collective et les systèmes d'activité des acteurs**

Une tâche collective se dessine qui est composée de deux agrégats.

La totalité des champs expérientiels, 3 sur 3, ce qui apparait aux vues des autres cas comme exceptionnel, participe à l'agrégat par maillage interindividuel. Cette mobilisation dénote la présence de relations interindividuelles (Barthe & Quéinnec, p.674) d'une / de rencontres entre le stagiaire et l'aidante, entre l'aidante et le patient (Olry, 2015, p. 56°) celles-ci se sont appuyées principalement sur les champs de la technique instrumentale, de la valuation et secondairement sur celui de la corporéité. L'existence de tâches dépendantes voir mutuellement dépendantes s'est profilée en

prenant appui sur l'action d'adaptation des sangles du lève-personne mobile en vue de préserver l'état cutané du patient lors du soulèvement patient.

Ce sont des ajustements entre le corps du patient (sa peau) les protections et les sangles du lève personne mobile qui sont décrits et qui forment le centre d'une tâche collective. L'aidante familiale en manipulant l'instrument, par son intermédiaire, voit un corps à corps s'établir, une jonction se former avec le corps du patient, son époux (Olry, 2015, p. 87). Ce corps à corps médié par l'instrument s'est prolongé avec celui du stagiaire.

De ce corps à corps il en a résulté une mesure de prévention mise en œuvre au domicile initialement et dont il fallut contrôler l'exécution.

Pour l'aidante familiale (l'opératrice) :

En suivant les numérotations des fragments de conduites, nous disposons d'un condensé du déroulement des opérations d'exécution du capitonnage (Savoyant, 1979, p.24) et des opérations de contrôle attenantes (Ibid., p.24). Notons que les fragments de conduites *INF39*, *INF40* et *INF41* décrivent le début de la phase d'exécution du capitonnage et son contrôle.

Les fragments de conduite ; *INF42*, *INF43* et *INF44* décrivent le milieu et la fin de la phase d'exécution du capitonnage et son contrôle, phase à laquelle le patient se trouve impliqué.

Pour le stagiaire (l'enquêteur puis l'opérateur) :

Au contact de l'aidante familiale, il a expérimenté, 4 indicateurs, (1) les protections doivent répondre à une épaisseur, (2) elles doivent être placées sur des portions des sangles qui vont entrer en contact avec la peau du patient, (3) elles ne doivent plus varier de position au risque de d'entraîner une lésion cutanée par lacération et (4) l'état de la peau après chaque transfert doit faire l'objet d'une valuation.

L'agrégat par tuilage au sein de la tâche collective du mobilise aussi la totalité des champs expérientiels. Il a produit ou a créé la presque totalité des PRExp sauf un. À noter, un sous agrégat remarquable en rapport avec un fragment de conduite du patient qui se rapporte à son état cutané, le stagiaire mobilise de concert un triptyque, médié par le champ expérientiel de la valuation prenant en ligne de mire à la fois la technique instrumentale et ses effets (protecteurs) sur la peau du patient. Le croisement de ces données expérientielles permet à l'aidante familiale et au stagiaire<sup>102</sup> d'ajuster (Olry, 2015, p. 65) l'action de soin.

Nous avons affaire ici à l'expérientiation répétée d'une tâche collective (Barthe & Queinnec, 1999, p. 676) au domicile et dans le service de MPR en rapport avec les systèmes d'activité d'un groupe d'acteurs auxquels s'arrime dans une certaine mesure le système d'activité du patient lésé médullaire.

**L'activité du stagiaire: 3<sup>ème</sup> étape en vue de l'agencement des agrégats, utiliser les Points de Réduction Expérientielle (PRExp) pour s'entendre avec l'aidante familiale sur une visée commune.**

---

<sup>102</sup> Ainsi qu'aux membres de l'équipe soignante du service de MPR

Les dons/contre-dons des Fragments de Conduites (FC) :

Le stagiaire a donné à en partage, ses FC à l'épouse par l'entremise :

- ⇒ De la technique instrumentale de soins (comme utilisateur du lève-personne mobile, et stagiaire infirmier prodiguant ses soins au niveau des lésions cutanées)
- ⇒ De la valuation (comme valuateur de la solution technique préconisée par l'épouse)
- ⇒ de la corporéité (comme stagiaire inclut dans l'équipe soignante, et participant l'anamnèse psychosociale et aux soins donnés à son époux).

L'épouse a donné en partage, ses FC à l'équipe soignante incluant le stagiaire par l'entremise :

- ⇒ De la technique instrumentale de soins (la solution technique à adopter pour prévenir les complications cutanées lors du transfert avec le lève-personne mobile),
- ⇒ De la valuation (l'estimation de la faisabilité et de la prévention procurée par la solution technique)
- ⇒ De la corporéité (comme aidante familiale au service de son époux, utilisatrice du lève-personne mobile et participante à l'anamnèse psychosociale).

Une visée commune portant sur les mesures de prévention en rapport avec le lève-personne mobile

Le but de l'anamnèse est de porter un éclairage sur la manière d'utiliser le lève-personne mobile au domicile du patient. Demander à l'aidante familiale, son épouse de bien vouloir nous transmettre des informations attenantes, concernant les opérations et de contrôle du capitonnage des sangles du lève-personne mobile

*/Participer de bonne grâce à l'enquête menée par l'équipe soignante en les informant sur ma façon de mettre des protections sur les sangles du lève-personne afin d'éviter des blessures chez mon époux au niveau de sa peau lors du transfert*

<sup>103</sup>

---

<sup>103</sup> L'italique signale la partie de la visée commune du point de vue de l'épouse

4.752 Un état de travail coopératif avec l'aidante familiale et non avec le patient : l'horizon des donations

Tableau 58 : Points de Réduction Expérientielle convoqués lors des donations (cas n°6)

Schème d'action ou d'enquête-exploration		Situation Professionnelle (SP))						Cycles d'expérientiation	
Base d'Orientation (B.O.) Pilotage		Construction de la tâche collective par des Points de Réduction Expérientielle (PRExp)							
Donation	Fragments de conduite	PRExp/Don							
Don/ de l'épouse vers le stagiaire (collectif soignant)	«et ce que sa <i>femme</i> (nous) a dit» SCH4 INF 33	PRExp T8 MT	PRExp T8 MT			PRExp T8 MT	PRExp T8 MT	T8/R8	
Contre don/ le stagiaire (collectif soignant) vers l'épouse	« nous » SCH4 INF34		PRExp T8 M						
	« nous » SCH4 INF36		PRExp T8 M						
Don refusé/ du patient vers le stagiaire (collectif soignant)	«parce que <i>lui il</i> ne (nous) l'a jamais dit» SCH4 INF35	PRExp T8 MT	PRExp T8 MT			PRExp T8 MT	PRExp T8 MT		PRExp T8 MI/T
	«alors qu' <i>il</i> le savait»SCH4 INF37	PRExp T8 MT	PRExp T8 MT			PRExp T8 MT			PRExp T8 MI/T
Don/ l'épouse vers le stagiaire (collectif soignant)	«c'était que son <i>épouse</i> » SCH4 INF 38		PRExp T9 MT					T9/R9 étudié	
	« <i>mettait des protections</i> » SCH4 INF39	PRExp T9 MT			PRExp T9 MT				
	« <i>genre, quelque chose qui va s'apparenter à des couches</i> » SCH4 INF40	PRExp T9 MT			PRExp T9 MT				
	« <i>quelque chose de vraiment très épais</i> »SCH4 INF41	PRExp T9 MT			PRExp T9 MT				
	« <i>pour éviter que les sangles</i> » SCH4 INF42	PRExp T9 MT			PRExp T9 MT				
Contre don/le patient vers l'épouse	« ne viennent entre <i>guillemets lacérées</i> » SCH4 INF43	PRExp T9 MT			PRExp T9 MT				
	« <i>un petit peu la peau quoi</i> » SCH4 INF44	PRExp T9 MT	PRExp T9 MT	PRExp T9 MT					

Don / le stagiaire (collectif soignant) vers le patient /don refusé par le patient	« ne nous » SCH4 INF46		PRExp T10 MT	PRExp T10 MT				T10/R10	
	« ne nous » SCH4 INF48		PRExp T10 MT	PRExp T10 MT					
Don du stagiaire (collectif soignant) impossible à réaliser vers le patient	« ne nous » SCH4 INF46		PRExp T10 MT	PRExp T10 MT					
	« ne nous » SCH4 INF48		PRExp T10 MT	PRExp T10 MT					
Contre don refusé/par le patient vers le stagiaire (collectif soignant)	« et cela il (ne nous) l'a pas dit » SCH4 INF45	PRExp T10 MI/T	PRExp T10 MT	PRExp T10 MT	PRExp T10 MI/T	PRExp T10 MI/T			
	«Il (ne nous) l'a pas dit » SCH4 INF47	PRExp T10 MI/T	PRExp T10 MT	PRExp T10 MT	PRExp T10 MI/T	PRExp T10 MI/T			
	« mais volontairement (...) probablement, probablement volontairement en tous cas » SCH4 INF49			PRExp T10 MT					
Champs expérimentiels convoqués		technique instrumentale de soin	la corporéité	la valuation	la technique instrumentale d'observation clinique	La technique de guidage et d'accompagnement relationnel	la valuation temporelle		
Fréquence		14	10	9	8	4	2		

PRExp : Point de Réduction Expérientielle

PRExp/Don : Points de Réduction Expérientielle convoqués lors des donations.

MT : Maillage interindividuel/Tuilage (violet)

M/T : Maillage individuel/Tuilage (orangé)

T : Tuilage

SCH : Schème d'enquête exploration

## 4.76 Le déploiement d'un espace transactionnel à venir (cas n°6)

### 4.761 Les coactivités

Nous exposons l'ensemble des cycles d'expérimentation du schème d'action afin d'examiner s'ils sont les vecteurs de coactivités et de visées communes ce qui permet d'envisager, telle une condition de faisabilité, le déploiement d'un espace transactionnel.

Nous prenons en compte deux critères pour valuer la rationalité de la reconstitution.

- > L'emboîtement des GME et convergences de vue au sein des "récits reconstitués" des coactivités, chez les deux acteurs
- > La concordance des "récits reconstitués" des coactivités du binôme avec la visée commune

T/R : cycle d'expérimentation associant théorème en acte et règle d'action

Stg : stagiaire

Pt : patient

A, b, c : marquage des coactivités en fonction des cycles.

La conduite (liée à T8/R8): «et ce que sa femme nous a dit parce que lui il ne nous l'a jamais dit, alors qu'il le savait »

Une visée commune : Le but de l'anamnèse est de porter un éclairage sur la manière d'utiliser le lève-personne mobile au domicile du patient. Demander à l'aidante familiale, son épouse de bien vouloir nous transmettre des informations attendantes/*Participer de bonne grâce à l'enquête menée par l'équipe soignante en les informant et donc le stagiaire sur ma façon de manier le lève-personne sans risquer de léser la peau de mon époux*<sup>104</sup>

- ⇒ Coactivité stg a : il cherche à valuer la coopération de l'aidante familiale (3<sup>ème</sup> GME e310) et du patient en observant, en testant leurs capacités ; à échanger, à discuter (2<sup>ème</sup> GME d710 et d3551) avec l'équipe soignante, le médecin (3<sup>ème</sup> GME e355) ; en examinant leurs capacités à mobiliser des fonctions liées au tempérament et à la personnalité telles que, d'amabilité, d'attitude consciencieuse de fiabilité etc., (1<sup>er</sup> GME b126), et ce dans le but de faire face, aux complications cutanées, survenues dans le service de MPR et dont souffre le patient (PS-VS →PSA d2402 )
- ⇒ Coactivité ép. a : Elle manifeste sa coopération en tant qu'aidante familiale (3<sup>ème</sup> GME e310) en échangeant, en discutant (2<sup>ème</sup> GME d710 et d3551) avec le stagiaire, les membres de l'équipe soignante, le médecin du service de MPR (3<sup>ème</sup> GME e355), et ce, en faisant preuve de capacités telles que l'amabilité, l'attitude consciencieuse de la fiabilité etc., (1<sup>er</sup> GME b126) dans le but de faire face, aux complications cutanées dont souffre son époux (2<sup>ème</sup> GME d2402)

---

<sup>104</sup> L'italique signale la partie de la visée commune du point de vue de l'épouse

- ⇒ Activité pt. a Il manifeste sa non coopération en tant que patient, en ne discutant pas (2<sup>ème</sup> GME d710 et d3551) avec le stagiaire, les membres de l'équipe soignante, le médecin du service de MPR (3<sup>ème</sup> GME e355), et ce, en faisant pas preuve de capacités telles que l'amabilité, l'attitude consciencieuse de la fiabilité etc., (1<sup>er</sup> GME b126) ; pour faire face dans le service aux complications cutanées qui le touchent (2<sup>ème</sup> GME d2402)

Résultat : l'emboîtement des GME / convergences de vue au sein des "récits reconstitués" des coactivités est réalisé. La concordance des "récits" des coactivités du binôme avec la visée commune est assurée entre le stagiaire, l'aidante familiale et non avec le patient.

La conduite (liée à T9/R9): « c'était que son épouse, mettait des protections genre, quelque chose qui va s'apparenter à des couches, quelque chose de vraiment très épais, pour éviter que les sangles ne viennent entre guillemets lacérées un petit peu la peau quoi »

#### Cycle étudié dans le cas

Une visée commune : Le but de l'anamnèse est de porter un éclairage sur la manière d'utiliser le lève-personne mobile au domicile du patient. Demander à l'aidante familiale, son épouse de bien vouloir nous transmettre des informations attenantes, concernant les opérations et de contrôle du capitonnage des sangles du lève-personne mobile / *Participer de bonne grâce à l'enquête menée par l'équipe soignante en les informant sur ma façon de mettre des protections sur les sangles du lève-personne afin d'éviter des blessures chez mon époux au niveau de sa peau lors du transfert*

- ⇒ Coactivité stg b : il prend connaissance grâce à l'aidante familiale (3<sup>ème</sup> GME e310 ) de la mesure de prévention et du mécanisme lésionnel attendant et ce, en référence aux risques de lacérations des tissus cutanés (1<sup>er</sup> GME s810 ), il considère cette mesure de prévention comme un savoir-faire acquis (2<sup>ème</sup> GME d1551 ) par l'aidant familiale qui s'est avéré le plus approprié pour résoudre le problème du risque de lésion cutanée (2<sup>ème</sup> GME d175 ) lors de l'utilisation du lève-personne mobile à domicile (3<sup>ème</sup> GME e120 )
- ⇒ Coactivité ép. b : elle expose en tant qu'aidante familiale (3<sup>ème</sup> GME e310 ) au stagiaire la mesure de prévention et le mécanisme lésionnel attendant pour éviter la survenue de lésions cutanées (2<sup>ème</sup> GME d175 ) en se référant aux risques de lacérations des tissus cutanés (1<sup>er</sup> GME s810 ) en indiquant, que c'est la manière la plus appropriée d'utiliser (2<sup>ème</sup> GME d1551 ), le lève-personne mobile (3<sup>ème</sup> GME e120 )

Résultat : l'emboîtement des GME / convergences de vue au sein des "récits reconstitués" des coactivités est réalisé. La concordance des "récits" des coactivités du binôme avec la visée commune est assurée entre le stagiaire, l'aidante familiale et non avec le patient.

La conduite (liée à T10/R10) « et cela il ne nous l'a pas dit (...) il ne nous l'a pas dit mais volontairement (...) probablement, probablement volontairement en tous cas »

Une visée individuelle : Ce fut une grande déception pour le stagiaire, de ne pas avoir pu recueillir des informations essentielles pour la prévention des complications cutanées. Le patient aurait pu lui faire partager ses expériences des transferts à domicile avec ce type de lève-personne mobile. L'aider à comprendre les causes des lésions cutanées survenue dans le service de MPR, ce qui à première vue, lui paraissait incompréhensible, puisque le modèle du lève personne mobile su service était identique à celui utilisé chez lui.

- ⇒ Activité stg c : il a cherché à apprécier, puis il a valué l'adhésion du patient à l'enquête qui a été menée pour connaître le mécanisme lésionnel et la mesure de prévention afférente et ce en observant ; sa manière de réagir telles que, son amabilité, son attitude consciencieuse, sa fiabilité etc., (1<sup>er</sup> GME b126) vis-à-vis des personnes dans le service de MPR ; sa capacité à discuter (2<sup>ème</sup> GME d3551 ) avec les membres de l'équipe soignante (3<sup>ème</sup> GME e355 ) ; sa capacité à construire une réponse aux complications cutanées dont il souffre (2<sup>ème</sup> GME d2402 et d175)
- ⇒ Activité pt c : le patient n'adhère pas à l'enquête menée par l'équipe soignante afin de connaître le mécanisme lésionnel et sa mesure de prévention afférente (2<sup>ème</sup> GME d175) sa manière de réagir avec les personnes, ne fait pas preuve de capacités telles que, de l'amabilité, d'une attitude consciencieuse, de fiabilité etc., (1<sup>er</sup> GME b126), il ne cherche pas à échanger, à discuter (2<sup>ème</sup> GME d3551 ) avec le stagiaire et les membres de l'équipe soignante, le médecin (3<sup>ème</sup> GME e355 ) et ce, afin de construire une réponse (2<sup>ème</sup> GME d175 ), à la survenue chez lui de complications cutanées (2<sup>ème</sup> GME d2402 )

Résultat : l'emboîtement des GME / convergences de vue au sein des "récits reconstitués" des activités est réalisé, cependant il n'existe pas de coactivités. La concordance des "récits" des activités du binôme avec la visée commune est impossible à réaliser parce qu'il n'existe pas de visée commune entre le stagiaire et le patient

## 4.77 Le croisement des horizons

4.771 Le schème d'enquête-exploration et l'objet du soin activateurs d'un espace transactionnel

Ils rendent possible un rapprochement des horizons des apprentissages, des donations et des soins.

Cette synthèse expérientielle est en lien avec une personne atteinte d'une pathologie et en regard d'un objet du soin, la concernant.

- De l'interactivité relationnelle suscitée par le stagiaire ont résulté, les visées communes.
- De l'interactivité pragmatique suscitée par le stagiaire a résulté, la visée simplifiée de la situation professionnelle.
- De l'interactivité épistémique suscitée par le stagiaire (par l'entremise des rapprochements des points du stagiaire et du patient, constitution de la base d'orientation) ont résulté les théorèmes en acte.

4.772 L'interactivité relationnelle / les visées communes

- ❖ **T8/R8** Le but de l'anamnèse est de porter un éclairage sur la manière d'utiliser le lève-personne mobile au domicile du patient. Demander à l'aidante familiale, son épouse de bien vouloir nous transmettre des informations attendantes/*Participer de bonne grâce à l'enquête menée par l'équipe soignante en les informant sur ma façon de manier le lève-personne sans risquer de léser sa peau* <sup>105</sup>/
- ❖ **T9/R9** Le but de l'anamnèse est de porter un éclairage sur la manière d'utiliser le lève-personne mobile au domicile du patient. Demander à l'aidante familiale, son épouse de bien vouloir nous transmettre des informations attendantes, concernant les opérations et de contrôle du capitonnage des sangles du lève-personne mobile /*Participer de bonne grâce à l'enquête menée par l'équipe soignante en les informant sur ma façon de mettre des protections sur les sangles du lève-personne afin d'éviter des blessures chez mon époux au niveau de sa peau lors du transfert* <sup>106</sup>/.
- ❖ **T10/R10** Ce fut une grande déception pour le stagiaire, de ne pas avoir pu recueillir des informations essentielles pour la prévention des complications cutanées. Le patient aurait pu lui faire partager ses expériences des transferts à domicile avec ce type de lève-personne mobile. L'aider à comprendre les causes des lésions cutanées survenue dans le service de MPR, ce qui à première vue, lui paraissait incompréhensible, puisque le modèle du lève personne mobile su service était identique à celui utilisé chez lui.

<sup>105</sup> L'italique signale la partie de la visée commune du point de vue de l'épouse

<sup>106</sup> L'italique signale la partie de la visée commune du point de vue de l'épouse

#### 4.773 L'interactivité pragmatique/ un schéma d'action d'une situation professionnelle

**Tableau 59 : Un schéma d'action d'une situation professionnelle comprenant 2 cycles d'expérimentation (cas n°6)**

la situation professionnelle : la prévention des complications cutanées chez un patient tétraplégique						
horizon temporel des expériences vécues	Les soins à domicile		Période de l'hospitalisation dans un service de MPR			
Les apprentissages (horizon des apprentissages de l'apprenant)	Patient et ses activités de vie quotidienne		Patient qui débute son hospitalisation	complication	Suite à donner	
Les segments temporels (horizon des donations)	(t1) segment SCH4 T10/R10					
	(t0) segment temporel de T9/R9		(t2) segment temporel de T8/R8			
	Période avant l'hospitalisation avec des cycles transfert hebdomadaire (7/S) et des cycles journaliers (2/J).	Zoom sur la chronologie d'un transfert		Période de début d'hospitalisation : pas de transmission de la mesure de préventions	Épisode prise de connaissance de la mesure de prévention	Période de l'hospitalisation à partir de la prise de connaissance de la mesure de prévention
		1. installation des protections sur les sangles	2. réalisation du transfert avec surveillance en continue du système de protection			
Mécanisme du Don contre don (C/CD)	(t0) C/CD pat→(S <sup>107</sup> ) et C/CD AF <sup>108</sup> →(S°)					
	(t1) C/CD pat→(S°) et C/CD AF→(S°)					
	(t2) C/CD pat→(S°) et C/CD AF→(S°)					
1er GM <sup>109</sup>	« structure des aires de la peau s810 »		« Fonctions du tempérament et de la personnalité b126 »			
	« Fonctions du tempérament et de la personnalité b126 »					
2 <sup>ème</sup> G.M (activités et participation)	« résoudre des problèmes d175 »					
	« Acquérir un savoir-faire complexe d1551 »					
	« Discussion avec plusieurs personnes d3551 »					
	« Faire face à une crise d2402 »					
	« résoudre des problèmes d175 »					
			« interactions de base avec autrui d710 »			
			« Discussion avec plusieurs personnes d3551 »			
3 <sup>ème</sup> G.M (facteurs environnementaux)	« famille proche e310 »		« famille proche e310 »			
	« Produits et systèmes techniques destinés à faciliter la mobilité et le transport à l'intérieur et à l'extérieur e120 »		« professionnels de santé e355 »			
Fiche de guidage	Anamnèse psychosociale pour la prévention des risques cutanés chez un patient tétraplégique					

<sup>107</sup> S : soignant

<sup>108</sup> AF : aide familiale

<sup>109</sup> Structure corporelle et fonctions de l'organisme

#### 4.774 L'interactivité épistémique<sup>110</sup> / les théorèmes en acte

- **T8** Les anamnèses psychosociales médicale et paramédicale déclenchées dans le service, suite à la survenue de complications cutanées chez un patient lésé médullaire, se sont avérées infructueuses parce que ce dernier n'a pas voulu coopérer à l'enquête.
- **T9** Les transferts (lit–fauteuil roulant et vice-versa) de ce patient lésé médullaire ont été réalisés dans le service avec un lève-personne mobile en tout point identique à celui qu'utilise l'équipe soignante à son domicile, et ce afin d'éviter la survenue de complications cutanées.
- **T10** : Le patient n'a pas accepté de participer à l'anamnèse psychosociale alors que son épouse, l'aidante familiale s'y est conformée, en voulant bien répondre aux questions de l'équipe soignante sur le mécanisme lésionnel et les moyens de prévention adaptés.

#### 4.775 Un espace transactionnel régit par un concept organisateur et un Objet Clinique à Partager

Le schème d'enquête–exploration, muni d'un concept organisateur ouvre un espace transactionnel, mais sans contenu il ne peut fonctionner.

L'espace transactionnel ne peut se concevoir sans un contenu dont il doit assurer le déplacement au sein de l'espace.

Le concept organisateur, détermine la configuration des objets qui y transitent

L'objet du soin est l'entité qui été visée par le stagiaire le patient et l'aidante familiale : *l'état cutané chez un patient tétraplégique.*

L'objet du soin sera remanié par le concept organisateur.

Le principe organisationnel sera celui du « *partager*<sup>111</sup> avec l'aidante familiale ».

Le résultat du remaniement voit la conceptualisation, d'un Objet Clinique à Partager (O.C.P.) : la prévention des complications de l'état cutané chez un patient tétraplégique.

#### 4.776 La genèse d'un outil / instrument dans un espace transactionnel

Nous avons trois structures imbriquées qui laissent penser que comme pour Alexandre et Roman, Léonard qui est en troisième année de formation, a mis au point un outil, son outil de communication. Il est mesure de communiquer sur le soin à dispenser (la dimension préventive pour éviter les complications cutanées chez un patient

---

<sup>110</sup> L'interactivité épistémique est portée par le stagiaire, l'aidante familiale y participe pleinement en particulier sur T9. Elle a conscience des efforts que requiert l'anamnèse psychosociale pour l'équipe soignante et le stagiaire.

<sup>111</sup> En partage. Comme don naturel. *Avoir, donner, recevoir qqc. en partage; échoir, tomber, revenir en partage à qqn.* © 2012 - CNRTL

tétraplégique), de prendre des initiatives (interpeller l'aidante familiale), de louvoyer pour dépasser les obstacles qu'il aura identifiés (l'attitude non coopérative du patient, voire son manque d'adhésion), de s'adapter en fait à la situation de mise en travail de cet OCP ultra complexe (en prenant appui sur un réseau de professionnels).

*L'organisation des composants de l'outil-instrument : en emboitements et avec des cadrages*

L'objet technique concret répond aux caractéristiques de concrétisation. Cette dernière a tout d'abord brillé dans l'imaginaire de soignants qui se sont « bien creusé la tête » aux dires de Léonard, pour tenter de la trouver. Les éléments techniques « dépositaires de la technicité » (Simondon, 2012, p. 95) en soins infirmiers ne sont pas définis à partir du discours, en revanche le cadrage des modalités de réalisation des actions enquêtrices et des résultats obtenus est précisé. Une forme de tamisage filtrage du contenu expérience est exposée par Léonard.

Tout d'abord un tamis à gros grains (encadré bleu) incluant l'ensemble des protagonistes et la totalité du déploiement temporel qui va de la période d'avant l'hospitalisation à celle de l'hospitalisation.

Puis un second tamis (encadré orangé), qui expose le récit lui-même, comme forme-type d'un discours professionnel, celui réservé à une transmission d'informations que fera un infirmier envers un autre infirmier. Cette deuxième forme, présente une analyse globale du contexte<sup>112</sup>, dans une introduction (qui fait quoi), ensuite expose la transmission des informations clés (le comment faire), et enfin en conclusion, présente des interprétations qui permettront de pronostiquer ce qui pourrait se produire lors d'une prochaine hospitalisation.

Le troisième tamis ou cadrage (encadré rouge) est celui relevant de la transmission ciblée, qui met en lumière le comment faire pour prévenir la survenue d'une complication cutanée lors des transferts chez ce patient tétraplégique et avec ce lève-personne mobile de cette marque et de ce modèle. C'est une procédure technique, il convient d'abord de faire ceci pour éviter cela, c'est le pilotage des actions et leur enchaînement qui est visé.

L'objet technique concret, a été fabriqué par Léonard en s'inspirant de ce qui s'est produit en termes d'enquêtes menées au sein du service de MPR et qui a pris la forme d'une anamnèse psychosociale. Le stagiaire inclus dans l'équipe soignante y a pris part. Dans son récit Léonard utilise le nous, pour parler de lui.

L'objet technique concret est d'une grande sophistication, il privilégie à la fois la fonction perceptive (fléchage bleu) et la fonction active (fléchage rouge) indéfectiblement. Léonard a utilisé un outil-instrument d'enquête qui est le résultat chez

---

<sup>112</sup> Le récit dans sa temporalité est le marqueur de sa capacité à mettre en œuvre son rôle propre infirmier, qui est défini par : Article R. 4311-5 (extrait) « Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage »

lui, d'un processus concrétisation de son rôle propre en regard de ce patient, de l'aidante familiale, de l'équipe soignante et du système technique d'aide aux transferts.

*L'objet technique concret, son milieu associé, ses composants et sa forme active-perceptive*

**Tableau 60 : L'instrument / outil d'enquête et d'intervention fabriqué par le stagiaire**

L'OCP et l'OCP transformé (milieu associé : une partie du monde naturel)	L'objet technique concret (composants : trames temporelles et contenus)	L'outil / instrument (forme active-perceptive)
<p>Léonard Schème 4 → Mettre en œuvre une anamnèse psychosociale <b>L'OCP</b> : la prévention des complications de l'état cutané chez un patient tétraplégique <b>L'OCP transformé</b> : la prévention des complications de l'état cutané par une utilisation spécifique du lève-personne mobile</p>	<p>En emboitements et avec des cadrages</p> 	<p>Outil-instrument d'enquête et d'intervention</p>

Fléchage rouge : fonction active

Fléchage bleu : fonction perceptive

## 4.8 Résultats interprétatifs

### 4.811 Introduction

Cette partie est centrée sur des configurations de la situation professionnelle que le stagiaire utilise dans le but de l'initier, la déployer. Nous proposons d'enrichir la modélisation de la situation professionnelle présentée dans la partie I (Cf. Figures 1 et 26). Nous présentons la mise en relation de la situation professionnelle et de la situation d'enquête-exploration afin de faire apparaître des liens fonctionnels au travers desquels se manifeste la double préoccupation du stagiaire en action (Cf. Figures 9 et 27).

Nous entendons par configuration : « *Aspect général d'un ensemble d'êtres ou de choses* » © 2012 - CNRTL.

### 4.812 Des valuations/évaluations liées au parcours du stage

Nous avons pu observer que le tracé du parcours de stage voit se côtoyer le patient, le stagiaire ; construction emblématique où des valuations–perceptions sont mobilisées par les deux acteurs pour estimer ce que chacun peut faire et ce qu'ils sont capables de faire ensemble. Le processus de professionnalisation et de réhabilitation sont noués l'un à l'autre de plusieurs façon, ce qui nous renforce dans l'idée que la situation professionnelle est une entité à visée intégrative.

La dimension intégrative se manifeste dans la diversité des valuations du parcours du stage où plusieurs types d'évaluations s'imbriquent, sont enclenchés de manière simultanée; et renvoient l'image d'un cocktail évaluatif composé à partir des coactivités patient / stagiaire.

Le parcours du stage que nous avons mis au jour s'apparente à une structure germinative qui est riche de multiples composants, que soit des éléments liés aux actions de soins, aux relations, aux émotions. Dans le cadre de l'entretien, il ne s'agit plus uniquement de valuer des compétences chez le stagiaire mais en premier lieu, de rechercher l'activation chez lui du parcours du stage auquel il se réfère.

Lors du débriefing, il est nécessaire d'amener le stagiaire à parler de son stage, pour en quelque sorte alimenter et susciter chez lui l'activation du méta-objet d'évaluation-évaluation perception.

### 4.813 Des points de réduction expérientielle pour cerner l'objet du soin

La composante d'enquête-exploration du schème d'action met en avant ce qui doit être expérienté en priorité. Le schème établit pour ce faire des Points de Réduction expérientiels (PRExp) afin que l'acteur puisse orienter ses investigations dans le but de d'initier, contrôler, piloter in fine la situation professionnelle. Les PRExp peuvent être comparés à des capteurs/analyseurs qui renvoient de l'information au schème.

Les tableaux des états des horizons résultent de ce processus de filtrage des matériaux expérientiels qui du même coup met en lumière la situation professionnelle de manière indirecte, lors du débriefing.

Un aperçu des objets du soin se dessine au travers des états de l'horizon des soins tel un système racinaire par l'intermédiaire des structures corporelles, des fonctions organiques, des actions, des facteurs environnementaux.

L'objet du soin est complètement enchâssé dans une situation professionnelle qui elle-même évolue en prenant appui sur lui.

#### 4.814 Un cycle d'expérientiation pour extraire l'OCP de l'objet du soin

Les objets du soin s'inscrivent dans une dynamique dont l'orchestrateur de proximité est le sous-but du cycle d'expérientiation. Sous la férule du sous-but, l'objet du soin se présente sous un jour nouveau et fait paraître des aspects singuliers de lui-même. Un processus de façonnage de l'objet du soin en résulte qui donne naissance à un OCP. C'est à partir du sous-but que se produit une sorte d'éclosion de quelque chose de nouveau que sont l'OCP<sup>113</sup> et l'espace transactionnel qui l'entoure.

Les stagiaires ont identifié au travers de chacun des OCP, un état de fonctionnement et de handicap de la personne, « *le résultat de l'interaction dynamique entre son état de santé (maladie, troubles, blessures, traumatismes, etc.) et les facteurs contextuels. Ces derniers comprennent à la fois des facteurs personnels et des facteurs environnementaux* » (OMS, 2000, p. 6)<sup>114</sup>

Sous la férule du sous-but, l'OCP donne à voir les composantes du fonctionnement et du handicap qui le structure et l'anime. Les singularités de l'OCP qui en résultent se présentent sous la forme de variables (PS-VS)<sup>115</sup> et forment une Base d'Orientations (BO).

#### 4.815 Résultats des transformations de l'objet du soin

Les cycles d'expérientiation et leur (s) sous-but(s) et l'Objet du Soin (OS) sont à l'origine de la création d'OCP. L'utilisation de l'OCP est une manière pour le stagiaire

---

<sup>113</sup> Dans les études de cas, seul un objet du soin fait exception à la règle et ne se transforme pas en OCP, c'est l'objet du soin *prise de décision* identifié par Roman.

<sup>114</sup> Les facteurs personnels ne sont pas « *intégrés à la CIH-2 en raison des importantes variations sociales et culturelles qui leur sont associées* » (OMS, 2000, p.6), les facteurs personnels ne sont pas pris en compte dans notre recherche.

<sup>115</sup> Rappelons que les variables (PS-VS) servent à mettre en avant : la « structure corporelle » (OMS, 2000, p. 83), c'est-à-dire « les structures anatomiques (...) les parties anatomiques du corps, comme les organes, les membres et leurs composants » (OMS, 2000, p. 83) ; les « fonctions de l'organisme » c'est-à-dire « les fonctions physiologiques des systèmes organiques » (OMS, 2000, p. 37) ; les « activités et participation » (OMS, 2000, p. 99), « l'activité signifie l'exécution d'une tâche ou le fait pour une personne de faire quelque chose. La participation signifie le fait de prendre part à une situation de la vie réelle » (OMS, 2000, p. 99) ; les « facteurs environnementaux (...) l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie » (OMS, 2000, p. 135)

de réduire la complexité de la situation professionnelle et de définir tout en l'activant un espace transactionnel.

Les stagiaires avec la collaboration de leurs patients ont créé, produit des OCP puis les ont transformés à l'aide d'outils/instruments qu'ils se sont confectionnés.

L'OCP transformé sera l'image en creux renvoyée au stagiaire, du patient et de la situation professionnelle.

Le modelage, le façonnage, l'usinage des OCP pour qu'ils deviennent des OCP transformés, ont demandé aux stagiaires un effort de créativité et de productivité. Ils ont fabriqué des outils et ou des instruments, pour ce faire, ils ont dû manier les emplans temporels des situations leur contenus techniques avec l'aide du patient (dans la mesure de ses moyens), poussés l'un et l'autre par un besoin pragmatique partagé et générique, celui de prodiguer et de recevoir des soins.

**Tableau 61 : Vue synthétique des transformations de l'objet du soin en fonction des cas**

Étude de cas	Objet du soin	Objet Clinique à Partager (OCP)	Objet Clinique à Partager transformé	Outil/instrument
N°1 Alexandre	Les articulations de l'hémicorps droit hémiparalysé	Les mobilités et le cas échéant les douleurs des articulations de l'hémicorps droit hémiparalysé	La mobilisation des articulations de l'hémicorps droit hémiparalysé, le traitement antalgique de l'épaule droite	Outil de façonnage modelage des tissus articulaires et péri articulaires de l'hémicorps droit (Cf. Tableau 12)
N°2 Roman	Les capacités d'équilibration	La récupération/préservation des capacités d'équilibration	La récupération/préservation des capacités d'équilibration par les stratégies de rattrapages et l'estimation du risque de chute	Instrument de prévention (Cf. Tableau 22)
N°3 Roman	La prise de décision	Non identifié par le stagiaire	Non réalisé	Outil-instrument de stimulation de détection et de guidage (Cf. Figure 22)
N°4 Sabrina	la région lombaire et ses rapports avec la marche appareillée	les douleurs de la région lombaires	la prise de décision partagée concernant la mise en œuvre du traitement antalgique de la région lombaire (de ses techniques)	Outil instrument de contrôle et de fabrication (Cf. Tableau 40)
N°5 Sabrina		les douleurs de la région lombaire et les limitations fonctionnelles provoquées	La co-évaluation/évaluation des douleurs et des limitations fonctionnelles provoquées	Instrument d'investigation (Cf. Tableau 50)

N°6 Léonard	l'état cutané chez un patient tétraplégique	la prévention des complications de l'état cutané chez un patient tétraplégique <sup>116</sup>	la prévention des complications de l'état cutané par une utilisation spécifique du lève-personne mobile	Outil-instrument d'enquête et d'intervention (Cf. Tableau 60)
----------------	---	---	---	---

L'étude de cas N°3 voit le stagiaire échouer à rendre compte (à partir d'un objet du soin qu'il a su identifier) de l'existence d'un OCP. Dans ces conditions le stagiaire n'arrive pas à produire, à faire émerger de concert avec le patient, un espace transactionnel. Cet échec peut s'expliquer par le fait que l'objet du soin, la prise de décision, se situe aux marges voire au-delà du champ de compétences du masseur-kinésithérapeute en termes de bilan et de traitement.

Les autres études de cas montrent que les objets du soin détectés ont tous été transformés, des espaces transactionnels ont été ouverts et des outils/instrument adéquates ont été produits, bricolés par le/la stagiaire.

L'étude de cas N°6 présente une singularité, l'OCP n'est pas partagé avec le patient mais avec l'aidante ou épouse du patient, celle-ci a permis que le stagiaire (et l'équipe de soin) soient en mesure de transformer l'OCP via le lève-personne mobile.

---

<sup>116</sup> L'OCP est partagé avec l'épouse du patient et non avec le patient

#### 4.816 La situation professionnelle une modélisation incluant un espace transactionnel et un processus de transformation de l'objet du soin

Suite aux études de cas, la modélisation de la situation professionnelle se modifie par l'intégration du processus de transformation de l'objet du soin en OCP puis en OCP transformé. Par l'adjonction d'une espace transactionnel servant de support au processus ci-dessus ; enfin par l'apparition au sein de l'espace transactionnel d'outils/instrument le cas échéant (Cf. Figure 26).

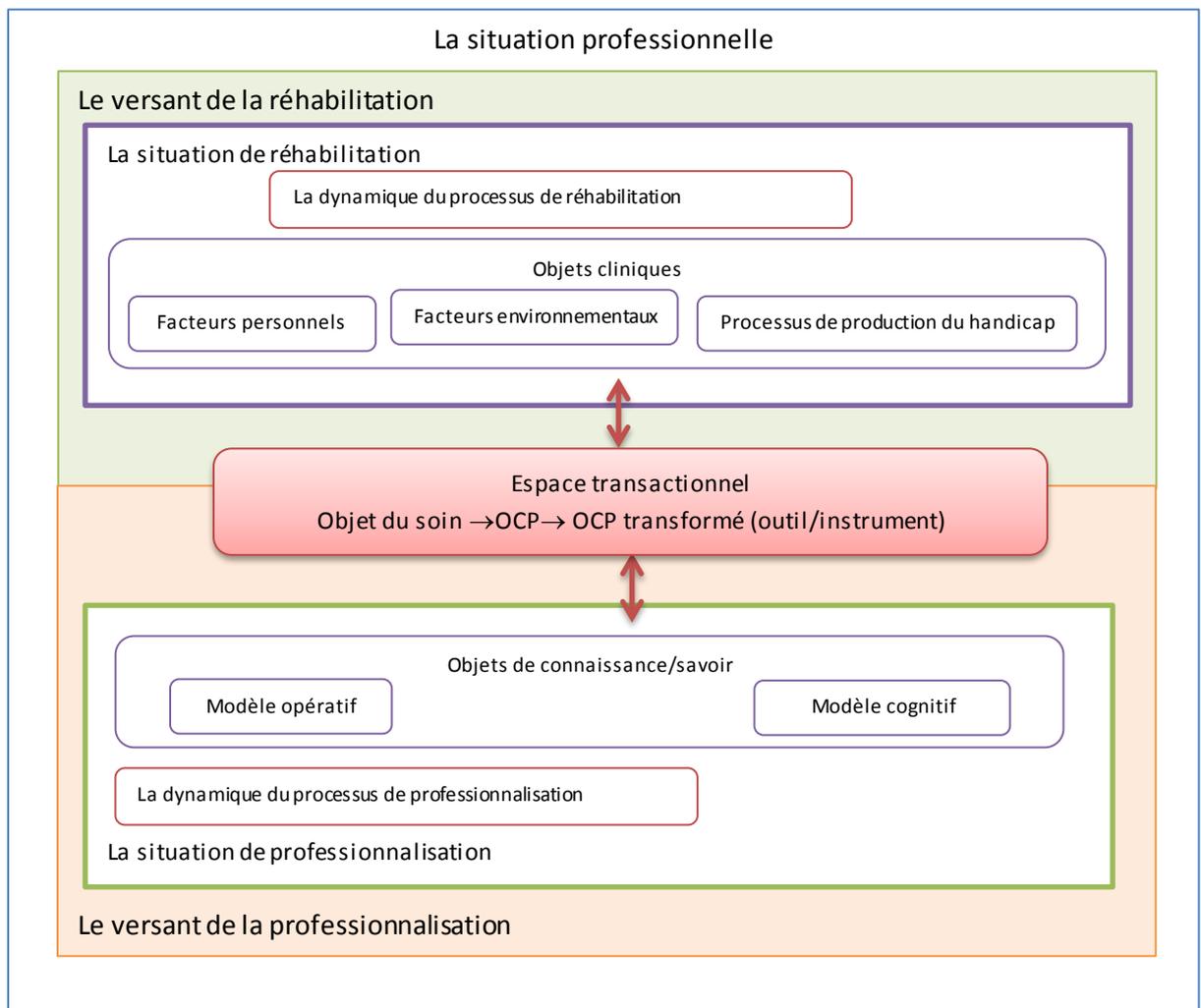


Figure 25 : La situation professionnelle enrichie dans sa description

#### 4.817 L'émergence d'une situation professionnelle : une double préoccupation du stagiaire vécue au contact du patient

Le stagiaire traite à la fois le déploiement de la situation professionnelle par la mise en œuvre d'un espace transactionnel lui-même lié à l'identification d'un objet du soin et à sa transformation en OCP d'une part, et d'autre part ; il emploie des outils de pilotage (tels que les points de réduction expérientiels) pour le codéploiement d'une situation

d'enquête exploration (Cf. Figure 27). Le schème d'action sert d'agent de liaison / régulation entre les deux situations.

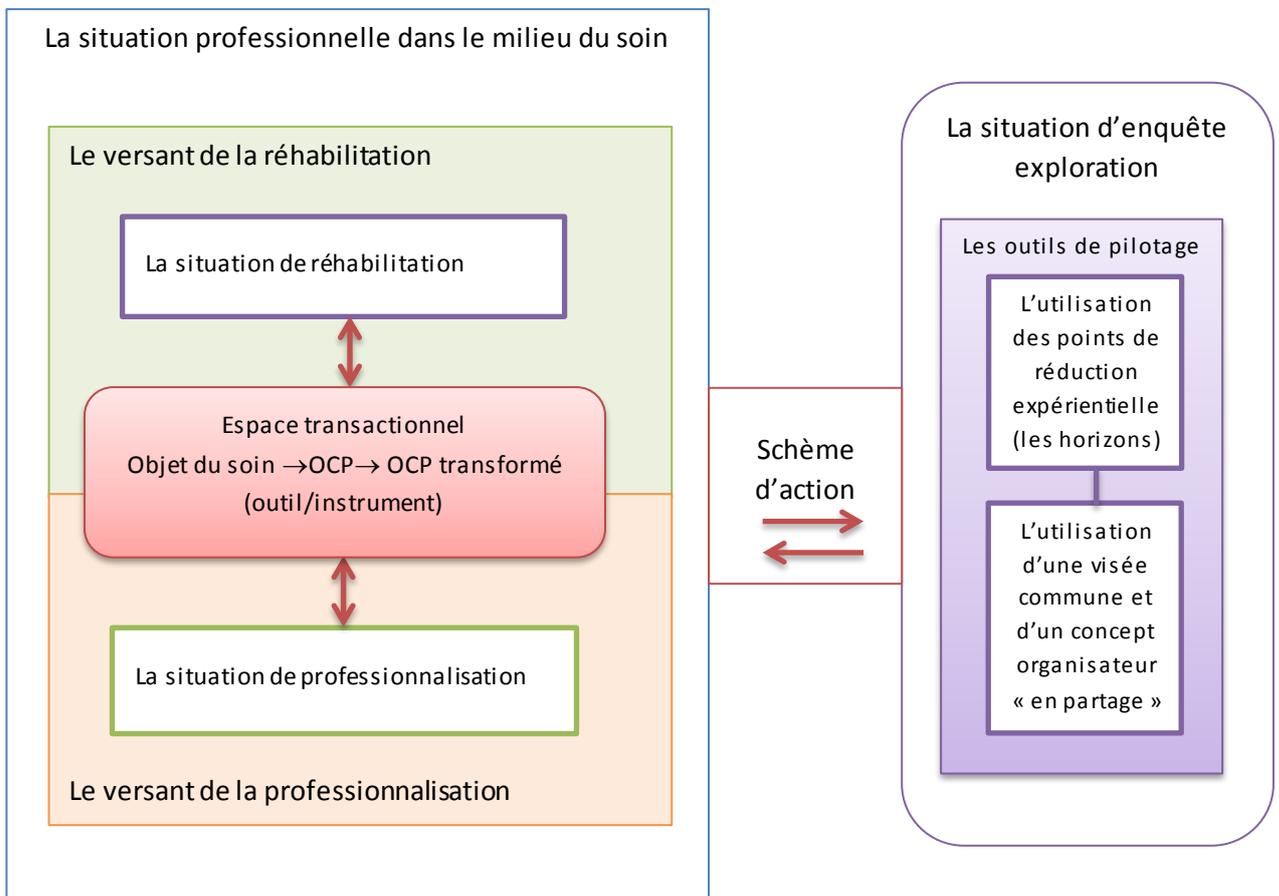


Figure 26 : Le pilotage de la situation professionnelle par le stagiaire au moyen du schème d'action

# Partie V : Réflexions et conclusion

## 5.1 Introduction

Un processus de transformation s'est manifesté entre l'Objet Du Soin (ODS), l'OCP puis l'OCP transformé (sauf pour le cas n°3), parce que les stagiaires ont été en mesure de déterminer des états de rapprochement des points de vue avec le patient au travers des PRExp/ObjSoin (Cf. Tableaux 7, 17, 27, 35, 45, 55) d'établir des états de collaboration avec le patient par l'intermédiaire des PRExp/Don (Cf. Tableaux 10, 20, 30, 38, 48, 58) et de réaliser des états de valuations-évaluations des apprentissages auprès du patient en utilisant les PRExp/VPÉ (Cf. tableaux 4, 14, 24, 32, 42, 52).

Les stagiaires ont affronté un niveau de complexité et ont su le dépasser et ce dans le but d'initier et de déployer des situations réhabilitation et de professionnalisation.

La fabrication des outils/instruments (Cf. Tableaux, 12, 22, 40, 50, 60 et figure 22) laisse penser qu'une rationalité s'est imposée à eux par la mise en travail de l'ODS, et que cette rationalité s'est diffusée et a, en quelque sorte, "cimenté" la situation de professionnelle.

Ce qui est important pour les stagiaires c'est de pouvoir inscrire leurs actions de soin dans une dynamique qui permet de faire émerger l'OCP avec comme motif essentiel, celui d'aider le patient, à surmonter (en partie) sa situation de handicap.

Nous proposons des thématiques qui prennent appui sur la schématisation du pilotage de la situation professionnelle (Cf. Figure 27).

Le premier axe de réflexion porte sur le processus de transformation de l'objet du soin en OCP transformé (Cf. Figure 28). Nous regardons les effets de la mise en travail de l'OCP par le schème d'action en termes de mobilisation des Convergences De Vue (CDV) et d'activation des champs expérientiels. Ces deux mouvements mettent en lumière la présence de PRExp/soin et de PRExp/Don.

Le deuxième axe cherche à mettre en lumière une approche écologique de la situation professionnelle insérée dans le milieu du soin. Le stagiaire prend une posture, celle de l'artisan qui confronté au ressource du milieu cherche à en tirer profit et se fabrique des outils et/ou des instruments adéquats. Le stagiaire utilise un dispositif de captation des données expérientielles qui lui sert à piloter la situation professionnelle selon une trajectoire.

Le troisième axe de réflexion s'oriente sur une évolution du schème d'action, au contact du milieu du soin, en schème d'action écologique. La mise en œuvre d'un recouvrement des milieux associés des acteurs est un processus fondamental qui permet de viser un OCP. Le schème d'action du stagiaire en se projetant en direction de l'OCP traverse son propre milieu associé et jusqu'à celui du corps-cerveau-milieu associé du patient. Une création/production de matériaux expérientiels se produit qui enrichit les possibilités d'inférences du schème d'action écologique.

La dernière thématique porte succinctement sur l'action du tuteur en direction du binôme stagiaire-patient. Le tuteur peut venir s'implanter au sein de la situation professionnelle en utilisant l'OCP comme point d'ancrage. À partir de cette position, il peut susciter chez le stagiaire une perception des évolutions de la situation professionnelle qui sont des signaux de la mise en branle d'une trajectoire.

## 5.2 Une réflexion au sujet de l'OCP

5.21 Cas n°1, un aperçu de l'inclusion au sein du schème d'action, de la mise en travail de l'OCP : les mobilités et le cas échéant les douleurs des articulations de l'hémicorps droit hémiparétique

Chez Alexandre nous avons affaire à deux OCP au sein du même schème. Le premier OCP est centré sur la planification du soin le second sur la biomécanique des structures organiques qui peuvent être, qui plus est, le siège de douleurs. C'est la technicité du soin qui intéresse le stagiaire.

Alexandre mobilise pour 3 cycles d'expérimentation sur 4 (le premier excepté), les 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> GME<sup>117</sup> (Cf. Tableau 62) c'est-à-dire l'ensemble de la palette taxonomique de la CIH-2 !

Un mécanisme bien huilé est à l'œuvre qui avance sans anicroche.

Nous constatons que dès que le geste technique se confronte à la douleur, l'activation des champs expérientiels se modifie nettement. Il en résulte un enrichissement de sa composition (les cycles T3/R3 et T5/R5) rendent compte de ce phénomène. Les champs expérientiels de la technique instrumentale de soin de la corporéité, de la valuation, ces champs sont sollicités.

Il s'agit pour Alexandre de ne pas dépasser le seuil de stimulation nociceptif, il doit contrôler ses gestes parfaitement. Lors du cycle expérientiel T5/R5 qui traite des douleurs de l'épaule droite, il prend plus de recul, il connecte les champs expérientiels de la technique de guidage relationnel avec ceux de la technique instrumentale de soin, afin de réussir à apprécier lors de chaque séance de rééducation, le ressenti de la douleur chez la patiente et son évolution.

**Tableau 62 : L'OCP Les mobilités et le cas échéant les douleurs des articulations de l'hémicorps droit hémiparétique**

La mise en travail des OCP par le schème d'action			
Les cycles d'expérimentation, les concepts en acte, les sous-buts	Les OCP	L'activation des GME et CDV nécessaires à la constitution des PRExp/soin	L'activation des champs expérientiels nécessaires à la constitution des PRExp/Don
<b>SCH1 T1/R1</b> CAct1 « planifier »	Le plan de soin	<b>2<sup>ème</sup> GME Activités et participation</b> CDV « prendre soin de parties de son	valuation temporelle corporéité

<sup>117</sup> GME : Groupements de Matériaux Expérientiels intégrés dans une Base d'Orientation consacrée aux soins de Rééducation Réadaptation de l'AVC (BORRAVC), (Cf. Tableau 6)

<p>Sous-but : concevoir et mettre en œuvre un plan de soin pour l'hémicorps droit »</p>		<p>corps d520 »          CDV « interactions de base avec autrui d710 »          CDV « relations formelles d740 »</p> <p><b>3<sup>ème</sup> GME Facteurs environnementaux</b>          CDV « médicaments e1101 »          CDV « médicaments e1101 »</p>	<p>réflexivité          valuation technique instrumentale de soin</p>
<p><b>SCH1 T2/R2</b>          CAct2          « mobiliser »          Sous-but : mobiliser et diminuer les douleurs des articulations de l'hémicorps droit</p>		<p><b>1<sup>er</sup> GME Structure anatomique</b>          CDV « structure du membre supérieur s730»          CDV « structure du membre inférieur s750»</p> <p><b>1<sup>er</sup> GME Fonctions de l'organisme</b>          CDV « Les fonctions relatives à la mobilité des articulations b710 »</p> <p><b>2<sup>ème</sup> GME Activités et participation</b>          CDV « prendre soin de parties de son corps d520 »          CDV « interactions de base avec autrui d710 »</p> <p><b>3<sup>ème</sup> GME Facteurs environnementaux</b>          CDV « médicaments e1101 »</p>	<p>corporité (crp.)          valuation technique instrumentale de soin (v.)</p>
<p><b>Cycle étudié dans le cas n°1 (voir CDV<sup>118</sup>)</b></p> <p><b>SCH1 T3/R3</b>          CAct3 « le soin infra douloureux »          Sous-but : masser et mobiliser l'épaule droite sans déclencher de douleurs</p>	<p>Les mobilités et le cas échéant les douleurs des articulations de l'hémicorps droit hémiparalysique</p>	<p><b>1<sup>er</sup> GME Structure anatomique</b>          CDV structure du membre supérieur s730</p> <p><b>1<sup>er</sup> GME Fonctions de l'organisme</b>          CDV « Les fonctions relatives à la mobilité des articulations b710 »          CDV « la sensation de douleur b28014 »</p> <p><b>2<sup>ème</sup> GME Activités et participation</b>          CDV « interactions de base avec autrui d710 »</p> <p><b>3<sup>ème</sup> GME Facteurs environnementaux</b>          CDV « médicaments e1101 »</p>	<p>technique instrumentale de soin          valuation technique de guidage et d'accompagnement relationnel          technique instrumentale d'observation clinique</p>
<p><b>SCH1 T4/R4</b>          CAct4 « étirer»          Sous-but : étirer le grand pectoral de l'épaule droite</p>		<p><b>1<sup>er</sup> GME Structure anatomique</b>          CDV « structure du membre supérieur s730»</p> <p><b>1<sup>er</sup> GME Fonctions de l'organisme</b>          CDV « Les fonctions relatives à la mobilité des articulations b710 »          CDV « Fonctions relatives au tonus musculaire b7350 »</p> <p><b>2<sup>ème</sup> GME Activités et participation</b>          CDV « interactions de base avec autrui d710 »</p> <p><b>3<sup>ème</sup> GME Facteurs</b></p>	<p>technique instrumentale de soin          valuation corporité</p>

<sup>118</sup> CDV : Convergences De Vue intégrées dans une Base d'Orientat ion consacrée aux soins de Rééducation Réadaptat ion de l'AVC (BORRAVC) (Cf. Tableau 6) en rapport avec le cycle T3/R3

		<b>environnementaux</b> CDV « médicaments e1101 »	
<b>SCH1 T5/R5</b> CAct5 « diminuer la douleur » Sous-but : traiter la douleur de l'épaule droite		<b>1<sup>er</sup> GME Structure anatomique</b> CDV « structure du membre supérieur s730 »	technique instrumentale de soin technique de guidage et d'accompagnement relationnel technique instrumentale d'observation clinique valuation corporéité
		<b>1<sup>er</sup> GME Fonctions de l'organisme</b> CDV « la sensation de douleur b28014 »	
		<b>2<sup>eme</sup> GME Activités et participation</b> CDV « interactions de base avec autrui d710 »	
		<b>3<sup>eme</sup> GME Facteurs environnementaux</b> CDV « médicaments e1101 »	

5.22 Cas n°2 et n°3, un aperçu au sein du schème d'action, de la mise en travail de l'OCP, la récupération/préservation des capacités d'équilibration et de l'objet du soin, la prise de décision

Chez Roman (cas n°2), l'OCP, la récupération/préservation des capacités d'équilibration, donne à voir, une vue d'ensemble d'un dispositif technique qui permet à la fois de sécuriser, d'observer et d'estimer le niveau d'appréciation du risque chez le patient.

Roman poursuit ses investigations et se heurte frontalement à l'obstacle des troubles dysexécutifs chez son patient traumatisé crânien, L'objet du soin auquel il est confronté et qu'il a su identifier, la prise de décision, se double d'une difficulté majeure, sa conscientisation par le patient, son repérage et son façonnage par le stagiaire.

Tous les deux se trouvent en difficultés pour cerner et transformer cet objet du soin qui se dérobe aussi bien au niveau du bilan que du traitement, l'obtention d'un OCP devient impossible à réaliser par le stagiaire (cas n°3). Néanmoins, l'objet du soin, la prise de décision, est intégrée (habilement) dans le cours de l'action par le stagiaire ; au travers d'un but fonctionnel par ex ; le retour vers la chambre après la séance sans se perdre grâce à l'accompagnement du stagiaire. Ce dernier utilise des questions sur l'orientation lors du trajet.

Nous remarquons (Cf. Tableau 63) que l'objet du soin, la prise de décision, se distingue de l'OCP, la récupération/préservation des capacités d'équilibration, par la singularité de ses 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> GME<sup>119</sup> [fonctions cognitives de niveau supérieur b164, jugement, b1645, qualité de la conscience b1102, prendre des décisions d178].

En rapport avec l'objet du soin, la prise de décision, Roman explore, teste des GME qui sortent du champ de compétence d'un masseur kinésithérapeute, il éprouve le besoin de faire ces investigations et/ou actions dans le cadre de sa séance de rééducation avec ce patient jeune et traumatisé crânien.

L'activation des champs expérientiels en rapport avec l'objet du soin, la prise de décision, montre une particularité, la technique instrumentale d'observation clinique pour la recherche d'une classification phénotypique !

---

<sup>119</sup> GME : Groupements de Matériaux Expérientiels qui s'intègrent dans un état de la base d'orientation consacrée aux soins d'autonomisation (Cf. Tableau 26)

**Tableau 63 : L'OCP la récupération/préservation des capacités d'équilibration et l'objet du soin, la prise de décision (cas n°2 et n°3)**

La mise en travail de l'OCP et de l'objet du soin par le schème d'action			
Les cycles d'expérimentation, les concepts en acte, les sous-buts	L'OCP et objet du soin	L'activation des GME et CDV nécessaires à la constitution des PRExp/soin	L'activation des champs expérientiels nécessaires à la constitution des PRExp/Don
<p>Cycle étudié dans le cas n°2 (voir CDV<sup>120</sup>)</p> <p>SCH4 T7/R7 CAct6 « contrer la chute » Sous-but : offrir un cadre sécurisé pour le développement des capacités de préservation de l'équilibre</p>		<p><b>1<sup>er</sup> GME Fonctions de l'organisme</b> CDV « contrôle des mouvements volontaires b7601 »</p>	<p>la valuation corporéité réflexivité La technique de guidage et d'accompagnement relationnel technique instrumentale de soin technique instrumentale d'observation clinique valuation temporelle</p>
		<p><b>2<sup>ème</sup> GME Activités et participation</b> CDV « garder la position du corps d415 » CDV « interactions de base avec autrui d710 »</p>	
		<p><b>3<sup>ème</sup> GME Facteurs environnementaux</b> CDV « professionnels de santé e355 » CDV « attitude individuelle des professionnels de santé e450 »</p>	
<p>SCH4 T8/R8 CAct7 « le relevé-redressé » Sous-but : valuer la fonction posturo-motrice</p>	<p>L'OCP : La récupération/préservation des capacités d'équilibration</p>	<p><b>Fonctions de l'organisme</b> CDV « puissance des muscles de la moitié inférieure du corps b7303 » CDV « puissance des muscles du tronc b7305 » CDV « coordination des mouvements volontaires b7602 »</p>	<p>la technique instrumentale d'observation clinique la corporéité valuation valuation temporelle</p>
		<p><b>Activités et participation</b> CDV « garder la position du corps d415 » CDV « interactions de base avec autrui d710 »</p>	
<p>SCH4 T9/R9 CAct8 « jauger » Sous-but : valuer l'appréciation du risque de chute chez le patient</p>		<p><b>Fonctions de l'organisme</b> CDV « pertinence des émotions b1520 » CDV « jugement, b1645 »</p>	<p>la technique instrumentale d'observation clinique la valuation corporéité technique instrumentale de soin</p>
		<p><b>Facteurs environnementaux</b> CDV « attitude individuelle des professionnels de santé e450 »</p>	

<sup>120</sup> CDV : Convergences De Vue intégrées dans une Base d'Orientat ion consacrée aux Soins Psychomoteurs de Réadaptation (BOSPR) (Cf. Tableau 16) pour le cycle T7/R7.

<p>Cycle étudié dans le cas n°3 (voir CDV<sup>121</sup>)</p> <p>SCH4 T11/R11, CAct4 « décider par lui-même »</p> <p>Sous-but : identifier les conduites en rapport avec la prise de décision en utilisant un mode de classification par phénotype</p>	<p>L'objet du soin : La prise de décision</p>	<p><b>1<sup>er</sup> GME Fonctions de l'organisme</b> CDV « Fonctions cognitives de niveau supérieur b164 » CDV « jugement, b1645 » CDV « Qualité de la conscience b1102 »</p>	<p>la corporéité la technique instrumentale d'observation clinique par la recherche d'une classification phénotypique valuation réflexivité évaluation temporelle</p>
<p><b>2<sup>ème</sup> GME Activités et participation</b> CDV « Prendre des décisions d178 »</p>			
<p><b>3<sup>ème</sup> GME Facteurs environnementaux</b> CDV « attitude individuelle des professionnels de santé e450 »</p>			

<sup>121</sup> CDV : Convergences De Vue intégrées dans une Base consacrée aux Soins d'Autonomisation (BOSA) (Cf. Tableau 26) en rapport avec le cycle T11/R11

### 5.23 Cas n°4, un aperçu de l'inclusion au sein du schème d'action, de la mise en travail de l'OCP : les douleurs de la région lombaire

Sabrina se lance dans une campagne de sollicitations et d'écoute vis à vis du patient, afin qu'ils puissent ensemble prendre un certain nombre de décisions qui s'imposent. Le patient souffre de douleurs lombaires, il est amputé depuis peu et diabétique, il s'agit avant tout et c'est capital, qu'il continue à venir à ses séances de rééducation. L'OCP englobe les douleurs de la région lombaire.

Aussi chaque option technique doit être abordée avec lui avec discernement et délicatesse dans le cadre de la relation de soin. Il s'agit de le faire participer de manière à ce qu'il s'intéresse à lui-même et à son état de santé qu'il apprenne à prendre soin de lui. La thématique de la décision partagée a été mise en branle sous l'impulsion de la stagiaire.

L'activation du 2<sup>ème</sup> GME <sup>122</sup> se produit (Cf. Tableau 64) dès que la relation se complexifie en termes de échanges (verbaux et non verbaux) en vue de la présentation, de la compréhension et de l'adaptation du plan de soin. Une écoute attentive est nécessaire pour capter tous les signes d'un éventuel refus, d'une crainte voilée etc. La participation du patient à ses soins est suscitée, Sabrina lui conseille l'utilisation des patchs chauffants, en fin de séance.

En contrepoint des phases d'échanges, apparaissent des phases exclusivement techniques (T4/R4, T5/R5 et T6/R6) qui mobilisent pour les 1<sup>er</sup> GME exclusivement en rapport avec les fonctions de l'organisme et les structures corporelles.

Les cycles d'expérimentation (T3/R3 et T7/R7) où les échanges entre Sabrina et son patient s'accroissent, voient les sollicitations des champs expérimentiels, nécessaires à la réalisation des PRExp/Don, doubler en diversité !

Les champs expérimentiels de la corporéité et de la technique de guidage sont convoqués prioritairement pour que la prise de décision partagée se réalise. Les champs expérimentiels de la valuation et de la corporéité sont mobilisés fortement pour ce qui est du traitement par patchs chauffants (T7/R7).

Ces deux cycles d'expérimentation (T3/R3 et T7/R7) relèvent d'un face à face patient / stagiaire lors de la situation professionnelle. La coactivité des acteurs, pour la mise en travail d'un OCP s'avère complexe, les douleurs de la région lombaire, parce qu'elle s'inscrit dans une phase de pré prothésisation d'un membre inférieur amputé chez un patient diabétique.

---

<sup>122</sup> GME : Groupements de Matériaux Expérimentiels (GME) intégrés dans une Base d'Orientation consacrée aux Soins de Réadaptation du rachis Lombaire (BOSRL) (Cf. Tableau 34)

Tableau 64 : L'OCP les douleurs de la région lombaires

La mise en travail de l'OCP par le schème d'action			
Les cycles d'expérimentation, les concepts en acte, les sous-buts	L'OCP	L'activation des GME et CDV nécessaires à la constitution des PRExp/soin	L'activation des champs expérientiels nécessaires à la constitution des PRExp/Don
<p>Cycle étudié dans le cas n°4 (voir CDV<sup>123</sup>)</p> <p>SCH2 T3/R3 CAct4 « Conseiller-proposer des soins » Sous-but : parvenir à une décision partagée pour la mise en œuvre d'un traitement antalgique de la région lombaire</p>		<p><b>2<sup>ème</sup> GME Activités et participation</b> « interactions de base avec autrui d710 » « relations formelles d740 » « Discussion avec plusieurs personnes d3551 »</p>	<p>La corporéité La technique de guidage et d'accompagnement relationnel technique instrumentale de soin réflexivité valuation temporelle évaluation</p>
		<p><b>3<sup>ème</sup> GME Facteurs environnementaux</b> « professionnels de santé e355 » « médicaments e1101 »</p>	
<p>SCH2 T4/R4 CAct5 « étirer » Sous-but : parvenir à une décision partagée pour mettre en œuvre l'étirement du carré des lombes</p>	les douleurs de la région lombaires	<p><b>1<sup>er</sup> GME Structure anatomique</b> « structure de la région pelviennes s740 »</p>	<p>technique instrumentale de soin évaluation corporéité</p>
		<p><b>1<sup>er</sup> GME Fonctions de l'organisme</b> « tonus des muscles du tronc b7356 »</p>	
		<p><b>3<sup>ème</sup> GME Facteurs environnementaux</b> « médicaments e1101 »</p>	
<p>SCH2 T5/R5 CAct6 « mobiliser » Sous-but : parvenir à une décision partagée pour mettre en œuvre la mobilisation articulaire</p>		<p><b>1<sup>er</sup> GME Fonctions de l'organisme</b> « mobilité du bassin b7201 »</p>	<p>technique instrumentale de soin corporéité évaluation</p>
		<p><b>3<sup>ème</sup> GME Facteurs environnementaux</b> « médicaments e1101 »</p>	
<p>SCH2 T6/R6 CAct7 « le massage lombaire » Sous-but : parvenir à une décision</p>		<p><b>1<sup>er</sup> GME Structure anatomique</b> « structure de la région pelviennes s740 »</p>	<p>technique instrumentale de soin évaluation corporéité</p>
		<p><b>3<sup>ème</sup> GME Facteurs environnementaux</b></p>	

<sup>123</sup> CDV : Convergences De Vue intégrées dans une Base consacrée aux Soins de Réadaptation du rachis Lombaire (BOSRL) (Cf. Tableau 34) en rapport avec le cycle T3/R3

partagée pour la mise en œuvre du massage lombaire		« médicaments e1101 »	
SCH2 T7/R7 CAct4 « Conseiller-proposer des soins » Sous-but : parvenir à une décision partagée pour mettre en œuvre une thérapie enveloppante		<b>2<sup>ème</sup> GME Activités et participation</b> « interactions de base avec autrui d710 » « relations formelles d740 » « Acquérir un savoir-faire complexe d1551 » « Discussion avec plusieurs personnes d3551 »	valuation corporéité réflexivité valuation temporelle technique de guidage et d'accompagnement relationnel technique instrumentale de soin
<b>3<sup>ème</sup> GME Facteurs environnementaux</b> « professionnels de santé e355 » « médicaments e1101 »			

#### 5.24 Cas n°5, un aperçu de l'inclusion au sein du schème d'action, de la mise en travail de l'OCP : les douleurs de la région lombaire et les limitations fonctionnelles provoquées

Sabrina s'est aperçue lors d'une séance, que son patient présentait des douleurs lombaires relativement invalidantes, les exercices programmés pour la réadaptation de la position debout se sont trouvés remis en question.

Or le but de l'hospitalisation, dans le service de MPR, est de réussir à appareiller le patient (avec une prothèse du membre inférieur) et le faire déambuler muni de sa prothèse. L'obtention d'une position debout stable et maintenue dans le temps sur le membre restant est le premier objectif à atteindre, avant d'entreprendre l'apprentissage de la marche appareillée.

Sabrina veut franchir cet obstacle de la douleur qui bloque l'avancement du projet thérapeutique. Elle a donc entrepris de « bilanter » son patient. Une enquête a été engagée avec l'aide du patient, ce qui correspond à une « bonne pratique », dans ce contexte clinique l'autoévaluation de la douleur est recommandée.

L'OCP, les douleurs de la région lombaire et les limitations fonctionnelles provoquées, obligent Sabrina à agir. Elle mobilise 4 cycles d'expérimentation, et active les 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> GME<sup>124</sup> pour trois cycles (T1/R1, T2/R2 et T3/R3). Les 2<sup>ème</sup> GME sont particulièrement riches en Convergence De Vue (CDV) 7 au total ! (Cf. Tableau 65) Sabrina est dans une démarche d'enquête, ce qui pourrait expliquer l'usage d'un si grand nombre de CDV pour la réalisation de PRExp/soin.

L'activation des champs expérientiels nécessaires pour les PRExp/Don nous montre que, dès que Sabrina se rapproche du patient pour le questionner ou le tester (sur le plan tissulaire), et ce en rapport avec la douleur, la diversité des champs expérientiels augmente, la corporéité et la technique instrumentale sont les plus sollicités.

Ce constat signifie certainement que l'OCP transformé : la co-valuation/évaluation des douleurs et des limitations fonctionnelles provoquées, est une entité complexe à manipuler parce qu'elle rassemble lors de la prise de décision partagée différents moyens d'investigation.

---

<sup>124</sup> GME : Groupements de Matériaux Expérientiels intégrés dans Base d'Orientation consacrée aux Soins de Réadaptation du rachis Lombaire (BOSRL) (Cf. Tableau 44).

Tableau 65 : L'OCP les douleurs de la région lombaire et les limitations fonctionnelles provoquées

La mise en travail de l'OCP par le schème d'action			
Les cycles d'expérimentation, les concepts en acte, les sous-buts	L'OCP	L'activation des GME et CDV nécessaires à la constitution des PRExp/soin	L'activation des champs expérientiels nécessaires à la constitution des PRExp/Don
<b>SCH1 T1/R1</b> CAct1 « le rachis lombaire douloureux », CAct2 « bilanter » Sous-but : interroger le patient au sujet de ses douleurs lombaires	les douleurs de la région lombaire et les limitations fonctionnelles provoquées	<b>1<sup>er</sup> GME Structure anatomique</b> CDV « structure de la région pelviennes s740 »	la corporéité technique instrumentale d'observation clinique valuation temporelle réflexivité technique de guidage et d'accompagnement relationnel
		<b>Fonctions de l'organisme 1<sup>er</sup> GME</b> CDV « douleur dans le dos b28013 »	
		<b>2<sup>ème</sup> GME Activités et participation</b> CDV « interactions de base avec autrui d710 » CDV « relations formelles d740 » CDV « Discussion avec plusieurs personnes d3551 »	
Cycle étudié dans le cas n°5 (voir CDV <sup>125</sup> )  <b>SCH1 T2/R2</b> CAct2 « bilanter » Sous-but : observer les manifestations fonctionnelles des douleurs lombaires	les douleurs de la région lombaire et les limitations fonctionnelles provoquées	<b>3<sup>ème</sup> GME Facteurs environnementaux</b> CDV « professionnels de santé e355 » CDV « médicaments e1101 »	la corporéité valuation réflexivité technique instrumentale d'observation clinique valuation temporelle technique instrumentale de soin
		<b>1<sup>er</sup> GME Fonctions de l'organisme</b> CDV « Mobilité du bassin b7201 » CDV « contrôle des mouvements volontaires simples b7600 »	
		<b>2<sup>ème</sup> GME Activités et participation</b> CDV « changer de position corporelle de base d410 » CDV « garder la position du corps d415 » CDV « relations formelles d740 » CDV « Acquérir un savoir-faire complexe d1551 »	
<b>SCH1 T3/R3</b> CAct2 « bilanter » Sous-but : tester	les douleurs de la région lombaire et les limitations fonctionnelles provoquées	<b>3<sup>ème</sup> GME Facteurs environnementaux</b> CDV « professionnels de santé e355 » CDV « médicaments e1101 »	la corporéité valuation réflexivité technique instrumentale d'observation clinique valuation temporelle technique instrumentale de soin
<b>1<sup>er</sup> GME Structure anatomique</b> CDV « structure de la région pelviennes s740 »	<b>1<sup>er</sup> GME Fonctions de l'organisme</b> CDV « Mobilité du bassin b7201 » CDV « contrôle des mouvements volontaires simples b7600 »	<b>2<sup>ème</sup> GME Activités et participation</b> CDV « changer de position corporelle de base d410 » CDV « garder la position du corps d415 » CDV « relations formelles d740 » CDV « Acquérir un savoir-faire complexe d1551 »	
<b>SCH1 T3/R3</b> CAct2 « bilanter » Sous-but : tester	les douleurs de la région lombaire et les limitations fonctionnelles provoquées	<b>1<sup>er</sup> GME Structure anatomique</b> CDV « structure de la région pelviennes s740 »	corporéité technique instrumentale d'observation clinique

<sup>125</sup> CDV : Convergences De Vue intégrées dans une Base consacrée aux Soins de Réadaptation du rachis Lombaire (BOSRL) (Cf. Tableau 44) en rapport avec le cycle T2/R2.

<p>les zones anatomiques où ce sont manifestées des douleurs</p>		<p><b>1<sup>er</sup> GME Fonctions de l'organisme</b>          CDV « douleur dans le dos b28013 »          CDV « sensibilité à la pression b2702 »</p>	<p>valuation réflexivité          technique de guidage et d'accompagnement relationnel          valuation temporelle          technique instrumentale de soin</p>
<p><b>SCH1 T4/R4 Cact2</b>          « bilanter »          Sous-but : valuer l'évolution du rachis lombaire douloureux</p>		<p><b>2<sup>eme</sup> GME Activités et participation</b>          CDV « interactions de base avec autrui d710 »          CDV « relations formelles d740 »          CDV « Discussion avec plusieurs personnes d3551 »</p>	<p>technique instrumentale d'observation clinique          valuation          valuation temporelle          corporéité          réflexivité</p>
		<p><b>3<sup>eme</sup> GME Facteurs environnementaux</b>          « professionnels de santé e355 »          « médicaments e1101 »</p>	
		<p><b>1<sup>er</sup> GME Fonctions de l'organisme</b>          CDV « Mobilité du bassin b7201 »          CDV « contrôle des mouvements volontaires simples b7600 »          CDV « contrôle des mouvements volontaires simples b7600 »</p>	
		<p><b>3<sup>eme</sup> GME Facteurs environnementaux</b>          CDV « professionnels de santé e355 »          CDV « médicaments e1101 »</p>	

## 5.25 Cas n°6, un aperçu de l'inclusion au sein du schème d'action, de la mise en travail de l'OCP : la prévention des complications de l'état cutané chez un patient tétraplégique

Léonard est un stagiaire infirmier, il nous donne à voir au travers de l'OCP *la prévention des complications de l'état cutané chez un patient tétraplégique*, une histoire qui s'est déroulée dans le service de MPR, qui comporte le témoignage de l'épouse du patient, son aidante familiale, la mobilisation du collectif des soignants dans le cadre d'une enquête (anamnèse psycho-sociale) suite à une complication cutanée survenue dans le service de MPR, la recherche d'une information clé, avec un constat chez le stagiaire, celui d'un refus de participation du patient dans le cadre de l'anamnèse psychosociale.

Ces événements ont marqué les propos de Léonard au cours du débriefing.

L'OCP transformé a fait l'objet d'une enquête. L'épouse ou aidante familiale dévoile l'OCP transformé au stagiaire (et à l'équipe soignante), il s'énonce comme suit : *la prévention des complications de l'état cutané par une utilisation spécifique du lève-personne mobile*

Le cycle d'expérimentation T8/R8 active des convergences de vue PRExp/soin en mettant en avant les « Activités et participations », il s'agit pour le stagiaire de savoir si le patient et/ou son épouse vont aider l'équipe soignante dans la recherche des causes des lésions cutanées dans le but, de prévenir une récurrence.

Le cycle d'expérimentation T9/R9 met en lumière l'OCP transformé, *la prévention des complications de l'état cutané par une utilisation spécifique du lève-personne mobile*. Les convergences de vue PRExp/soin, mettent en avant deux aspects singuliers mobilisés par le schème d'action, une « structure anatomique : structure des aires de la peau s810 » et un « facteur environnemental, e120 » l'instrument de levage du patient. L'instrument est à considérer, dans son interaction avec le patient, et dans son maniement en relation avec l'aidante familiale qui a mis en place des adaptations (sangles).

Le cycle d'expérimentation T10/R10 expose une question au sujet du patient, adhère-t-il au traitement ? Les convergences de vue PRExp/soin, rassemblent 4 types d'interaction dans « Activités et participations » ce qui met en lumière l'importance de la question et des enjeux de préservation de la santé du patient qui s'y rapportent.

L'activation des champs expérientiels PRExp/Don est plus marquée pour les cycles T8/R8 et T10/R10 parce qu'incluant le guidage et l'accompagnement relationnel. Ces deux cycles sont liés à des phases de questionnements du stagiaire (et de l'équipe soignante) en direction du patient et de son épouse. Le cycle T9/R9 est comme encadré par les cycles précédents avec une moindre richesse en PRExp/Don, c'est la dimension technique liée au maniement du lève-personne mobile qui prime.

Tableau 66 :L'OCP la prévention des complications de l'état cutané chez un patient tétraplégique

La mise en travail de l'OCP par le schème d'action			
Les cycles d'expérientiation, les concepts en acte, les sous-buts	L'OCP	L'activation des convergences de vue nécessaires pour les PRExp/soin	L'activation des champs expérientiels nécessaires à la constitution des PRExp/Don
SCH4 T8/R8 Cact5 «coopérer» Valuer la participation de l'épouse (aidante familiale) et du patient dans la transmission de l'information concernant L'OCP		<b>Fonctions de l'organisme</b> « Fonctions du tempérament et de la personnalité b126»	corporéité technique instrumentale d'observation clinique technique instrumentale de soin technique de guidage et d'accompagnement relationnel valuation temporelle
		<b>Activités et participation</b> « interactions de base avec autrui d710 » « relations formelles d740 » « Faire face à une crise d2402»	
		<b>Facteurs environnementaux</b> « professionnels de santé e355 »	
<b>Cycle étudié dans le cas n°6 (voir CDV<sup>126</sup>)</b>  SCH4 T9/R9 CAct 6 « mettre des protections » faire appel à l'aidante familiale pour connaître le mécanisme lésionnel et la mesure de prévention	la prévention des complications de l'état cutané chez un patient tétraplégique	<b>Structure anatomique</b> « structure des aires de la peau s810 »	technique instrumentale de soin valuation corporéité technique instrumentale d'observation clinique
		<b>Activités et participation</b> « résoudre des problèmes d175 » « Acquérir un savoir-faire complexe d1551 »	
		<b>Facteurs environnementaux</b> « famille proche e310 » « Produits et systèmes techniques destinés à faciliter la mobilité et le transport à l'intérieur et à l'extérieur e120 »	
SCH4 T10/R10 CAct 7 «l'adhésion du patient» valuer l'adhésion du patient		<b>Fonctions de l'organisme</b> « Fonctions du tempérament et de la personnalité b126»	valuation technique instrumentale de soin technique instrumentale d'observation clinique corporéité technique de guidage et d'accompagnement relationnel
		<b>Activités et participation</b> « interactions de base avec autrui d710 » « Faire face à une crise d2402» « Faire face à une crise d2402» « résoudre des problèmes d175	

<sup>126</sup> CDV : Convergences De Vue intégrées dans une Base d'Orientatoin consacrée aux soins de Plaie et cicatrisation et de Prévention des Risques de Complication cutanée (BOPPRC) (Cf. Tableau 54) en rapport avec le cycle T9/R9.

		<b>Facteurs environnementaux</b> « professionnels de santé e355 »	
--	--	---	--

## 5.26 Un processus menant à la création d'un l'OCP transformé?

L'objet du soin est identifié par le stagiaire qui est le seul en mesure de relier entre eux les sous-objets qui le composent que sont ; l'objet-horizon (le but de santé), l'objet de connaissance/savoir et l'objet clinique (Cf. Figure 3), le patient ne peut qu'entrevoir partiellement l'objet du soin que par l'entremise d'un besoin pragmatique.

Du rapport entre l'objet du soin et le besoin pragmatique du patient naît le besoin pragmatique partagé. Le besoin pragmatique partagé se concrétise en Objet clinique à partager, par le déploiement d'une espace transactionnel, l'utilisation d'un concept organisateur « *de partage* » et une visée commune (induite par la coactivité stagiaire-patient). À partir de cette configuration, l'OCP est mis en travail par le patient et le stagiaire et devient un OCP transformé.

Le fléchage traversant l'OCP transformé représente :

Les PRExp/soin qui se manifestent au travers de la classification de la CIH-2 et correspond au décryptage des états de fonctionnement et de handicap du patient-e, ainsi qu'aux quatre champs d'action et /ou champs d'investigation [*Structure anatomique, Fonctions de l'organisme, Activités et participation, Facteurs environnementaux*] qu'emprunterons le stagiaire et le patient, au travers de l'OCP transformé.

Les PRExp/Don qui émergent au sein des champs d'expérientiels activés du fait du rapprochement des incarnations du patient et du stagiaire [*la corporéité, la réflexivité, la technique de guidage et d'accompagnement relationnel, la technique d'observation clinique, la technique instrumentale de soin, la valuation, la valuation temporelle*].

PRExp/VPÉ : Point de Réduction Expérientielle établis par le bipôle Valuatif-Perceptif / Évaluatif qui proviennent du parcours de stage et qui sont liés aux apprentissages réalisés par le stagiaire au contact du patient qui réalise les siens, en rapport avec son processus de réhabilitation.

La notion du départ de la recherche, celle de l'OCP que l'on mettait en travail telle une monade, cette idée s'est révélée fausse. Nous serions plus proche d'une constellation de cheminements au travers de l'OCP, chacun ayant sa spécificité. Le stagiaire se trouve ainsi que le patient confrontés, voire attirés par cette polyphonie des mises en travail, chacune d'elle ayant certainement sa valeur propre en termes d'utilité et de satisfaction (Cf. Figure 26).

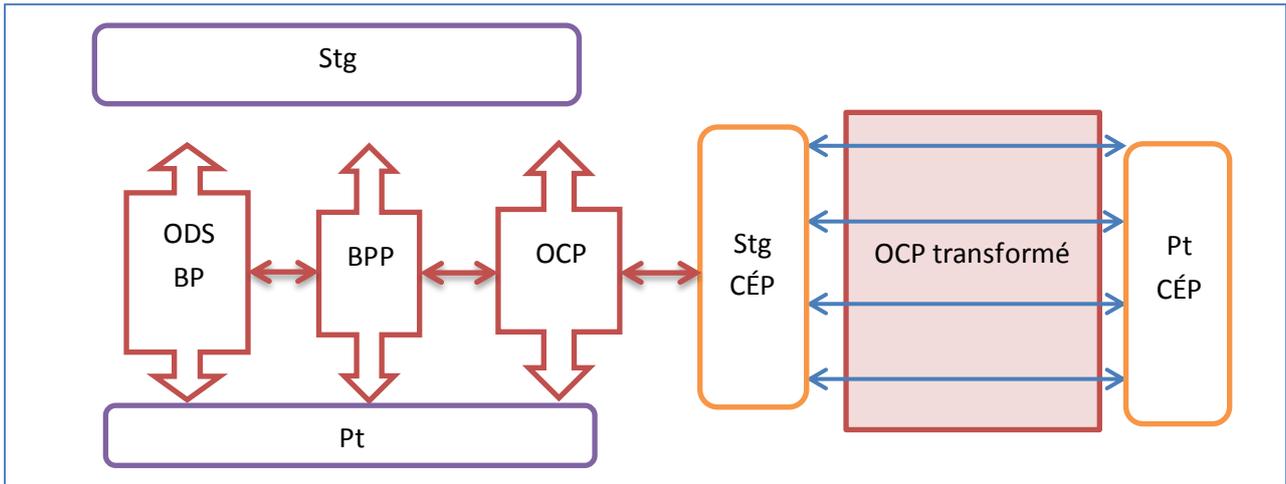


Figure 27 : Le processus reliant l'Objet Du Soin (ODS) à l'OCP transformé

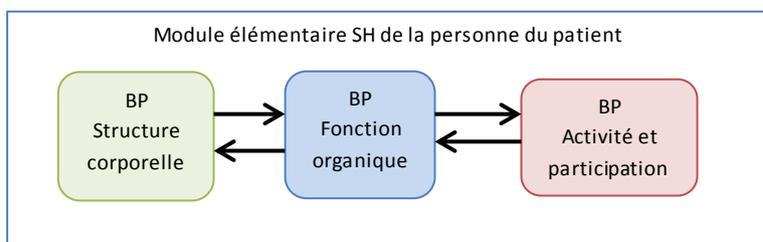
ODS : Objet Du Soin  
 BP : Besoin Pragmatique du patient  
 BPP : Besoin Pragmatique Partagé  
 OCP : Objet Clinique à Partager  
 Stg : Stagiaire  
 CÉP : Corps Éprouvant  
 Pt : Patient-e

### 5.3 Un réflexion au sujet d'une approche écologique de la situation professionnelle

#### 5.31 Une modélisation de la situation de réhabilitation

Nous considérons que la situation de handicap "standard" pourrait s'apparenter, à un regroupement de Besoins Pragmatiques (BP) issu du patient dans lequel les trois critères de la CIH-2 [Structures corporelles—Fonctions organiques— Activités et participations] sont mobilisées entraînant sous l'action du stagiaire au contact du patient, l'émergence d'Objectifs De Soins (ODS) attendants. La situation de handicap se transforme en situation de réhabilitation du fait de l'intervention du stagiaire, et le processus de modification de l'ODS en OCP transformé peut alors s'enclencher.

La modélisation de la Situation de Handicap "standard" (SH) ou situation ressemble à un agencement d'entités élémentaires ou module (Cf. Figure 29). Ce module met en scène la personne du patient par l'intermédiaire des Besoins Pragmatiques (BP), chaque BP se trouve en rapport avec les critères de la CIH-2 ; avec 1 ou 2 voire les trois critères (Cf. Figure 29).



**Figure 28 : Module de la Situation de Handicap (SH)**

#### 5.32 La situation de handicap et l'intégration de facteurs environnementaux

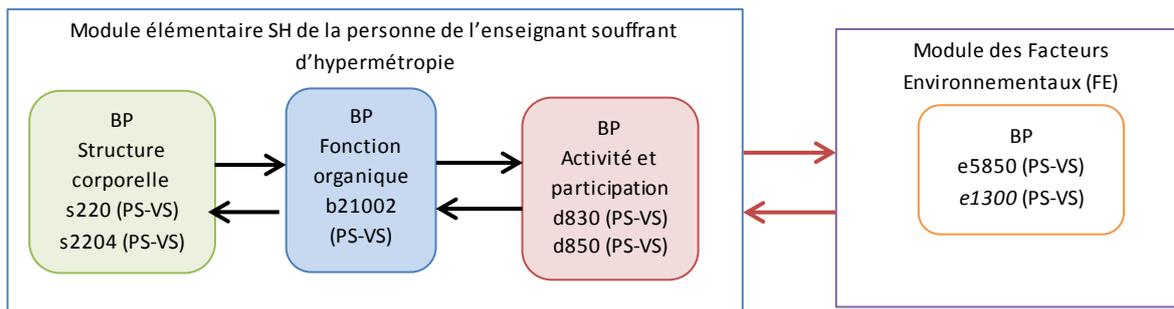
Se pose la question des facteurs environnementaux. À titre d'exemple, si j'oublie mes lunettes (correction de l'hypermétropie) un matin, qu'arrivera-t-il si je dois ce jour-là, entrer en contact avec des *services relatifs à l'éducation et la formation e5850* (voir CDV)<sup>127</sup> pour effectuer des cours et que je sois dans l'obligation d'utiliser dans le centre de formation du *matériel et systèmes techniques existant sur le marché pour l'éducation e1300* (CDV).

Je me trouve en grande difficulté, dans l'impossibilité de lire les documents, d'écrire etc. Il en résulte pour moi une restriction de participation qui désigne les problèmes que je rencontre, pour participer à une situation réelle, donner un cours dans l'institut de formation à des étudiants. Je me retrouve en situation de handicap.

Le module élémentaire SH ne peut suffire pour comprendre le mécanisme de la situation de handicap, il faut y adjoindre comme élément déclencheur les Facteurs Environnementaux (FE).

<sup>127</sup> CDV : Convergence De Vue, comme celles entrant dans la composition des Bases d'Orientation (BO) des cycles d'expérientiation (Cf. Tableaux, 6, 16, 26, 34, 44, 54).

L'exemple ci-dessus, se modélise comme suit (Cf. Figure 30).



**Figure 29 : Module de la Situation de Handicap incluant le module des Facteurs Environnementaux (SH-FE)**

Nomenclature CIH-2 :

s220 : structure du globe oculaire (OMS, 2000, p. 86)

s2204 : cristallin (ibid., p.86)

b21002 : acuité binoculaire de la vision de près (ibid., p. 49)

d830 : éducation supérieure

d850 : emploi rémunéré

e5850 : services relatifs à l'éducation et la formation

e1300 : matériel et systèmes techniques existant sur le marché pour l'éducation

Cette modélisation donne à voir un système plus complexe, une forme modulaire plus globale dont l'acronyme sera : SH-FE (Cf. Figure 30). À noter que le module des facteurs environnementaux est neutre, il n'y a pas de liaison préférentielle en direction d'un sujet particulier et/ou d'une activité spécifique.

Les stagiaires en cherchant à identifier et à manipuler ces modules SH-FE transforment la situation de handicap en situation de réhabilitation. Cette dernière ne peut voir le jour hors la présence du patient.

### 5.33 La situation de handicap devient une situation de réhabilitation

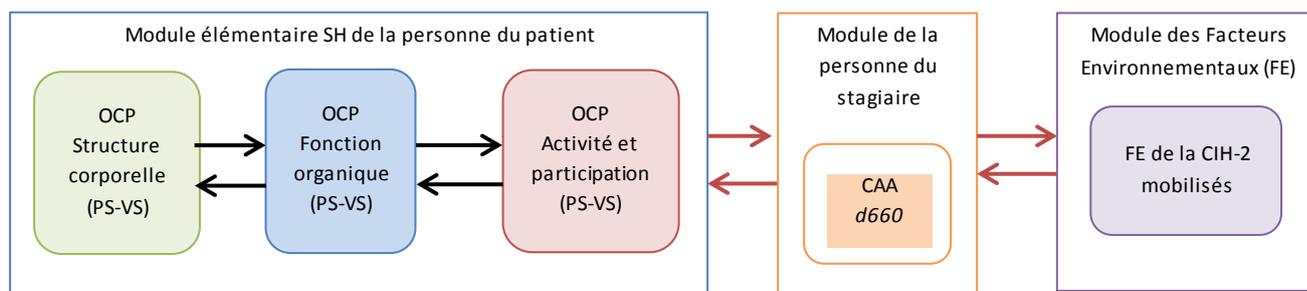
Se pose la question du positionnement du stagiaire, dans module SH-FE. L'inscription du stagiaire en tant personne singulière (isolée) dans ce module s'effectue sur le plan écologique, par l'entremise de l'aire de chevauchement voire d'imbrication des milieux associés des deux protagonistes (Cf. Figure 2, se rapportant à la situation professionnelle animée par les cycles d'expérientiation).

Le stagiaire "entre" dans le système modulaire SH-FE du patient. Le stagiaire est une personne (tout autant que le patient) ayant ses propres motivations, buts, besoins, désirs etc. Un module de la personne du stagiaire est à ajouter au système modulaire SH-FE ; dans l'alignement de la "chaîne causale" SH-FE, entre le module SH et le module des Facteurs Environnementaux (FE) (Cf. Figure 31).

Ce composant singulier appartient à la personne du stagiaire, il est la concrétisation, du besoin que ressent le stagiaire, celui d'aider les autres en leur prodiguant des soins. Nous avons repéré dans la classification de la CIH-2, l'activité qui s'agence avec ce besoin particulier, *d660 aider les autres* (OMS, 2000, p.124). C'est une Convergence

De Vue (CDV)<sup>128</sup> qui s'opère entre le stagiaire et le patient. Le stagiaire aide le patient, ce dernier le désire, le sait, le constate etc., lors des soins.

Nous proposons d'intégrer un composant supplémentaire ; le module de la personne du stagiaire, contenant une activité Clinicothérapeutique Aider les Autres (CAA) (Cf. Figure 31). La situation de réhabilitation se déploie. À noter que, le Besoin Pragmatique (BP) du patient affilié à la situation de handicap (SH-FE) est remplacé par l'Objet Clinique à Partager (OCP).



**Figure 30 : L'entrée du stagiaire en tant que personne ayant ses propres motifs dans le module SH-FE**

### 5.34 Un dispositif de captation des données expérientielles mis en place par le stagiaire

Les stagiaires mettent en relation trois niveaux de complexité ; qui sont représentés par les PRExp/ObjSoin (Cf. Tableaux 7, 17, 27, 35, 45, 55), des PRExp/Don (Cf. Tableaux 10, 20, 30, 38, 48, 58) et des PRExp/VPÉ (Cf. Tableaux 4, 14, 24, 32, 42, 52) et que nous avons dénommés horizons. Ces tableaux de compilation des données sont les traces laissées par l'effort de liaison, entre un processus de modification de l'ODS en OCP transformé et une situation de réhabilitation évolutive (il faut y ajouter la situation de professionnalisation que nous n'abordons pas ici).

Les stagiaires se sont trouvés dans l'obligation de créer ces outils/instruments afin de mettre en travail avec l'aide du patient les OCP, et de répondre aux exigences posées par l'initiation et le développement de la situation de réhabilitation.

Dans ce contexte, le dispositif de captation des données expérientielles, est produit par le module SH—CAA—FE ; à partir duquel s'articule d'une part; les buts et sous-buts du schème d'action en rapport avec l'Objet Clinique à Partager (OCP) et sa mise en travail afin de produire un OCP transformé, et d'autre part, avec les rapprochements de points de vue (RPV) du stagiaire et du patient en interaction avec les fabrications des outils et des instruments (Cf. Figure 32).

<sup>128</sup> CDV : Convergence De Vue, comme celles entrant dans la composition des Bases d'Orientation (BO) des cycles d'expérientiation (Cf. Tableaux, 6, 16, 26, 34, 44, 54).

Notons que le module de la personne du stagiaire est particulièrement actif et dirige la manœuvre.

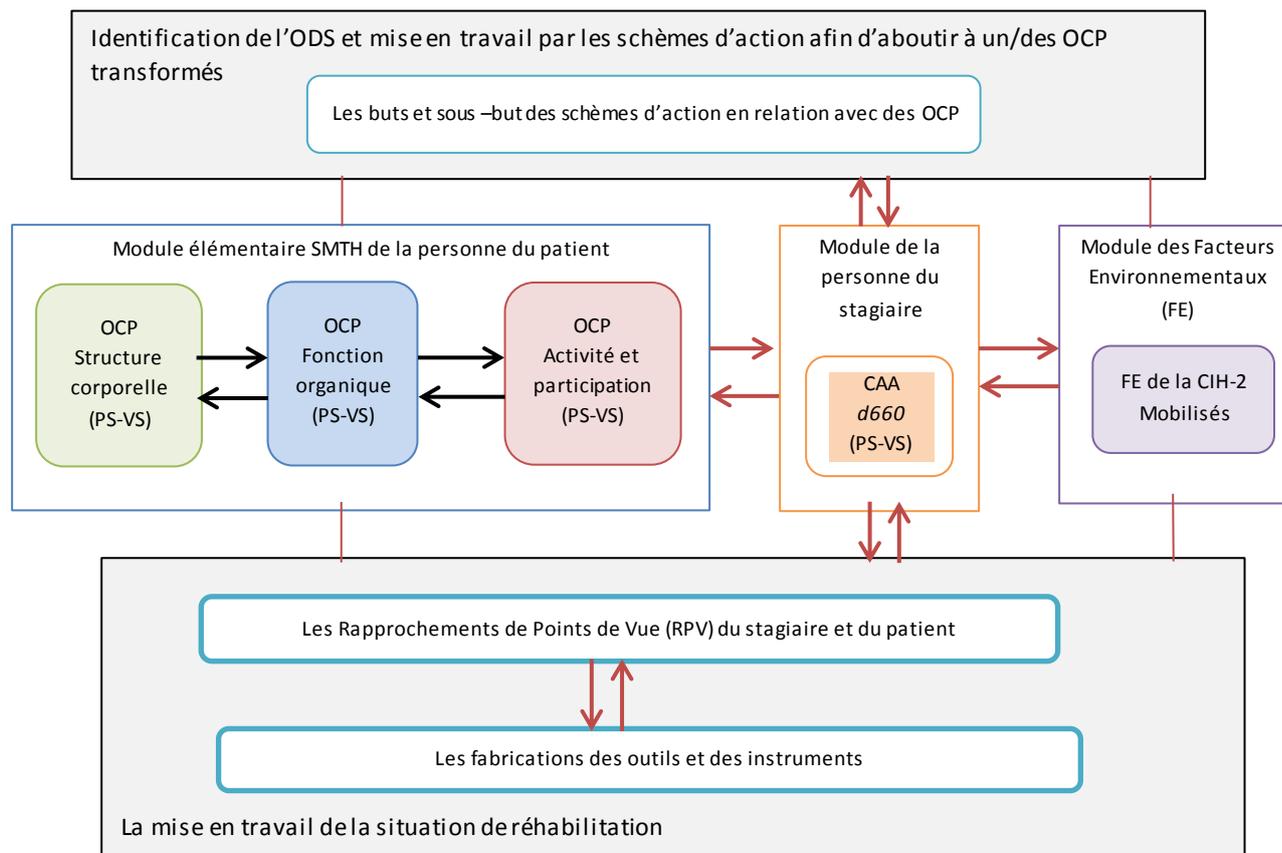


Figure 31 : Le dispositif de captation des données expérientielles mis en place par le stagiaire

### 5.35 Une approche écologique des situations de réhabilitation et de professionnalisation par un stagiaire-artisan

Il s'avère que le module SH—CAA—FE, intègre des facteurs environnementaux (FE), en conséquence, le dispositif de captation rendrait compte de l'existence d'un processus d'individuation technique que nous qualifions *d'approche écologique des situations de réhabilitation et de professionnalisation*.

L'approche écologique trouve sa source dans Simondon et dans un certain nombre de références conceptuelles que nous rappelons :

Celui du paradigme de l'action incarnée et située auquel se réfère dans le champ des pratiques massokinésithérapiques (Olry, Bautzer, 2003, p. 37), ce paradigme peut trouver son emploi dans la compréhension de champs de pratiques divers comme celui de l'informatique et de la robotique (De Loor, Mille, & Khamassi, 2015, p.3), de l'ethnographie sous des formulations particulières telles que de Connaissance Écologique Traditionnelle (Wisniewski, 2007, p. 3), de mimésis (Ibid., p. 8), d'enskillment (Ibid., p. 9)

Ceux de concepts connexes ; d'« *écologie professionnelle sanitaire* » (Rothier Bautzer, 2017, p.20), de *care* dans sa définition la plus générale (Tronto, 2008, p.244),

de capabilité reconnue dans sa visée écologique (Flipo, 2005, p.73), de *métis* ou « *l'intelligence rusée* » (Kanelopoulos, 2010. p. 344).

Les stagiaires ont été en capacité de mettre en œuvre une démarche personnelle qui s'est apparentée à un processus d'individuation technique ; « *il y a individu technique lorsque le milieu associé existe comme condition sine qua non<sup>129</sup> de fonctionnement* » (Simondon, 2012, p.75).

Les outils et ou instruments que les stagiaires ont bricolés (Cf. Tableaux, 12, 22, 40, 50, 60 et figure 22) sont les traces d'une mise en branle d'un processus d'individuation technique en vue d'initier concomitamment une approche écologique.

Les stagiaires ont pris une posture celle de l'artisan qui « *“exécute” ce que la nature est “impuissante à produire”* » (Vernant cité dans Kanelopoulos, 2010. p. 340). Il fait preuve de *mimésis*, parce qu'il a dû délibérer, évaluer les moyens qui interviennent « *dans la fabrication pour “avoir le dessus” vis-à-vis des éléments* » (Vernant cité dans Kanelopoulos, 2010. p. 340), parce qu'il a transformé l'OCP, sur lequel un « *effort artisanal* » (Kanelopoulos, 2010. p. 340) s'est appliqué.

Pour arriver à ses fins et produire toutes ces améliorations aux côtés du patient, le stagiaire a utilisé la *métis*, « *l'intelligence rusée* » (Kanelopoulos, 2010. p. 344) qui « *déploie ses pouvoirs sur “un terrain mouvant dans une situation incertaine et ambiguë”* » (Vernant cité dans Kanelopoulos, 2010. p. 344).

Durant les débriefings, le stagiaire a donné à voir son intelligence rusée, en indiquant comment il est arrivé à ses fins, en prenant « *un chemin détourné* » (Kanelopoulos, 2010. p. 344) ;

- ✓ Alexandre en artisan plus chevronné, modifie les réglages de son outil de façonnage et de modelage des articulations, qu'est la mobilisation articulaire, il y adjoint un seuil nociceptif à ne pas franchir et il connecte d'autres techniques à son outil de base, pour traiter l'articulation de l'épaule droite hémiplegique. Par cet outil composite qu'il s'est fabriqué, il est en mesure de contrôler et de traiter l'ensemble des articulations de l'hémicorps d'une manière graduée. Il peut suivre les évolutions des mobilités articulaires et prévenir d'éventuelles complications en particulier au niveau de l'épaule;
- ✓ Roman aux prises avec un patient traumatisé crânien dont il ne domine pas les dynamiques liées aux fonctions cognitives de niveau supérieur, les inclues par un mouvement d'enveloppement dans un outil qu'il a bricolé centré sur les exercices fonctionnels qui sont eux contrôlables, utilisant au passage comme expédient des techniques de management ;
- ✓ Sabrina est au contact avec un patient qu'elle perçoit dans sa vulnérabilité, qui montre de la fièvre, et qui risque de ne plus venir aux séances de rééducation. Devant elle et lui se dresse une barrière, la douleur lombaire, elle construit une organisation des soins, par l'assemblage de techniques à visée antalgique, elle s'engage prudemment avec son patient sur ce chemin, elle utilise un système à cliquet, qui évite les faux pas, la décision partagée, et le compartimentage des actions, elle jette en quelque sorte un filet de sécurité,

---

<sup>129</sup> En italique dans le texte

sur les situations de mise en travail des OCP, dont on perçoit les cordages dans la trame temporelle.

- ✓ Léonard ne pouvant obtenir les renseignements de la part du patient, change de tactique et demande à son épouse

### 5.36 Une capabilité écologique du stagiaire-artisan pour agir sur des situations de réhabilitation et de professionnalisation

Les “stagiaires-artisans” intègrent à leur démarche d’approche écologique *mimésis* et *métis*. Les patients disposent des mêmes attributs écologiques que les stagiaires. Tous deux, se rencontrent, par le recouvrement, voire l’imbrication de leurs milieux associés (Cf. Figure 2, se rapportant à la situation professionnelle animée par les cycles d’expérimentation).

L’approche écologique des situations de réhabilitation et de professionnalisation est rendue possible, parce que le stagiaire et le patient en tant qu’être écologique disposent d’une capabilité d’écologique :

« Une capabilité n’est pas le fruit de la seule intention, ou du seul travail en tant que médiation sociale. La capabilité n’est pas purement artificielle. L’existence d’une capabilité présuppose l’existence et le maintien d’une activité naturelle ayant une certaine forme, un certain ordre, qui a lieu en grande partie à l’insu de l’attention humaine, mais auquel celle-ci doit prêter attention si elle veut éviter de provoquer des conséquences néfastes sur la liberté. La capabilité est toujours un hybride de nature et d’artifice » (Flipo, 2005, p.73).

L’approche écologique du stagiaire est composée d’un agencement singulier composé par sa capabilité écologique à laquelle viennent s’adjoindre des capacités (d’artisan de soin) de *métis* et de *mimésis*.

### 5.37 La situation professionnelle abordée par le stagiaire selon une approche écologique

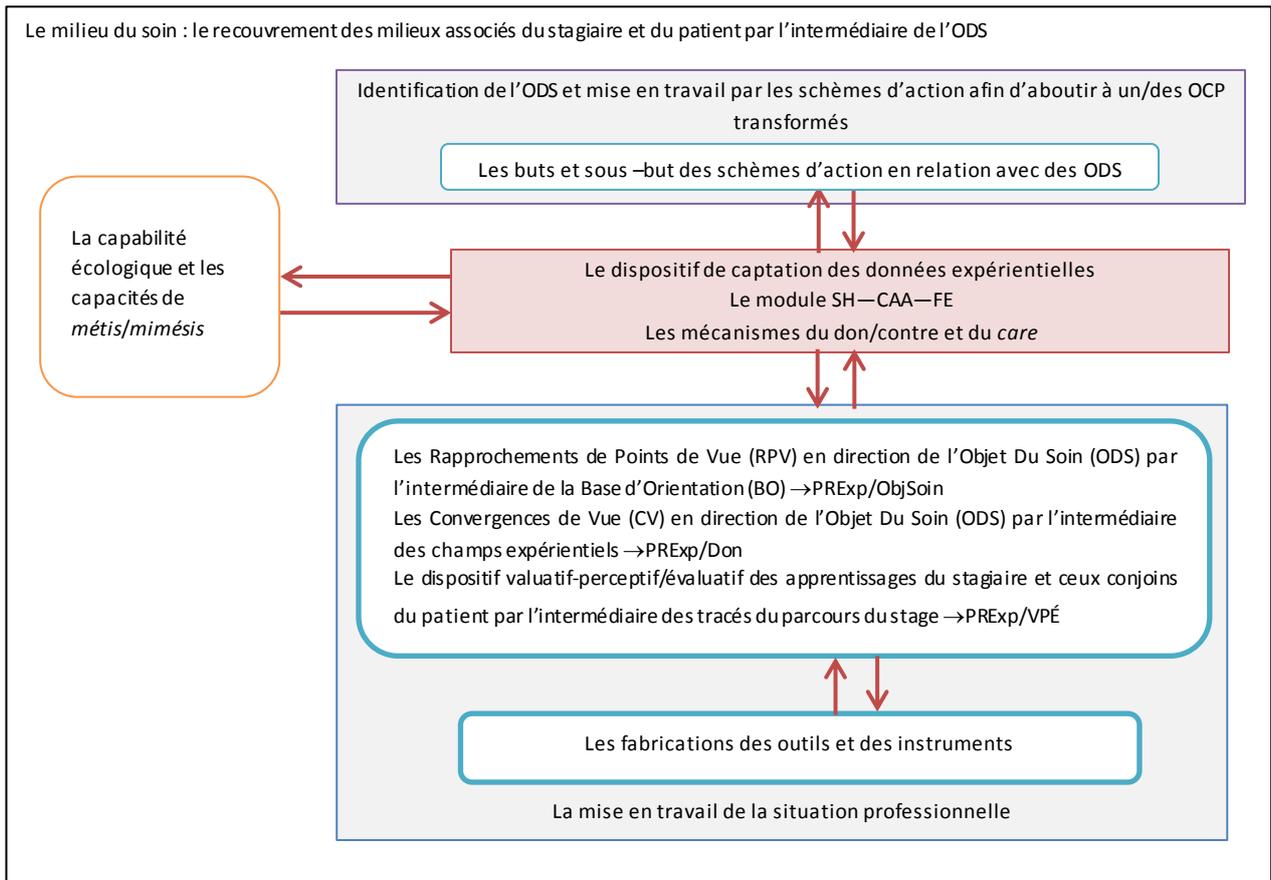
Cette approche ne peut-être qu’initiée par le stagiaire, le tuteur ne peut que la susciter. La personne du patient qui est visée par cette démarche y est présent nécessairement. Le patient est en mesure de la relayer, de l’amplifier.

Elle comprend 4 ensembles de processus inter reliés (Cf. Figure 33) : 1<sup>er</sup> groupe, la capabilité écologique allant de concert avec des capacités de *métis/mimésis* ; 2<sup>ème</sup> groupe, le processus de transformation de l’ODS en OCP transformé sous l’égide du des buts et sous-butts du schème d’action ; 3<sup>ème</sup> groupe le dispositif de captation des données expérientielles avec comme mécanisme coopératif, le don /contre don et le que le care ; 4<sup>ème</sup> groupe représenté par les PRExp/ObjSoin<sup>130</sup>, des PRExp/Don<sup>131</sup> et des PRExp/VPÉ<sup>132</sup> en interaction avec les outils/instruments.

<sup>130</sup> Cf. Tableaux 7, 17, 27, 35, 45, 55

<sup>131</sup> Cf. Tableaux 10, 20, 30, 38, 48, 58

<sup>132</sup> Cf. Tableaux 4, 14, 24, 32, 42, 52



**Figure 32 : L'approche écologique produite par le stagiaire auprès du patient**

À partir du moment où le patient et le stagiaire ont donné, libre cours à leur capacité, une rencontre s'instaure entre les deux protagonistes. Le stagiaire se voit confronté, immergé dans la situation de professionnelle sans pour autant être en mesure d'en connaître l'ensemble des entrelacs.

Le sens donné à cette rencontre par le patient et le stagiaire est porté par le chaînage d'événements de l'ODS à l'OCP transformé, ce chaînage a pour but, d'améliorer la configuration de l'OCP, en le transformant afin qu'il réponde aux besoins pragmatiques exprimé par le patient et que partage le stagiaire. Il s'agit pour les deux protagonistes d'une activité de soin qui s'intègre dans une « *activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre "monde", en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible* » (Tronto, 2008, p.244), qui est le care.

Le chaînage événementiel et care sont consubstantiels :

- > [Le Besoin Pragmatique Partagé] sera lié au « *Se soucier de (caring about)*. – *Le care implique en premier lieu la reconnaissance de sa nécessité. Il implique donc de constater, l'existence d'un besoin* » (Ibid., p.248).
- > [L'OCP] sera relié au : *Se charger de (taking care of)*. « *Se charger de* » constitue l'étape suivante du processus du care, qui implique d'assumer une certaine responsabilité par rapport à un besoin identifié et de déterminer la nature de la réponse à lui apporter » (Ibid., p.248).
- > [L'Objet Clinicothérapeutique Partagé en cours de transformation → Objet Clinicothérapeutique Partagé transformé], seront liés au « *Accorder des soins*

- (care giving). – Accorder des soins suppose la rencontre directe des besoins de care. Ce qui implique un travail matériel et exige presque toujours de ceux qui donnent des soins qu'ils viennent au contact des objets du care » (Ibid., p.249)
- > et au « Recevoir des soins (care receiving). La dernière phase du care correspond à la reconnaissance de ce que l'objet de la sollicitude réagit au soin qu'il reçoit. (...) le patient se sent mieux (...) Il est important d'inclure la réception du soin parmi les éléments du processus parce que c'est la seule manière de savoir si une réponse au besoin de soin a été apportée » (Ibid., p.250).

### 5.38 Une trajectoire de la situation professionnelle : un produit du stage ?

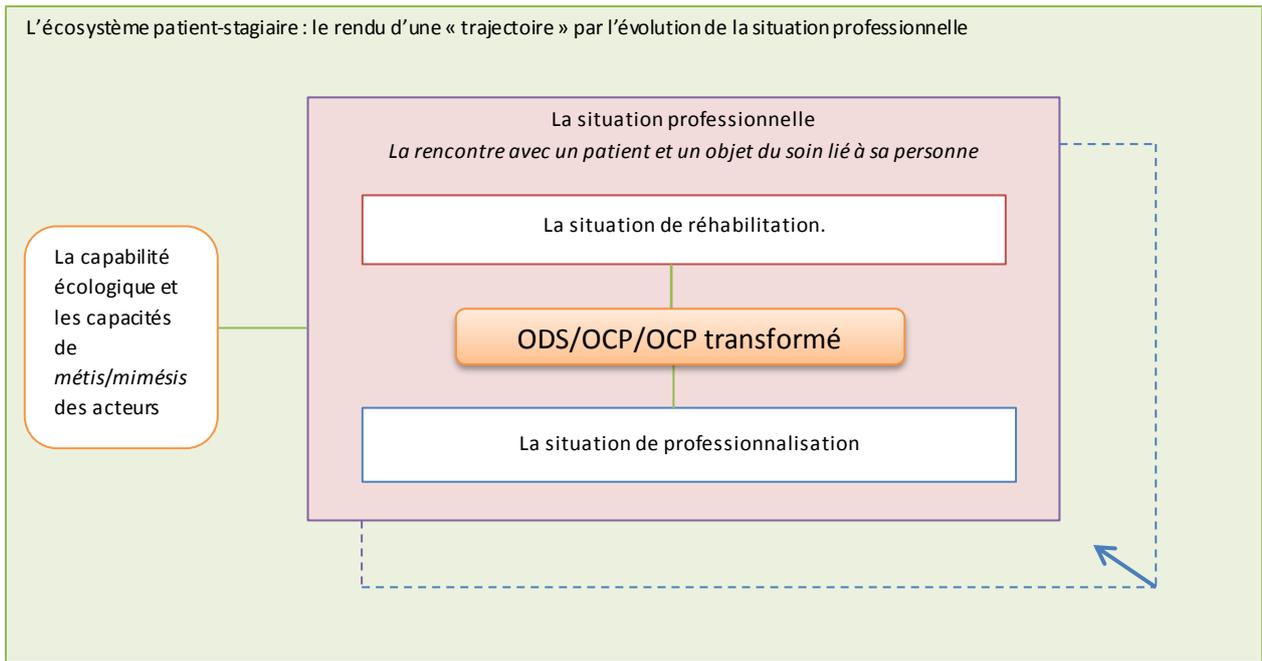
Les données recueillies et regroupées au sein de la démarche d'approche écologique du stagiaire au contact d'un patient en situation de handicap peut se représenter comme un écosystème (Dury, 1999, p.488) patient stagiaire, comme à moment précis de son évolution, une « trajectoire » (Le Floch, & Aronson, 1995, p. 30).

Le concept de trajectoire s'énonce comme suit :

« Tout système écologique (géologique, géographique, etc.), quelle que soit l'échelle retenue, comme étant un système dynamique, complexe, parfois chaotique (Nicolis, 1987, 1991). Il nous paraît, dès lors, préférable d'employer le terme neutre de "trajectoire" afin d'éviter de laisser croire à la possibilité illusoire de parvenir à un état parfaitement stable et ne nécessitant plus aucune gestion » (Ibid., p. 30).

La trajectoire se présente comme l'agencement évolutif des trois situations (Cf. figure 34) auxquelles s'est confronté le stagiaire auprès du patient.

Situations au travers lesquelles, il s'est déplacé, en louvoyant, en rusant avec ses moyens et avec la collaboration du patient (dans la mesure de ses possibilités), afin d'en découvrir les mécanismes, d'en tester leurs effets en les actionnant, de les utiliser s'ils s'avèrent utiles, de prime abord pour améliorer l'état de santé du patient et secundo, pour lui-même comme mécanismes expérimentés, qu'il transfère dans d'autres écosystèmes et qui relèvent du domaine des connaissances qu'il aura acquises en stage.



**Figure 33 : Les composants d'une « trajectoire » de la situation professionnelle**

ODS/OCP : Objet du Soins/Objet Clinique à Partager

→ : Évolution de la situation professionnelle au cours du stage

La trajectoire de la situation professionnelle est au centre de la problématique du stage. Ce que recherche le stagiaire c'est une immersion voire une confrontation avec une situation professionnelle en devenir par l'entremise des soins qu'ils prodiguent au patient.

Cette complexité vient de l'assemblage dans un même écosystème des situations liées au processus central qu'est l'ODS/OCP/OCP transformé, son décryptage n'est pas aisé, il est possible en utilisant que le versant "cognitif, située et incarnée" du schème, la dimension incarnée entre en jeu, la corporéité du stagiaire est mis à l'épreuve pour apprendre de cette complexité écologique qui dépasse l'ordre des mots.

## 5.4 Une réflexion au sujet d'un schème d'action écologique

### 5.41 Le schème d'action et le champ de l'expérience globale

Nous pensons que le schème d'action du sujet trouve son origine dans « *l'espace de travail neuronal global* » (Dehaene, 2014, p.229).

L'unité corps cerveau contient un générateur de représentations conscientes ou espace de travail neuronal global.

Vergnaud (2013) théorise un ensemble complexe de liaisons entre l'individu et son environnement en utilisant les concepts ; de champ d'expérience (ou expérience globale) et de champ conceptuel (sous-champs de l'expérience), le premier est englobant du second.

Le champ d'expérience :

*Celui « du sujet, enfant, adolescent, adulte, couvre à la fois l'expérience dite « quotidienne » de la vie (dans la famille et dans le milieu de vie) et l'expérience scolaire, l'expérience professionnelle, la formation. On ne peut pas opposer ces expériences les unes aux autres(...) beaucoup de résultats montrent que les mêmes schèmes organisent les unes et les autres. Ce sont les conditions qui changent et, bien entendu, elles pèsent ; mais les schèmes, c'est-à-dire l'organisation de l'activité, reste étonnamment semblable » (Vergnaud, 2013, pp. 15-16).*

Le champ conceptuel :

*« Pour analyser le développement des compétences et des conceptualisations du sujet dans les différents registres de son activité, il est indispensable de découper des objets d'étude plus petits que l'expérience globale, (...) C'est à cette question méthodologique que répond le concept de « champ conceptuel » : son objectif est de désigner des sous-champs de l'expérience (...) un champ conceptuel est à la fois un ensemble de situations et un ensemble de concepts. L'ensemble des situations dont la maîtrise progressive appelle une variété de concepts, de schèmes et de représentations symboliques en étroite connexion. L'ensemble des concepts qui contribuent à la maîtrise de ces situations » (Ibid., p. 16).*

### 5.42 Le schème d'action du sujet écologique et un milieu associé

Le schème d'action écologique se met "au service" de l'expérientiation. Cette dernière le convoque et le manipule en fonction de ses besoins et ce, afin d'activer le processus d'identification, de modification de l'ODS en OCP transformé. Des matériaux réactualisés voire nouveaux apparaissent qui enrichissent l'expérientiation antérieure. Pour ce faire, le schème d'action mobilise des cycles d'expérientiation incarnée-située.

Le schème d'action écologique du sujet A se projette dans son propre milieu associé (Cf. Figure 35) et dans le milieu associé du sujet B, et dans son milieu interne. (Cf. Figure 36). Le schème d'action du sujet B fait de même.

La projection du schème d'action du sujet A peut accroître la profondeur de champ de son milieu associé, jusqu'à recouvrir partiellement le milieu associé du sujet B et le cas échéant le milieu interne du sujet B.

Milieu associé du sujet A (stagiaire) par une double projection concomitante du schème par P1 et P2 (Cf. Figure 35).

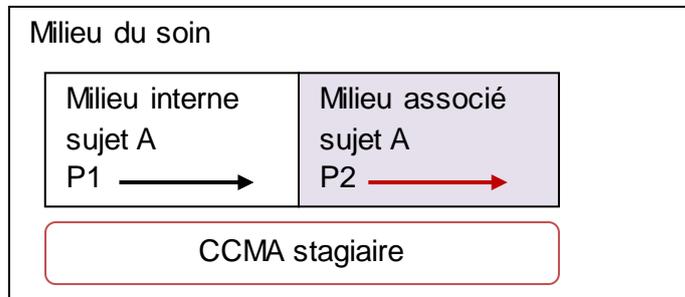


Figure 34 : Sujet A, double projection dans son CCMA

Extension de la projection du schème d'action du sujet A (stagiaire) au contact d'autrui (patient).

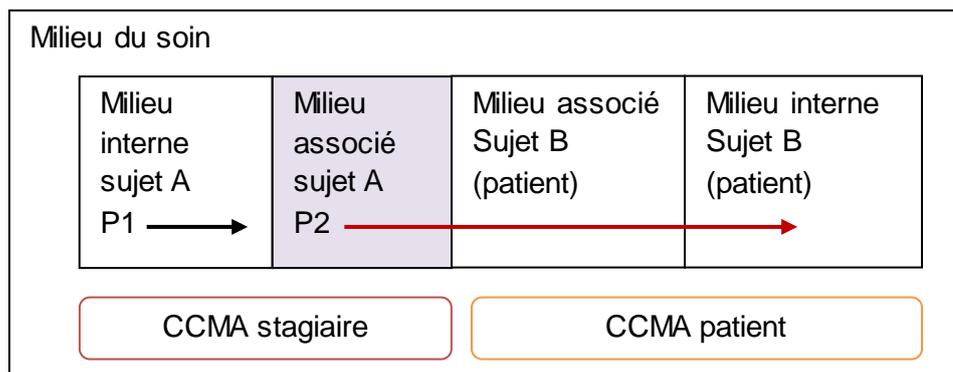


Figure 35 : Sujet A, double projection dans son CCMA et dans celui du sujet B

L'extension de la projection P2 produit une inclusion partielle du milieu associé du sujet A [stagiaire) dans les milieux du sujet B (patient).

Sous la directivité du schème, ce qui prévaut c'est le processus d'autopoïèse ou d'énaction entre l'unité corps cerveau et son milieu associé, des transformations s'exercent réciproquement entre ces deux pôles.

Le schème quant à lui se modifie en tant que totalité fonctionnelle dynamique au contact des transformations. L'unité corps-cerveau du sujet est le point d'ancrage originel « avec (...), ses motivations, ses intentions, et les schèmes qu'il développe » (Vinatier, & Pastré, 2007, p.99).

La boucle auto poïétique forme un système qui s'appuie sur le mécanisme du couplage enactif « fondé sur le principe que tout système vivant maintient sa structure et se développe par un processus d'auto-crédation permanente, "l'autopoïèse" » (Vinatier, & Pastré, 2007, p.100), l'unité corps-cerveau du sujet se modifie en fonction de l'évolution du milieu associé et vice-versa, les relations avec l'environnement participe à cette adaptabilité.

Ce triplet schème, unité corps-cerveau milieu associé constituent une matrice expérientielle individuelle par, dans et avec laquelle sont recyclés les matériaux expérientiels.

Les matrices expérientielles disposent de capacité d'énaction. Au sein de la matrice expérientielle c'est une « *dynamique processualiste* » (Penelaud, p. 25, 2010) qui s'impose d'où il émerge « *une information la fois organisée et organisante qui améliore la connectivité entre l'organisme et son monde* » (Penelaud, p.6, 2010)

Cette capacité d'agencement enactif, rendrait possible la production d'une dynamique interindividuelle, elle ouvre la voie à l'émergence d'un « *monde commun (...) socialement partagé* » (Pastré, 2005, p.247).

#### 5.43 Les capacités de projection du schème d'action écologique

Nous pensons que certaines caractéristiques ou propriétés ont été identifiées dans des champs de savoirs qui pourraient faire l'objet d'une attribution raisonnée au schème d'action écologique ; ces caractéristiques sont en rapport avec un système de projection complexe dans les milieux internes et associés du sujet écologique et d'autrui.

Le schème d'action du sujet écologique trouve son origine dans son milieu interne corps-cerveau et il le traverse, il poursuit son "mouvement" en se projetant dans son milieu associé, (Cf. Figure 35).

Tout en se projetant il maintiendrait son unicité perceptivo cognitive. Il est en mesure d'établir une synthèse de l'agir internalisé/externalisé du sujet.

Une modification du milieu associé (voire à partir d'une source plus éloignée) entraîne des répercussions au sein de l'unité corps cerveau par l'intermédiaire de flux de signaux.

Le double signal :

- > « *les premiers signaux « se rapportent au corps, reflétant la localisation particulière de l'organe des sens considérés (...) et sont acheminés vers ces systèmes cérébraux somatosensoriels et moteurs qui donnent lieu à une représentation dynamique de l'ensemble du corps sous forme d'une carte fonctionnelle* ». (Damasio, 2010, p. 313).
- > La deuxième série de signaux se rapporte à « *l'organe sensoriel particulier et est acheminée vers les régions cérébrales correspondant à cette modalité sensorielle* » (Ibid., p. 313).

De cette double signalisation découle des « *des conséquences pratiques. Lorsque vous voyez, vous ne faites pas que voir : vous ressentez que vous êtes en train de voir quelque chose avec vos yeux* » ce qui signifie que, « *nous sentons notre corps en train de voir* » (Ibid., p. 313).

La rétroaction (semble très proche de la théorie du double signal) et le double perspectivisme

Lors du discours est décrite une « *expérientiation de la rétroaction* » (Auclin, Filliettaz, Gobet, & Simon, 2004, p. 225), les auteurs se fondent sur « *l'approche énative* » qui

« postule la non-séparation entre perception et action, entre l'agent et le produit de son action, et considère les mécanismes cognitifs comme fondamentalement incorporés, incarnés dans l'action réalisée » (Varela, Thompson & Rosch, cités dans Auclin, Fillietaz, Gobet, & Simon, 2004, p. 225)

Une description ethnographique des modalités d'approche du gibier montre que « le chasseur ne distingue pas seulement un élan dans ses gestes, il se perçoit lui-même de l'extérieur » (Wisniewski, 2007, p.10).

Le schème d'action de la chasse est complexe, il comporte une séquence réservée à l'observation du gibier, c'est l'outil visuel perceptivo cognitif qui est engagé et qui se projette par l'intermédiaire du schème d'action au-delà de la frontière corporelle du chasseur et dans son milieu associé (son espace proche).

En effectuant ce repérage visuel, concomitamment, il se perçoit lui-même en train d'observer l'élan. Le processus de « double perspectivisme » permet aux Yukaghir d'assumer la perspective d'un animal-gibier » (Willerslev cité dans Wisniewski, 2007, p.10).

Le schème d'action du sujet écologique, à une capacité à se projeter (Cf. Figure 36) tout en associant, une double mise en perspective en prenant comme référence soi-même et l'autre.

Ce système de projection du schème (double signal et double mise en perspective) conserve les singularités des projections tout en le rendant synergiques.

#### 5.44 Le schème d'action écologique la rencontre du patient et du stagiaire

Un recouvrement des milieux CCMA du stagiaire et du patient s'opère sous certaines conditions ; la présence d'un objet clinique à partager et sa mise en travail dans le contexte d'une activité coopérative, d'un niveau de dépendance des tâches et d'un facteur temporel.

« Deux dimensions peuvent être utilisées pour définir les formes de coordination entre différentes opérations, la dimension temporelle, opérations effectuées en simultané ou en différé, et la dimension fonctionnelle, c'est-à-dire le degré de dépendance entre ces opérations » (Savoyant, & Leplat, cités dans Barthe, & Queinnec, 1999, p. 673)

Le stagiaire et le patient forment une équipe de travail. Les manipulations croisées des deux schèmes d'action écologiques s'orientent vers un *point de convergence expérientielle* qui est représenté par l'OCP et plus largement par le processus de modification de l'ODS en OCP transformé.

Un système d'activité stagiaire-patient est mis en branle qui donne lieu selon les auteurs à des activités « *coopératives finalisées* » (Zacklad, 2003, p. 137), à un travail « *en nœud* » (Engeström, Engeström, & Vähäaho, cités dans Owen, 2008, p.5), à la mise en place d'un lieu ou espace commun où le stagiaire et le patient ont « *la possibilité de se transmettre des informations, coordonner leurs actions et d'établir des réajustements, et ce, en temps réel* » (Barthe, & Queinnec, 1999, p. 677). L'espace de

travail commun permet à chacun des acteurs « de garder une attention latérale à autrui » (Lacoste, cité dans Barthe, & Queinnec, 1999, p. 677).

Dans ce contexte de recouvrement des CCMA des acteurs autour d'un OCP, une « visée commune » (Venturini, 2012, p.132) et une co-activité se manifestent sachant que « toutefois si la co-activité (...) correspond à une visée commune, il n'y a pas plus d'unicité des mobiles visés par l'activité des sujets », « qu'il y a d'unicité des buts de leurs actions » (Venturini, 2012, p.132).

Les buts des schèmes d'action écologiques du patient et ceux du stagiaire, en direction de l'OCP du processus de modification de l'ODS en OCP transformé ; « sont vraiment partagés : plus qu'un partage de buts communs, c'est plutôt une interdépendance entre des buts distincts dont il s'agit » (Schubauer-Leoni et al. cités dans Venturini, 2012, p. 132).

Il en résulte que chacun des acteurs effectue « une série d'actions dépendantes les unes des autres (...) ce degré de dépendance entre les tâches » les contraint « à coordonner leurs activités, à être attentifs à l'activité du coéquipier et éventuellement à communiquer des informations nécessaires au déclenchement de l'action suivante » (Barthe, & Queinnec, 1999, p. 676).

Une co-activité issue de deux systèmes d'activité reliés par l'interface que représente le processus ODS/OCP/OCP transformé (Cf. Figure 37).

Au-delà du recouvrement, une imbrication ou un mélange des milieux associés se produit qui permet l'inclusion dans les schèmes respectifs des acteurs de matériaux expérientiels exogènes et ce, par la mobilisation des champs expérientiels, la fabrication d'agrégats expérientiels et l'utilisation de stratégies agencement (Cf. Chapitres 4.263, 4.264, 4.265).

Les transformations des milieux par le schème d'action écologique du stagiaire s'opèrent par la mise en travail d'un OCP à laquelle participe le patient.

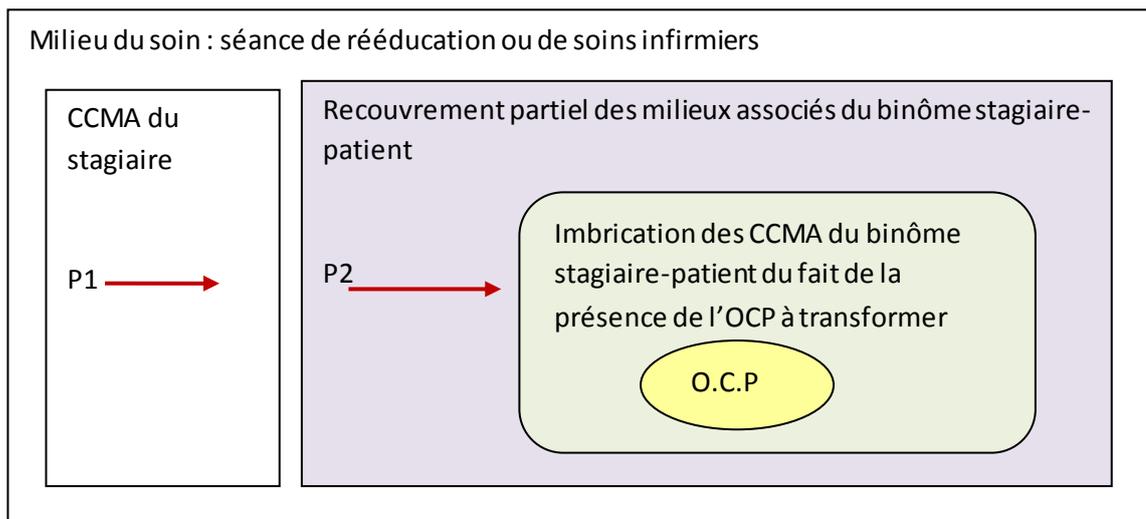


Figure 36 : l'apparition d'une aire de recouvrement/imbrication centrée autour de l'OCP

Le schème d'action intervient au moyen du blending dans la réalisation d'une imbrication des CCMA.

Les schèmes des participants par leur mécanisme cyclique en lien l'expérenciation incarnée-situé et par leur capacité de mixage en lien avec le processus du blending, sont en mesure créer de nouveaux matériaux agrégatifs expérentiels, constitués d'éléments exogènes ; provenant des matériaux expérentiels du schème de leur partenaire issus de la mise en travail de l'O.C.P.

Au travers du cycle d'expérenciation incarnée-situé et des propriétés de mixage, l'O.C.P. en cours de transformation agit tel un creuset spatio-temporel et porte « *en germe le développement des expériences à venir* » (Mayen, 2008, cité dans Zeitler, & Barbier, 2012, p.113) pour chacun des partenaires.

5.45 Une genèse de matériaux expérentiels lors du recouvrement des milieux associés du stagiaire et du patient

Lors de la transformation des CCMA, dû au recouvrement des milieux associés des acteurs.

Les matériaux expérentiels de chacun des acteurs prennent une forme générique impulsée par le blending (Cf. tableaux 68, 69)

Ces matériaux au niveau du plan d'intégration expérentielle sont devenus (mots-gestes), ils sont en interdépendance fonctionnelle avec ceux de l'autre acteur du fait des coordinations (mots-gestes) rendues nécessaire pour satisfaire le besoin pragmatique partagé.

Autour du processus [OCP→ OCP transformé] se produit dans le plan d'élaboration perceptive un franchissement des frontières des systèmes d'activité des protagonistes (ou imbrication) et donne lieu à la formation d'*agrégats expérentiels* (Cf. Chapitres 4.263, 4.264, 4.265).

Les matériaux expérentiels se fabriquent selon un processus en deux strates (Cf. Tableaux 67, 68).

Dans la strate de l'élaboration perceptive, les schèmes d'action écologique de chaque protagoniste intègrent dans leurs agrégats des "composants" dont ils ne sont pas les "auteurs".

La complexité vient du fait que les agrégats expérentiels sont comme des entités mutualisées qui n'obéissent pas à une logique d'individuation, mais à une logique "fusionnelle" ; c'est ainsi que saisir de manière expérentielle un agrégat, c'est nécessairement saisir les composants exogènes qui le composent et leur groupement (Cf. Figure 15 l'agrégat expérentiel).

→ Se percevoir par l'entremise de l'OCP en cours de transformation c'est aussi percevoir l'Autre et ce de manière multimodale.

→ L'intervention des deux acteurs "au travers" de l'OCP provoque la fusion-imbrication partielle et temporaire au niveau de l'agrégat expérentiel et un point d'articulation des schèmes écologiques appartenant au stagiaire et au patient.

Le processus de mixage au niveau du plan d'élaboration perceptive produit une "soudure" des plans respectifs d'élaboration perceptive des acteurs, un patchwork

perceptivo-conceptuel mêlant les deux milieux associés sans pouvoir les disjoindre lors de cette première phase du blending.

Lors de la phase suivante du blending, celle de l'intégration expérientielle, la singularité des comportements et l'interdépendance des actions des acteurs se manifeste par des mises en mots, en gestes

Les agrégats expérientiels alimentent pour chacun des schèmes d'action les fonctionnements opératoires des règles d'action, les fonctionnements des modélisations des théorèmes-en-acte, les fonctionnements informationnels délivrés par les mises en inférence.

Le fonctionnement du schème d'action écologique, au final se trouve enrichi par des composants exogènes (Cf. Tableaux 67 et 68).

**Tableau 67 : Le stagiaire, la formation de matériaux expérientiels dans l'aire d'imbrication des milieux associés**

Plan d'intégration expérientielle	Mise en mots, en gestes par les représentations du stagiaire	↑↓
Plan d'élaboration perceptive	Mise en agrégats par mixage stagiaire : <i>stagiaire –OCP en cours de transformation–patient</i>	

**Tableau 68 : Le patient, la formation de matériaux expérientiels dans l'aire d'imbrication des milieux associés**

Plan d'intégration expérientielle	Mise en mots, en gestes par les représentations du patient	↑↓
Plan d'élaboration perceptive	Mise en agrégats par mixage stagiaire : <i>patient –OCP en cours de transformation– stagiaire</i>	

#### 5.46 Un milieu du soin qui appelle la présence d'un "schème d'action écologique" ?

Le sujet mobilise (fléchage rouge) s'il le veut bien, sa capacité écologique, celle-ci déclenche l'expérientiation, qui agit sur le schème d'action en modulant son fonctionnement (milieux associé, stratégie recouvrement, imbrication, projection complexe) se présente comme un schème d'action écologique, qui puise ses matériaux expérientiels au travers de l'expérience vécue.

Le sujet active son système de représentations fondamentales qui l'informe sur l'aire de recouvrement. Le patient fait de même en fonction de ses capacités. La rencontre se crée, l'ODS et l'OCP sont mis en travail (Cf. Figure 38).

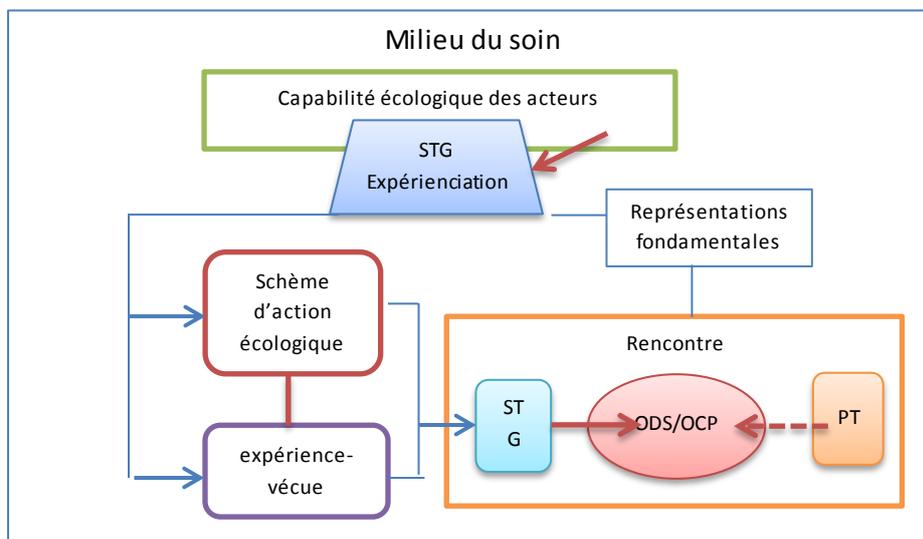


Figure 37 : Les interfaces du schème d'action écologique dans le milieu du soin

STG : stagiaire / PT : patient  
OCP : Objet Clinique à Partager

## 5.6 Une réflexion au sujet de l'activité du tuteur au contact du binôme stagiaire-patient

### 5.6.1 Susciter chez le stagiaire l'appréhension d'une trajectoire de la situation professionnelle ?

Les échecs du stage sont dus à cette absence de trajectoire au centre laquelle se trouve la situation professionnelle (Cf. Figure 34). Sans cette architecture, le stagiaire se confronte à des situations parcellisées et non reliées, les soignants en évoquant les conduites du stagiaire dans ce contexte de manquements, disent « qu'il papillonne, il fait ceci ou cela ».

Les échecs du stage sont révélés par une absence non seulement de trajectoire mais également, d'objet clinique à partager, et de visée commune entre le patient et le stagiaire. Les interactions de tutelle ne changent pas la donne, parce qu'elles ne peuvent avoir de prise directe sur la mise au point d'un OCP, d'une visée commune qui dépendent de l'existence d'un besoin pragmatique partagé du patient et du stagiaire. À partir du moment où l'OCP émerge, alors le patient le stagiaire et le tuteur peuvent converger vers lui, et se rencontrer lors de la mise en travail de l'OCP en question.

Le tuteur ne peut intervenir que s'il entre lui-même dans le cycle d'expérimentation incarnée-située (Cf. Figure 2 un cycle de l'expérimentation incarnée située du stagiaire et du patient) par l'intermédiaire de l'OCP qui lui sert de point d'ancrage. Le tuteur s'inclut dans l'aire de recouvrement des milieux associés patient–stagiaire, il y conjoint son propre milieu associé.

L'objet clinique à partager sert de support à l'« *intervention de tutelle* » (Kunégel, 2011, pp. 57-83) elle est utilisée dans toutes ses modalités, pour aider le stagiaire dans son façonnage, modelage de l'OCP (Cf. Figure 39). La mise en travail de l'OCP peut être vue sous l'angle des « *apprentissages réciproques* » (Thievenaz, 2018, pp. 131-150).

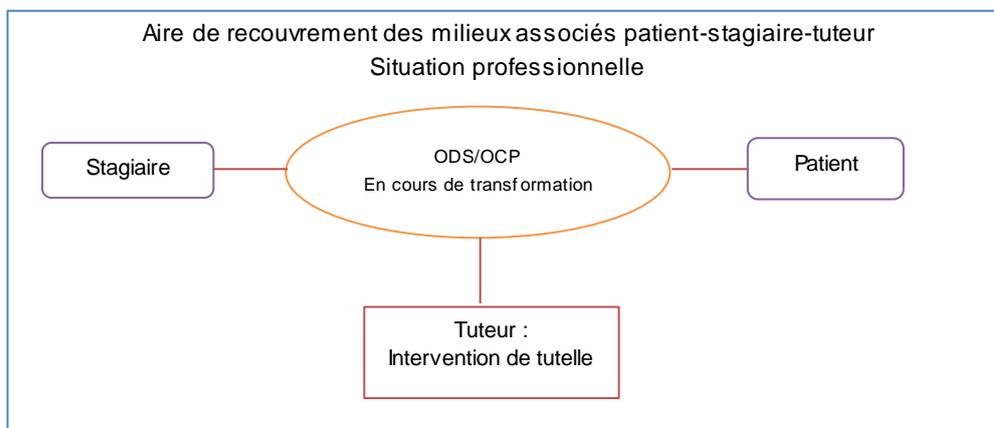


Figure 38 : L'implantation du tuteur aux côtés du binôme stagiaire patient

La complexité intrinsèque du stage, résulte dans l'initiation et la construction d'une trajectoire au centre laquelle se situe un OCP en cours de transformation.

La mise en travail de l'OCP utilise des moyens en rééducation qui focalisent les actions du patient et celle du stagiaire, à titre d'exemple pour le patient cérébrolésé avec l'utilisation du concept « *d'espace restreint* » (Nguyen, 2008) dont le postulat est :

« *Que ce qui empêche un patient de se mettre debout, de tenir debout, c'est bien au départ cette appréhension de chuter et de se blesser, on peut restreindre volontairement un espace pour qu'il puisse l'utiliser pour, se positionner, se repérer et se rattraper* » (Ibid., p. 32).

Sabrina lors de la séance de rééducation avec le patient amputé et diabétique s'est inscrite dans une situation de mise en travail d'un OCP, *les douleurs lombaires et les limitations fonctionnelles provoquées*, répondant à un besoin pragmatique partagé avec le patient, celui de faire cesser les douleurs.

Chaque situation au sein de la trajectoire conserve sa singularité, elles se présentent devant le stagiaire tel un fondu enchaîné, avec des subtilités dans leurs liaisons et enchaînements. Dans le cadre d'une séance de rééducation et de soins infirmiers, le patient et le soignant passent de l'une à l'autre. Le tuteur suscite chez le stagiaire la fabrication création d'outils/instruments pour faire percevoir "*le mouvement situationnel*" au sein de la trajectoire.

Il s'agit pour le tuteur de faire que le stagiaire puisse expérencier, le *mouvement situationnel* auquel il participe de concert avec son patient.

## 5.7 Conclusion

### 5.71 L'existence d'une reliance formative entre le stagiaire et le patient ?

Nous avons fait appel un concept pourvu d'un niveau de généralisation plus élevé afin d'y englober l'ensemble des phénomènes précités, celui de reliance formative.

La reliance formative (Cf. Figure 40) est le résultat d'une intégration dont le vecteur est l'OCP que se partagent le patient et le stagiaire.

La dynamique d'intégration comporte plusieurs niveaux

- > celui des connexions entre le sujet et son environnement incluant d'autres individus.
- > Des interactions entre l'expérience vécue d'un individu, et celle d'un autre individu et ce par l'intermédiaire des processus d'expériences des acteurs qui en créant des jalons serviront à leur tour de points de départ pour de nouveaux processus d'expériences
- > celui des comportements des acteurs dans leur manière de penser, d'agir qui par l'intermédiaire de l'objet s'en trouveront transformés avec des effets de réciprocité
- > celui des situations d'apprentissages qui se distribueraient autour de l'objet et par son intermédiaire

Le schématisme de la reliance formative se présente comme suit : des connexions reliées à des transformations, entre ces deux pôles eux-mêmes sujet à leur propre intégration, se situera une médiation, celle d'une intégration de l'expérimentation.

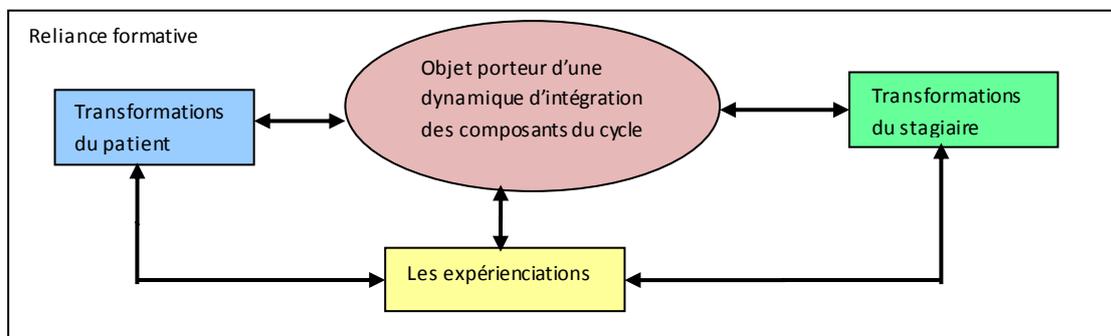


Figure 39 : Une reliance formative au sein de l'écosystème patient stagiaire

### 5.72 Quelques réflexions

Nous sommes arrivés à traiter l'essentiel, le phénomène de l'expérimentation avec des outils que nous avons mis plusieurs années à mettre au point. Ils ont permis d'éclairer les relations entre les stagiaires et les patients dans le cadre d'un service de Médecine Physique et de Réadaptation. L'exploitation des matériaux recueillis reste encore à faire et à développer.

La fonction tutorale pourra bénéficier je l'espère de ce qui a été découvert, l'existence d'une situation de tutorat d'enquête-exploration qui bien que très largement utilisée est

passée inaperçue. Elle participe au fonctionnement des dispositifs d'alternances pleinement.

Un autre point concerne la notion de situation, en effet la situation d'enquête–exploration est comme rattachée à une autre situation. Ce qui pose le problème plus général des liaisons entre les situations.

Notre avons cherché par nos approches successives à jeter les premières pierres d'un modèle relationnel plus englobant.

# Bibliographie

- Acker, F. (1991). La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire. *Sciences Sociales et Santé*, 9(2), 123-143.
- Akrich, M. (1993). Les formes de la médiation technique. *Réseaux*, 87-98.
- Albero, B. (2010). Penser le rapport entre formation et objets techniques. *Repères conceptuels et épistémologiques*. Hermès / Lavoisier, 1-22.
- Alter, N. (2002). Théorie du don et sociologie du monde du travail. *Revue du MAUSS*, 2, 263-285.
- Amblard, B. (1998). Les descripteurs du contrôle postural. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 41, 225-37.
- ANAES. (1999). *Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire*. Service des Recommandations et Références Professionnelles
- ANAES. (2000). *Le dossier du patient en masso-kinésithérapie*. Service des Recommandations et Références Professionnelles.
- ARS Île-de-France, Guide (2015). Evaluation des acquis de stage dans la formation initiale des infirmiers. Recommandations pour la mise en œuvre du référentiel de formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier, 38 p.
- Astier, P. (1999). Activité et situation dans le "récit d'expérience". *Éducation permanente*, 139, 87-97.
- Astier, P. (2017). Fonction tutorale. *Recherche & Formation*, 84, 101-112.
- Auclin, A. (1998). Les dimensions de l'analyse pragmatique du discours dans un approche expérientielle et systémique de la compétence discursive. *Dans : Verschueren, J. Pragmatics. Communication présentée lors de la 6<sup>ème</sup> édition des Conférences de l'Association internationale de pragmatique*. Anvers IPrA, 1-22.
- Auclin, A. (2001). Compétence discursive et co-occurrence d'affects : "blends expérientiels" ou (con) fusion d'émotions ? *Communication présentée aux Actes du Colloque international de Grenoble*, 1-24.
- Auclin, A., Filliettaz, L., Gobet A., & Simon, A.C. (2004). (En) action, expérientiation du discours et prosodie. *Cahiers de linguistique française*, 26, 217-249.
- Azouvi, P. (2009). Les troubles cognitifs des traumatismes crâniens sévères. *Lett Med Phys Readapt*, 25,1-3.
- Balleux, A. (2000). Évolution de la notion d'apprentissage expérientiel en éducation des adultes : vingt-cinq ans de recherche. *Revue des sciences de l'éducation*, XXVI(2), 263-285.
- Barbaras, R. (2009). *La perception: essai sur le sensible*. Vrin : Paris.
- Barbier, J-M. (2000). Sémantique de l'action et sémantique d'intelligibilité des actions. Le cas de la formation. *Paris, PUF, sous la direction de Bruno MAGI, manières de penser, manières d'agir en éducation et en formation*, 89-104.
- Barbier, J-M. (1996). Tutorat et fonction tutorale : quelques entrées d'analyse. *Recherche & Formation*, 22, 7-19.

- Barbier, J-M. (2011). *Vocabulaire d'analyse des activités*. Paris, PUF.
- Barbier, J-M. (2013). Vécu, élaboration et communication de l'expérience. *L'Harmattan, Paris*, 13-37.
- Barrier, P. (2008). L'autonormativité du patient chronique : un concept novateur pour la relation de soin et l'éducation thérapeutique. *Association ALTER, European Journal of Disability Research 2. Publié par Elsevier Masson SAS*, 271-291.
- Barrier, P. (2012). Eclairage sur les processus d'auto-normativité dans la démarche d'accompagnement et d'éducation des équipes soignantes. *Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)*, 3(110), 7-12.
- Barth, B. M. (1985). Jérôme Bruner et l'innovation pédagogique. *Communication & Langages*, 66(1), 46-58.
- Barthe, B., & Queinnec, Y. (1999). Terminologie et perspectives d'analyse du travail collectif en ergonomie. *L'année psychologique*, 99(4), 663-686.
- Baudrillard, J. (1968). *Le système des objets*. Paris : Éditions Gallimard.
- Beguín, P., & Clot, Y. (2004). L'action située dans le développement de l'activité. *@ctivités*, 1 (2), 27-49.
- Berthou, B., & Marchand, C. (2010). *Les cartes cognitives : quelles utilisations en soins infirmiers ?* Recherches en soins infirmiers, 101, 28-41.
- Berthoz, A. (2013). *La décision*. Paris, Odile Jacob.
- Berzin, C. (2001). Interactions de tutelle, développement et apprentissages. *Carrefours de l'éducation*, (1), 120-147.
- Bessonnat, D. (1988). Le découpage en paragraphes et ses fonctions. *Pratiques*, 57, 81-105
- Bidet, A., Quéré, L., & Truc, G. (2011). *Ce à quoi nous tenons. Dewey et la formation des valeurs*. Paris, La Découverte, Introduction à John Dewey, 5-64
- Blain, H., Bloch, F., Borel, L., Dargent-Molina, P., Gauvain, J. B., Hewson, D., & Rolland, Y. (2015). Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. *HAL Id : inserm-02102899, version 1*.
- Blancart, P. (1996). Compétences à l'œuvre dans l'exercice du tutorat. *Recherche & Formation*, 22, 115-126.
- Blandin, P. (2009). *De la protection de la nature au pilotage de la biodiversité*. Versailles, Quae.
- Boisdequin, M. (2013). L'apport original de la kinésithérapie analytique dans le traitement de la lombalgie commune. *Kinésithérapie Scientifique*; 542, 34-38.
- Bolle De Bal, M. (2003). Reliance, déliance, liance : émergence de trois notions sociologiques. *Sociétés*, 2(80), 99-131.
- Boudier, F., Bensebaa, F., & Jablanczy, A ; (2012). L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. *Innovations*, 3(39), 13-25.
- Bourdieu, P. (1977). Remarques provisoires sur la perception sociale du corps. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 14(1), 51-54.

- Bourget, A. (2013). Explicitation du raisonnement clinique : méthodologie novatrice menant à l'identification de deux étapes de développement au cours des 12 mois entourant la fin de la formation préclinique et le début de la formation clinique d'étudiants en médecine. *Recherches Qualitatives*, 32(2), 320-345.
- Braillard, O., Gastaldi, G., Favrod-Coune, T., & Santos Bragança, A.dos. (2017). Prise en charge thérapeutique du diabète de type 2. *Hôpitaux Universitaires Genève. Département de médecine communautaire, de Premier recours et des urgences*, 1-15.
- Candau, J., & Halloy, A. (2012). Autour du geste : Entretien avec le professeur Alain Berthoz. *Anthropologie et Sociétés*, 36(3), 27-56.
- Candau, J. & Halloy, A. (2012). Autour du geste : entretien avec le Professeur Alain Berthoz (Collège de France). *Anthropologie et Sociétés*, 36(3), 27-56.
- Canguilhem, G. (2002). *Écrits sur la médecine*. Paris, Éditions du Seuil.
- Canguilhem, G. (2005). *Le normal et le pathologique*. Paris, PUF.
- Cazabon, L., Casillas, J.M., Ader, P., Grumler, B., Lothe, M, Dulieu V. (2005). Appareillage précoce par manchon silicone avec attache terminale après amputation vasculaire sous le genou : évaluation par score de marche du devenir fonctionnel. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 48, 118-125.
- Chambouleyron, M., Lasserre-Moutet, A., Vanistendael, S., Lager, G., & Golay, A. (2007). Un nouveau programme en éducation thérapeutique: former des soignants pour favoriser la résilience des patients. *Pédagogie médicale*, 8(4), 199-206.
- Charbonnier, P., Kreplak, Y. (2012). Savoirs écologiques. *Tracés. Revue des sciences humaines*, 22, 1-14.
- Charmillot, M., & Dayer, C. (2007). Démarche compréhensive et méthodes qualitatives: clarifications épistémologiques. *Recherches qualitatives*, 3, 126-139.
- Cottin, Y., Lorgis, L., Gudjoncik, A., Buffet, P., Brulliard, C., Hachet, O., & Zeller, M. (2012). Observance aux traitements: concepts et déterminants. *Archives of Cardiovascular Diseases Supplements*, 4(4), 291-298.
- Crismer, A., Belche, J-I., & Van der Vennet, J-I. (2016). Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne. *Santé Publique*, 28, 375-379.
- Croisille, B. (2017). *Les souvenirs flashes : un instantanée photographique*. HappyNeuron : Grenade.
- Cuisinier, F., & Pons, f. (2012). Émotions et cognition en classe. *HAL Id: hal-00749604*.
- Dagognet, F. (2008). *Le corps*. Paris : PUF.
- Damasio, A R. (2010). *L'Erreur de Descartes*. Paris, Odile Jacob.
- Daviet, JC., Dudognon, PJ., Salle, JY., Munoz, M., Lissandre, JP., Rebeyrotte, I., & Borie, MJ. (2002). Rééducation des accidentés vasculaires cérébraux. Bilan et prise en charge. *Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, 26-455-A-10, 24 p.
- Dehaene, S. (2014). *Le code de la conscience*. Paris ; Édition Odile Jacob.
- Delcey, M. (2002). Notion de situation de handicap (moteur). Les classifications internationales des handicaps. *Déficiences motrices et situations de handicaps, Éditions APF*.

- Denis, M., & Dubois, D. (1976). La représentation cognitive : quelques modèles récents. *L'année psychologique*, 76(2), 541-562.
- Dewey, J. (2012). *Expérience et nature*. Paris : Éditions Gallimard.
- Dewey, J. (2012). Le postulat de l'empirisme immédiat. *Critique*, 787, 1014-1025.
- Donzé, P. (2014). Massage neural® et douleurs pelvi-périnéales. *Profession Kiné*, 45, 9-13.
- Dumez, H. (2013). Qu'est-ce que la recherche qualitative ? Problèmes épistémologiques, méthodologiques et théorisation. *Annales des Mines – Gérer et comprendre*, 2(112), 49-42.
- Dumez, V. (2013). La perspective du "patient partenaire" : une nécessité pour le futur en éducation des sciences de la santé. Bruxelles, *De Boeck Supérieur s.a.*, 363-366.
- Durand, M., Ria, L., & Veynures, P. (2010). Analyse du travail et formation : un programme de recherche empirique et technologique portant sur la signification et l'organisation de l'activité des enseignants. *Presses de l'Université de Laval, Québec*, 17-40.
- Dury, P. (1999). Étude comparative et diachronique des concepts écosystème et écosystème. *Meta: journal des traducteurs/Meta: Translators' Journal*, 44(3), 485-499.
- Durieu, I., Reynaud, Q., & Moumjid, N. (2018). Quelle place pour la décision médicale partagée en médecine interne ? *Rev Med Interne*.
- Dutriaux, L., & Gyselinck. (2016). Cognition incarnée : un point de vue sur les représentations spatiales. *L'Année Psychologique*, 116(2), 419-465.
- Durkheim, E., 2007 [1893]. *De la division du travail social*. Paris, PUF.
- Engeström, Y. (2010). Activity Theory And Learning At Work. *SAGE Publications. In M. Malloch, The SAGE Handbook of Workplace Learning*, 74-89.
- Ferracci, E. (2010). Transmettre la science médicale: compilations et recueils d'aphorismes dans le corpus hippocratique. *Bulletin de l'association Guillaume Budé*, 1, 83-105.
- Filippi Maryline, Pierre Emmanuel, Torre André. (1996). Études empiriques - Quelles approches économiques pour la notion de réseau ? Contenus théoriques et dimensions opérationnelles. *Revue d'économie industrielle*, 77, 87-98.
- Filliettaz, L. (2018). Le rôle des usagers dans la formation aux métiers de services à l'aune des interactions tutorales. *Revue Française de sciences sociales*, 141, 45-66.
- Flipo, F. (2005). Pour une écologisation du concept de capabilité d'Amartya Sen. *Natures sciences sociétés*, 13(1), 68-75.
- Foucault, M. (2008 [1954]). *Maladie mentale et psychologie*. Paris, PUF.
- Fougeyrollas, P. (1986). Processus de production du handicap et lutte pour l'autonomie des personnes handicapées. *Anthropologie et Sociétés*, 10(2), 183-186.
- Fraix, D. V. (2005). Orientation diagnostique devant un trouble de la marche et de l'équilibre. *Corpus Médical – Faculté de Médecine de Grenoble*, 340.

- French, S., Cameron, M., Walker, B., Reggers, J., & Esteman, A. (2007). Réduction par la thérapie enveloppante de la douleur et de l'incapacité au cours des phases précoces de la lombalgie. *Kinésithérapie la Revue*, 7(63), 13-14.
- Gagnon, J. H. (1999). Les usages explicites et implicites de la perspective des scripts dans les recherches sur la sexualité. *Actes de la recherche en sciences sociales. Sur la sexualité*, 128, 73-79.
- Galligani, S. (2000). De l'entretien au récit de vie. *Écarts d'identité*, 92, 21-24.
- Galperine, P. (1980). Essai sur la formation par étapes des actions et des concepts In TALYZINA N. *De l'enseignement programmé à la programmation des connaissances*. Lille: Presses Universitaires de Lille.
- Gana, K., & Brechenmacher, N. (2001). Structure latente et validité de la version française du Self-Monitoring Scale: échelle de monitoring de soi//Latent, structure and validity of the french version of the self-monitoring scale. *L'Année psychologique*, 101(3), 393-420.
- Garnier, M., Delamare, V., & Delamare, J. (1998). Dictionnaire des termes de médecine-25e éd. Paris: Maloine.
- Gedda M. (2013) Atelier de décision kinésithérapique : un espace de progression collective. *Kinesither Rev*, 241, 5 p.
- Glikman, V. (2000). Fonction tuteur? Du vocabulaire aux modèles de mise en œuvre. *Chantiers, publics et métiers de l'enseignement à distance au seuil de l'an 2000. Actes des Deuxièmes entretiens internationaux sur l'enseignement à distance des 1er et 2 décembre 1999*, 2, 375-378.
- Glize, B., Jacquin-Courtois, S., & Rode, G. (2012). L'épaule du patient hémiparalysé. *La lettre du rhumatologue*, 386, 14-17.
- Godefroy, O., Jeannerod, M., Allain, P., & Le Gall, D. (2008). Lobe frontal, fonctions exécutives et contrôle cognitif: Frontal lobe, executive functions and cognitive control. *Revue neurologique*, 164, 119-127.
- Goffinet, S. (2008). Les amnésies psychiques. *SFMU, urgences*, 51-65.
- Grenier, C. (2004). La discussion de cas de patient dans la structuration des activités d'un réseau de santé. *CNAM. Séminaire de recherche « La coproduction de soins »*, 1-18.
- Guérin, J., & Zeitler, A. (2015). La construction de l'expérience d'une malade diabétique dans un réseau d'éducation thérapeutique. *Penser l'expérience du soin et de la maladie*, 181-201.
- Gueullette, J-M. (2013). Une fragilité différente selon les professions de santé. *Éditions Albin Michel, Paris*, 241, 151-165.
- Guillemette, F., & Luckerhoff, J. (2009). L'induction en méthodologie de la théorisation enracinée (MTE). *Recherches qualitatives*, 28(2), 4-21.
- Haute Autorité de Santé (HAS) (2013). *Patient et professionnels de santé : décider ensemble Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée »* État des lieux. Paris.

Haute Autorité de Santé (HAS) (2018). *Éléments pour élaborer une aide à la prise de décision partagée entre patient et professionnel de santé*. Recommandation de bonne pratique.

Haute Autorité de Santé (HAS) (2019). *Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune*. Recommandation de bonne pratique.

Haute Autorité de Santé (HAS) (2019). *Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune*. Fiche mémo.

Hegel, G.W.F. (1993). *Phénoménologie de l'Esprit*. Paris : Éditions Gallimard

Hert, P. (2014). Le corps du savoir: qualifier le savoir incarné du terrain. *Études de communication. Langages, information, médiations*, (42), 29-46.

Hervouet, L., Alla, F., & Affret, A. (2019). *Objet de la recherche: Etat des lieux de l'accompagnement des aidants par les professionnels de santé*. C. H. U. de Bordeaux.

Hesbeen, W. (2012). *Penser le soin en réadaptation*. Paris, Éditions Seli Arslan.

Heshema, G. (2014). *Situation sociale de développement et interactions entre jeunes en difficulté et formateurs: vers une approche de didactique socio-professionnelle* (Doctoral dissertation, Université de Strasbourg).

Ingold, T. (2013). *Marcher avec les dragons*. Paris, Éditions Points, Zones sensibles.

Innocent-Mutel, D. (2015). Place du psychomotricien dans la prévention de la chute du sujet âgé. © *Les entretiens de Bichat*, 1-8.

Isselbacher, K J., Braunwald, E., Wilson, J D., Martin, J B., Fauci, A., Kasper, D L. (1995). *La pratique médicale*. Harrison. Paris, Médecine interne. Arnette S.A, 1-6.

Jarczy, G., & Labarriere, P-J. (1993). *Phénoménologie de l'Esprit*. Éditions Gallimard ; Paris, note 13, p 669.

Jouquan, J., Parent, F., & Audétat, M-C. (2013). Des analogies entre le raisonnement médical et l'évaluation formative. *Revue française de linguistique appliquée*, 23(1), 93-106.

Jourdan, C. (2016). Un processus lent et complexe qui doit être coordonné. *La revue du praticien*, Vol. 66, 6-12.

Kunégel, P. (2011). *Les maîtres d'apprentissages*. Paris, L'Harmattan.

Kushtanina, V., Chamahian, A., Balard, F. & Caradec, V. (2017). *Expériences croisées face à l'épreuve de la maladie d'Alzheimer. Quand personnes malades et proches dessinent des trajectoires d'accompagnement contrastées*. *Enfances, Familles, Générations*, (28).

Leemann, B., & Schnider, A. (2009). Douleurs suite à un accident vasculaire cérébral. *Schweizer archiv für neurologie und psychiatrie*, 160(6), 235-239.

Lefevre, G., Garcia, A., & Namolovan, L. (2009). Les indicateurs de développement professionnel. *Questions vives. Recherches en éducation*, 5(11), 277-314.

Le Floc'h, É., & Aronson, J. (1995). Écologie de la restauration. Définition de quelques concepts de base. *Natures Sciences Sociétés*, 3, s29-s35.

Leplat, J. (1995). À propos des compétences incorporées. *Education permanente*, 123(2), 101-114.

- Leplat, J. (2002). De l'étude de cas à l'analyse de l'activité. *Pistes*, 4(2), 1-31.
- Leontiev, A. (1976 [1972]). *Le développement du psychisme*. Paris, Éditions sociales.
- Leontiev, A. (1984 [1975]). *Activité Conscience Personnalité*. Moscou, Éditions du progrès.
- Livet, P. (2005). *Qu'est-ce qu'une action ?* Paris, Librairie philosophique J. Vrin.
- Lefevre, G., Garcia, A., & Namolovan, L. (2009). Les indicateurs de développement professionnel. *Questions vives*, 15(11), 277-314.
- Levasseur, M. (2001). Perception de l'état de santé. *La santé et le bien-être*, 259.
- Les neurologues du groupe Pitié-Salpêtrière (2000-2001). *Sémiologie-neurologie*. Chapitre 4 Sémiologie cognitive. *Médecine Sorbonne Université*.
- Masson, M. (2011). *Rééducation des processus attentionnels: approche sur simulateur de conduite: application au traumatisme crânien et au vieillissement normal* (Doctoral dissertation, Université Claude Bernard-Lyon I).
- Mayen, P. (2007). *Quelques repères pour analyser les situations dans lesquelles le travail consiste à agir pour et avec un autre*. *Recherches en Éducation*, n°4, 51-64.
- Mayen, P. (2009). Conditions et processus de réduction de l'expérience tout au long du parcours de VAE. *Céreq*, 99-108.
- Mayen, P. (2012). Les situations professionnelles : un point de vue de didactique professionnelle. *Phronesis*, 1(1), 59–67.
- Mayen, P. (2017). *Agir en fonction de ce qui n'est pas là*. *Questions Vives Recherches en éducation*, n° 27, 1-18.
- Mayen, P. (2017). L'ignorance et la dépendance, facteurs d'apprentissage dans les interactions de tutelle au travail. *Recherche formation*, (1), 9-23.
- Mayen, P., & Olry, P. (2012). Expérience du travail et développement pour de jeunes adultes en formation professionnelle. *Recherche et formation*, (70), 91-106.
- Mayen, P., Métral, J. F., & Tourmen, C. (2010). Les situations de travail. Références pour les référentiels. *Recherche et formation*, (64), 31-46.
- Manckoundia P, Ntari Soungui E, Tavernier-Vidal B, & Mourey F. (2014). *Syndrome de désadaptation psychomotrice*. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*; 12(1) : 94-100.
- Mauss, M. (1995). *Sociologie et anthropologie*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Menahem, R. (1972). L'horizon temporel: une épreuve de représentations spatiales d'évaluation de durées. *L'Année psychologique*, 72(1), 53-64.
- Ménoret, M. (2013). *Bases neuronales des interactions sociales non-verbales: implication du système moteur & hyperscanning* (Doctoral dissertation, Université Claude Bernard-Lyon I).
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris, Éditions Gallimard.
- Minot, J-C., & Frattini, M-O. (2007). Les soins palliatifs en France : « mettre en pratiques » une politique de santé. *Revue Française des Affaires Sociales*, (2), 137-156.

- Miranda, M. A. (2012). L'intégration entre gestes et prosodie: une vision incarnée. *Cahiers de linguistique française*, (30), 181-196.
- Micoulaud-Franchi, J-A., Amad, A., Geoffroy, Pierre A., Fovet, T., & Quiles, Cl. (2016). Le concept de syndrome, en tant que construction didactique pertinente. *Pédagogie Médicale*; 17(4), 269–272.
- Mijiyawa, M (2001). La rédaction médicale : le style scientifique. *African Journal of Neurological Sciences*, (20), n°1.
- Mondada, L. (2005). Espace, langage, interaction et cognition: une introduction. *Intellectica*, 41(2), 7-23.
- Monnin, D. (2016). Le massage peut avoir un effet positif sur les douleurs lombaires. *Kinesither Rev*, 16(174), 59–61.
- Mormiche, P., & Boissonnat, V. (2003). Handicap et inégalités sociales: premiers apports de l'enquête «Handicaps, incapacités, dépendance». *Revue française des affaires sociales*, (1), 267-285.
- Mouchet, A. (2016). *Comprendre l'activité en situation : articuler l'action et la verbalisation de l'action*. L'Harmattan, Savoirs n°40, 9-70.
- Mouchet, A. (2016). Comprendre l'activité en situation: articuler l'action et la verbalisation de l'action. *Savoirs*, (1), 9-70.
- Mougeot, F., Robelet, M., Rambaud, C., Occelli, P., Buchet-Poyau, K., Touzet, S., & Michel, P. (2018). *L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France: une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique*. Santé publique, 30(1), 73-81.
- Mourey, F. (2012). Syndrome de désadaptation psychomotrice. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, (55), e265.
- Naccache, L. (2009). *Le nouvel inconscient*. Paris : Odile Jacob.
- Nendaz, M., Charlin, B., Leblanc, V., & Bordage G. (2005). *Le raisonnement clinique : données issues de la recherche et implications pour l'enseignement*. Pédagogie Médicale ; 6, 235-254.
- Nguyen, VH. (2009). Posture et notion d'espace restreint chez le patient cérébrolésé. *Kinesithérapie Revue*, (95), 30-34.
- Nisand, M. (2013). Plaidoyer pour une physiothérapie limbique. *Mains Libres*, (8), 301-310.
- Noyau, C. (2002). Les choix de formulation dans la représentation textuelle d'événements complexes: gammes de récits. *Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé*, 2, 33-44.
- Olivier de Sardan, J. P. (1995). La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie. *Enquête. Archives de la revue Enquête*, (1), 71-109.
- Olry, P., & Rothier-Bautzer, É. (2003). Diagnostic kinésithérapique: les conditions d'une coproduction. *Recherche & formation*, 42(1), 35-50.

- Olry, P., Lang, N., & Froissart, M. T. (2005). Distance thérapeutique et corps à corps. L'exemple du traitement de la douleur en masso-kinésithérapie. *Éducation permanente*, (165), 4.
- Olry, P. (2009). L'expérience du travail comme indicateur de développement. *Recherches en éducation*, 5(11), 193-207.
- Olry, P., & Vidal-Gomel, C. (2011). Conception de formation professionnelle continue : tensions croisées et apport de l'ergonomie, de la didactique professionnelle et des pratiques de l'ingénierie. *Activités*, 8(2), 115-149.
- Olry, P. (2012). La situation professionnelle: entre invariance et perspective? *Phronésis*, 1(1), 68-84.
- Olry, P. (2015). *Le soin kinésithérapique : une coproduction entre geste et parole*. Penser l'expérience du soin et de la maladie. Une approche par l'activité. De Boeck Supérieur s.a ; Louvain-la-Neuve, 55-93.
- Oppenheim-Gluckman, H., Fayol, P., De Collasson, P., Dumond, J. J., & Azouvi, P. (2003, January). Psychopathologie de la méconnaissance des troubles cognitifs et comportementaux des traumatisés crâniens sévères. *Annales de réadaptation et de médecine physique, Elsevier Masson*, 46(1), 41-48.
- Organisation mondiale de la Santé. (2000). Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. CIH-2, projet final.
- Owen, C. (2008). *Analyser le travail conjoint entre différents systèmes d'activité*. *Activités*, 5(2), 70-89.
- Pachoud, B., & Zalla, T. (2000). *Enjeux et significations du "retour de la conscience" en science cognitives*. *Intellectica*, 2(31), 9-34.
- Paquette, G. (1996). *La modélisation par objets typés – une méthode de représentation pour les systèmes d'apprentissage et d'aide à la tâche*. Sciences et Technique Educatives, Hermes, 3(1), 9-42.
- Pastré, P. (2002). L'analyse du travail en didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*, (138), 9-17.
- Pastré, P. (1994). Variations sur le développement des adultes et leurs représentations. *Éducation permanente*, 2(119), 33-63.
- Pastré, P. (2001). *La didactique professionnelle*. Paris : PUF.
- Pastré, P. (2005). *Genèse et identité*. Octares, Toulouse, dans : Modèles du sujet pour la conception, dialectiques, activités, développement. (Coll. Travail et activité humaine), 231-260.
- Pastré, P. (2006). Apprendre à faire. PUF, *Apprendre et faire apprendre*, 109-121.
- Pastré, P., Mayen, P., & Vergnaud, G. (2006). *La didactique professionnelle*. Revue française de pédagogie n°154, ENS Éditions, 145-198.
- Pastré, P. (2007). *Quelques réflexions sur l'organisation de l'activité enseignante*. ESN éditions, Recherche et formation, (56), 84-85.
- Patte, D. (1998). *Les enjeux de la coordination*. Actualité et dossier en santé publique, (28), 15-19.

- Payen, J. F. (2002). Bases physiopathologiques et évaluation de la douleur (65). *Corpus Médical-Faculté de médecine de Grenoble*.
- Penelaud, O. (2010). *Le paradigme de l'énaction aujourd'hui*. *PLASTIR*, 18(1), 1-38.
- Peskine, A., Chevignard, M., Picq, C., & Pradat-Diehl, P. (2006). Évaluation des troubles comportementaux dans le cadre d'un syndrome dysexécutif. In *Évaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne*. Springer, Paris, 67-72.
- Pérennou, D., El Fatimi, A., Masmoudi, M., Benaim, C., Loigerot, M., Didier, J.P., & Pélissier, J. (2005). *Incidence, circonstances et conséquences des chutes chez les patients en rééducation après un premier accident vasculaire cérébral*. *Annales de réadaptation et de médecine physique* 48, 138–145.
- Pétre, B., Scholtes, B., Voz, B., Ortiz Halabi, I., Gillain, N., Husson, E., ... & Bragard, I. (2018). *L'approche patient partenaire de soins en question*. *Revue Médicale de Liège*, 73(12), 620-625.
- Pignon, L. (2017). Épaule hémiplegique douloureuse : facteurs mécaniques. *Kinésithérapie Revue*, 17(182), 4-8.
- Piot, T. (2018). Le rôle déterminant et méconnu des conversations soignant-patient au cœur des interactions de soin. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, (39), 13-31.
- Pons, F., & Doudin, P. A. (2001). 2.7. La conscience: de Piaget aux sciences cognitives contemporaines. *Intellectica*, 33(2), 125-143.
- Proust, J. (2000). *Pour une théorie "motrice" de la simulation*. *Psychologie Française*, Elsevier Masson, 45(4), 295-306.
- Pršir, T. (2012). L'étude du discours représenté dans le cadre de l'intégration expérientielle. *Nouveau Cahiers de la Linguistique Française*, 30, 197-212.
- Quéré, L. (1991). D'un modèle épistémologique de la communication à un modèle praxéologique. *Réseaux. Communication-Technologie-Société*, 9(46), 69-90.
- Quéré, I., Carpentier, P., & Sandrin-Berthon, B. (2007). L'éducation thérapeutique des artéritiques. *Sang Thrombose Vaisseaux*, 19(10), 543-547.
- Quéré, L. (1997). La situation toujours négligée? *Réseaux. Communication-Technologie-Société*, 15(85), 163-192.
- Quéré, L. (1992). L'espace public: de la théorie politique à la métathéorie sociologique. *Quaderni*, 18(1), 75-92.
- Quéré, L. (2004). Il faut sauver les phénomènes! Mais comment? *Espace Temps*, 84(1), 24-37.
- Quéré, L. (2006). L'environnement comme partenaire. *Sujets, activités, environnements. Approches transverses*, 7-29.
- Rabardel, P. (1995). *Les hommes et les technologies; approche cognitive des instruments contemporains*. Paris : Armand Colin.
- Rabardel, P., & Samurçay, R. (2006). De l'apprentissage par les artefacts à l'apprentissage médiatisé par les instruments. *Sujets, activités, environnements. Approches transversales*, 31-60.
- Restrepo, G. (2014). *Émotion, cognition et action motivée: une nouvelle vision de la neuroéducation*. *Neuroéducation*, 3(1), 9-17.

- Revuz, J., Jemec, G.B., Leyden, J. (2008). *Nosologie et classification*. In: Hidradénite suppurée. Springer, Paris.
- Ricoeur, P. (1986). *Du texte à l'action*. Paris : Éditions du Seuil.
- Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Éditions du Seuil.
- Rochex, J. Y. (1997). Note de synthèse. *Revue française de pédagogie*, 120(1), 105-147.
- Rogalski, J. (2004). La didactique professionnelle: une alternative aux approches de «cognition située» et «cognitivist» en psychologie des acquisitions. *Activités*, 1(1-2).
- Rothier-Bautzer, E. (1998). Le rôle des objets dans le cadrage de l'activité pédagogique: Pour une analyse contextualisée de la difficulté scolaire. *Revue française de pédagogie*, 81-89.
- Bautzer, É. R. (2002). Pratiques soignantes en mutation: de la lutte contre la maladie à la collaboration avec le patient. *Revue française de pédagogie*, 39-50.
- Rothier Bautzer, É. (2014). Rendre possible l'autonomisation, «sale boulot relationnel» ou care? *Recherche et formation*, (76), 9-18.
- Rothier Bautzer, E. (2017). *Guérir une maladie ou « prendre soin » d'une personne ?* Phronesis, 6(3), 14–23.
- Rosenthal, V. (2004). *Perception comme anticipation: vie perceptive et microgenèse*. L'anticipation à l'horizon du présent.
- Saich, F., & Szekely, C. (2011). *Les facteurs impliqués dans les chutes des personnes âgées*. *Revue générale*, 1-6.
- Salvador, L. L. (1993). Pour un relativisme interactionniste conséquent: de Piaget à Darwin et retour. *Intellectica*, 16(1), 101-131.
- Salvador, L. (2009). Le schème comme instance du sens. *Archives de Psychologie*, (74), 123-152.
- Savoyant, A. (1979). *Éléments d'un cadre d'analyse de l'activité : quelques conceptions essentielles de la psychologie soviétique*. Cahiers de Psychologie, 22, 17-28.
- Savoyant, A. (2006). Tâche, activité et formation des actions de travail. *Education permanente*, (166).
- Schaller, P., & Gaspoz, J. M. (2008). Continuité, coordination, intégration des soins: entre théorie et pratique. *Revue médicale suisse*, 4(172), 2034-2039.
- Scheen, A. (2013). La vignette diagnostique de l'étudiant. L'anamnèse médicale, étape initiale capitale pour l'orientation diagnostique. *Revue Médicale de Liège*, 68(11), 599-603.
- Scheen, A.J. (2016). *La vignette diagnostique de l'étudiant. L'importance du facteur temps et de la chronologie des événements dans l'anamnèse médicale*, *Revue Médicale de Liège*; 71(3), 161-164.
- Schlumpf, U., & Mariacher, S. (2002). Arthrose. Physiothérapie: quand, laquelle, combien de fois? *Forum Médical Suisse, EMH Media*, 2(24), 581-584.
- Schurmans, M-N., & Charmillot, M. (2010). *Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance*.

- Sémiologie. (1999). *Dictionnaire des termes de médecine*. Paris : Maloine
- Simondon, G. (2012). *Du mode d'existence des objets technique*. Paris : Aubier.
- Sonntag, M. (2002). Le schéma d'action : outil de figuration des représentations dans l'analyse des pratiques professionnelles. *Revue Française de Pédagogie*, 138, 29-38.
- Sugaya, N. (2015). *Classer la vie : la taxinomie aux prises avec le corps dans le dossier médical de Bouvard et Pécuchet*. *Revue critique et génétique*, n°13. Repéré à <http://journals.openedition.org/flaubert/2428>
- Terrier, P., Glaus, M., & Rauffet, E. (2017). *Biomimétisme : outils pour une démarche éco innovante en ingénierie* », *Vertigo - la revue électronique en sciences de l'environnement*.
- Theureau, J. (2004). L'hypothèse de la cognition (ou action) située et la tradition d'analyse du travail de l'ergonomie de langue française. *Activités*, 1(1-2).
- Thievenaz, J. (2018). Les situations d'apprentissages réciproques (le cas de la consultation médicale). *Les dossiers des sciences de l'éducation*, (39), 131-150.
- Thievenaz, J., Broussal, D. (2018). Apprendre des interactions de soin. *Presses universitaires du Midi, Université de Toulouse*, 7-11.
- Tourette Turgis, C. (2015). Les patients experts et les soignants, vers des relations de réciprocité. *SOiNS*, 796, 37-39.
- Tourmen, C. (2014). *Usages de la didactique professionnelle en formation : principes et évolutions*. *Revue-savoirs*, 3(26), 9-40.
- Tronto, JC. (2008) ; Du care. *La Découverte « Revue du MAUSS »* (2)32, 243-265.
- Tüscher, A. (2004). *Échappée visuelle : l'horizon pour connaître, l'horizontal pour agir*.
- Vallat-Azouvi, C., & Chardin-Lafont, M. (2012). Les troubles neuropsychologiques des traumatisés crâniens graves. *L'information psychiatrique*, 88(5), 365-373.
- Vallée, P. (2015). *Estimation du risque de chute suite à une perturbation d'équilibre* (Doctoral dissertation). Mécanique [physics.med-ph]. Université Claude Bernard-Lyon I.
- Vannotti, M. (2002). L'empathie dans la relation médecin-patient. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseau*. 2(29), 213-237.
- Venturini, P. (2012). Action, activité, « agir » conjoints en didactique : discussion théorique. *Éducation et didactique*, 6(1), 126-136.
- Vergnaud, G. (2013). Qu'est-ce que la pensée ? *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 3(63), 277-299.
- Villeneuve, P. Y. (1985). Géographie de la perception et méthode dialectique. *Cahiers de géographie du Québec*, 29(77), 241-260.
- Vinatier, I. & Pastré, P. (2007). Organismes de la pratique et /ou de l'activité enseignante. *Recherche et formation*. ENS Éditions, 95-108.
- Viñas, J M (1998). L'avènement des réseaux. De la tuberculose aux ordonnances de 1996. *Adsp actualité et dossier en santé publique*, 24, 13-14
- Vinter, A., & Perruchet, P. (2008). La conscience auto-organisatrice. *L'année psychologique*, 108(1), 79-105.

- Vygotski, L. (1997). *Pensée et langage*. Paris : La Dispute.
- Wallon, H. (1959). Les milieux, les groupes et la psychogénèse de l'enfant. *Cahiers internationaux de sociologie. Enfance, Psychologie et Education de l'Enfance*, 12(3-4), 287-296.
- Wicky, G. (2005). De l'autopagnosie à un modèle de représentations des connaissances du corps. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 156, 196-202.
- Wisniewski, J. (2007). Apprendre en perspective: chasse, intentionnalité et mimésis chez les chasseurs inupiaq du nord-ouest alaskien. *Ethnographiques.org*, 13.
- Yelnik, A. (2005). Évolutions des concepts en rééducation du patient hémiplégique. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 48, 270–277.
- Yelnik, A.-P., Bonan, I.-V., Simon, O., & Gellez-Leman, M.-C. (2008). Rééducation après accident vasculaire cérébral. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Neurologie, 17-046-U-10*, 1-15.
- Zacklad, M. (2003). Un cadre théorique pour guider la conception des collecticiels dans les situations de coopération structurellement ouvertes. *Psychologie Sociale Appliquée, Economie Médias Nouvelles Technologies. InPress: Paris*, 135-164.
- Zackzyk, A. (2016). Nouvelle définition de la masso-kinésithérapie et de son exercice illégal. *ActuKiné*.
- Zeitler, A., & Barbier, J.-M. (2012). La notion d'expérience, entre langage savant et langage ordinaire. *Recherche & Formation*, 70, 107-118.
- Zielinski, A. (2009). Le libre choix. De l'autonomie rêvée à l'attention aux capacités. *Gérontologie et société*, 32(4), 11-24.
- Zouinar, M., Cahour, B. (2013). Activité et Expérience vécue : quels liens ? *Activités humaines, Technologies et Bien-être Epique*.
- Weill-Fassina, A., & Pastré, P. (2004). Les compétences professionnelles et leur développement. *Ergonomie*, 213-231.

# ANNEXES

Table des annexes

Figures

Études de cas

Chacune des études de cas comprend une annexe dont la composition est la suivante :

La composition de l'extrait par le schème d'enquête exploration

Les objets de savoirs/connaissances potentiellement mobilisés/mobilisables par le stagiaire pour la mise en travail de l'objet du soin

Le schème d'enquête explorations et sa mise en correspondance avec la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé

Les autres cycles d'expérimentation de l'étude de cas en rapport avec les horizons des soins et des donations.

Figures

Figure A : Explorations des champs cliniques et thérapeutiques

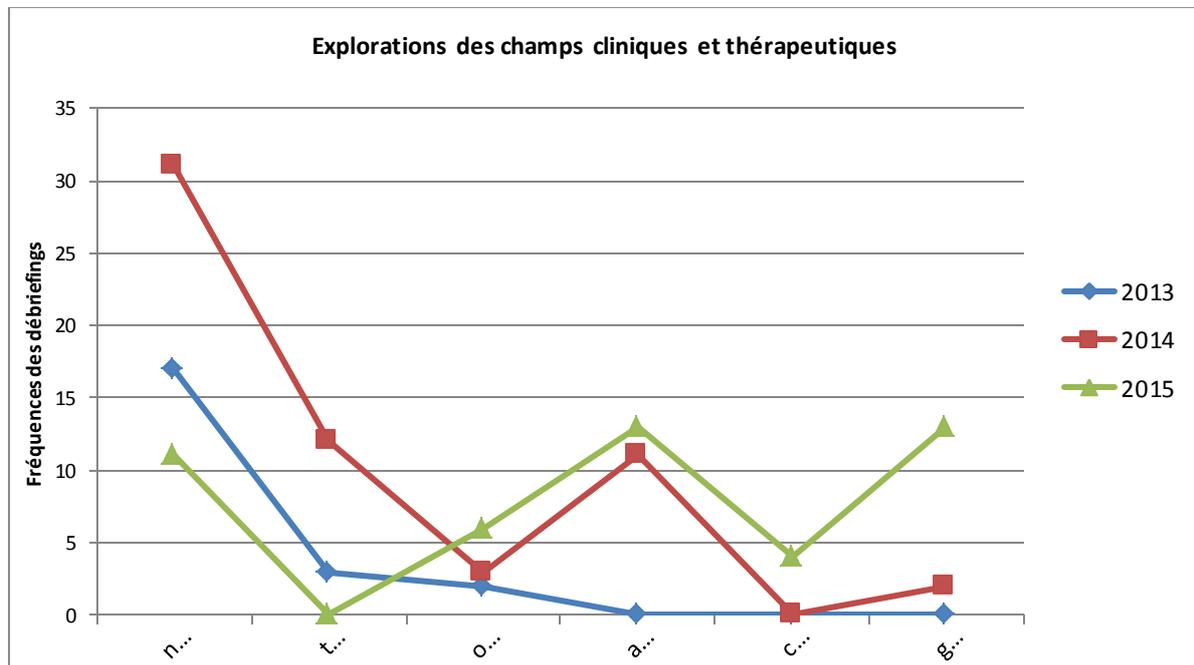


Figure B : Débriefings stagiaires par filière métier

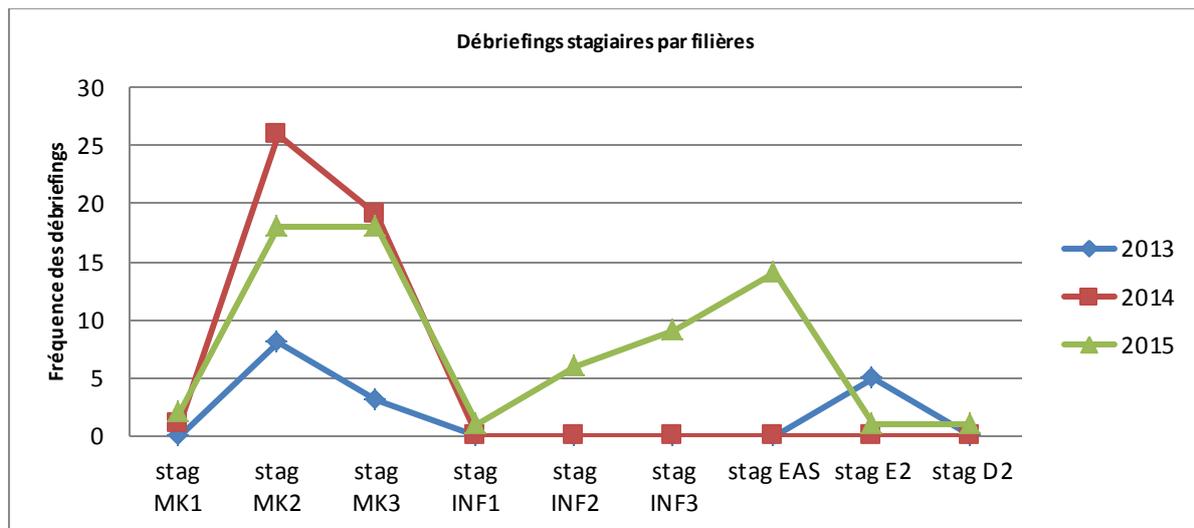
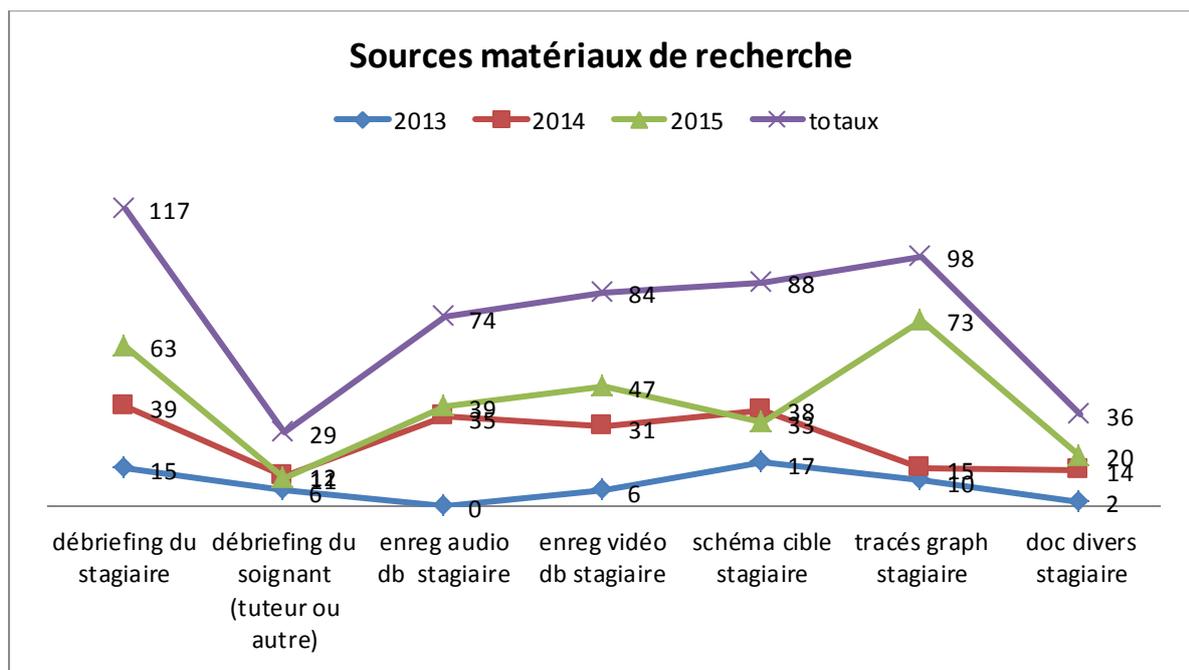


Figure C : Sources matériaux de recherche



## L'étude de cas n°1

### La composition de l'extrait vue par le schème d'action

Tableau 69 : Une décomposition du schème d'action n°1

Les buts et l'O.C.P.	Les composants du schème d'action			Le récit
	Théorème en acte / Règle d'action	Concepts en acte	Possibilités d'inférences	
<p>Traiter l'hémicorps droit par le massage et la mobilisation articulaire avec une visée antalgique sur l'épaule droite</p> <p>Schéma 1 → <b>OCP 1: Les articulations de l'hémicorps droit</b></p>	<p>Théorème en acte / Règles d'action: SCH1 T1/R1 « à partir de là / j'ai développé mes moyens » SCH1 T2/R2 « donc la mobilisation du membre supérieur et inférieur, donc toutes les articulations pour le premier (<i>des objectifs</i>) » SCH1 T3/ R3 « là massage de l'épaule et de la mobilisation, massage de l'épaule droite et mobilisation infra douloureuse » SCH1 T4/R4 « et des étirements notamment du grand pectoral » SCH1 T5/R5 « cela c'est pour le travail antalgique de l'épaule droite »</p>	<p>Concepts en acte :</p> <p>CAct1 → planifier CAct2 → mobiliser CAct3 → Le soin infra douloureux CAct4 → Étirer CAct5 → Diminuer la douleur</p>	<p><b>Les indices :</b> SCH1 INF1 : « à partir de là » SCH1 INF2 : « j'ai développé mes moyens » SCH1 INF 3 : « donc la mobilisation » SCH1 INF4 : « du membre supérieur et inférieur » SCH1 INF5 « donc toutes les articulations » SCH1 INF6 : « pour le premier (<i>des objectifs</i>) » SCH1 INF7 : « lag, massage » SCH1 INF8 « de l'épaule » SCH1 INF 9 : « et de la mobilisation, massage » SCH1 INF 10 : « de l'épaule droite » SCH1 INF 11 : « et mobilisation infra douloureuse » SCH1 INF12 : « et des étirements » SCH1 INF13 : « notamment du grand pectoral » SCH1 INF14 : « cela c'est pour le travail antalgique » SCH1 INF 15 : « de l'épaule droite »</p>	<p>Tour de parole A : « j'ai développé mes moyens, donc la mobilisation du membre supérieur et inférieur, donc toutes les articulations pour le premier, là massage de l'épaule et de la mobilisation, massage de l'épaule droite et mobilisation infra douloureuse et des étirements notamment du grand pectoral (...) cela c'est pour le travail antalgique de l'épaule droite »</p>

## **Les objets de savoirs/connaissances potentiellement mobilisés/mobilisables par le stagiaire pour la mise en travail de l'objet du soin (12 thématiques)**

### *Thématique 1 : sur le diagnostic massokinésithérapique*

« Le diagnostic apparaît alors comme produit par des actions itératives, incarnées et contextualisées, entre patient et soignants. C'est aux conditions de cette production que nous nous sommes intéressés. Comme l'ont montré les travaux de Cicourel (2002), l'élaboration du diagnostic repose en grande partie sur la coopération des acteurs en présence, et sur la compétence du patient à être un "bon historien" de lui-même, et du soignant à accompagner son interlocuteur dans la production d'un discours qu'il puisse « traduire ». En effet, « Un diagnostic n'est pas seulement complexe du point de vue cognitif, il l'est aussi du point de vue social. Fréquemment, un diagnostic implique d'obtenir et d'évaluer l'opinion d'individus n'ayant ni le même niveau, ni le même champ d'expertise. » (Cicourel, 1994, p. 428) » (Olry, & Bautzer, 37-38)

« Ce processus-diagnostic se fonderait sur deux types de données (3), recueillies avant toute intervention thérapeutique :

- « ce qu'il sélectionne des faits sur le patient/client, sa maladie et ses conséquences ;
- les indices prélevés par une observation clinique du mouvement, au repos et mesurés par des tests spécifiques » (Olry, & Bautzer, p.39)

« Le discours général des MK décrit un ordonnancement de séance finalisé par une représentation a priori de l'adéquation patient/pathologie (ou traumatisme)/protocole de soin. Le répertoire scientifique discrimine les pathologies selon des classes de critères relatives à leur gravité, leur pronostic (évolutivité), leur permanence (aiguës, chroniques). Il est aussi bâti en classant le patient selon des critères objectifs (homme ou femme) et/ou subjectifs (ex : nécessitant un accompagnement, pouvant se prendre en charge). Enfin, les MK font face, de plus en plus, à des patients âgés porteurs d'une polyopathie qui rend le choix des méthodes appropriées de plus en plus délicat. L'activité du praticien consiste donc à transformer la prescription en une activité de soin. » (Olry, & Bautzer, p.39)

« La FDK reprend quatre de ces cinq étapes, les moyens mis en œuvre—qui relèvent du libre choix de chaque kinésithérapeute et supportent une certaine adaptation personnelle, voire de créativité pouvant être notifiés sur un relevé d'intervention quotidien (séancier) : conclusion des bilans MK : exposé qualitatif des constats négatifs (pertes et dommages) et positifs (possibilités et stratégies) des bilans structurels, fonctionnels, situationnels, exprimés selon leur causalité. Les conclusions des bilans caractérisent le « problème de mouvement » que présente le patient. Il s'agit moins de chiffrer une déficience (ou une performance) que de relever les causes de celles-ci » (Geda, 2013, p.3)

« Projet du patient en regard de sa gestuelle : mobile de la rencontre thérapeutique et/ou critères de bonne fin de traitement, pour le patient informé des conclusions du bilan, aux niveaux lésionnel, fonctionnel, situationnel. On note là aussi certains aspects spécifiques utiles à considérer (craintes, préférences, etc.) puisqu'ils particularisent chaque situation, tout « individu » (Geda, 2013, p.3)

« Diagnostic MK : énoncé de la «problématique gestuelle » en regard du projet du patient. C'est une formulation claire et rigoureuse d'une à trois phrases écrites, ou de quelques items, exposant la nature de la relation « problème de mouvement/projet du patient » (le même problème de mouvement ne sera pas vécu ou ne pénalisera pas de

la même façon le patient selon ses besoins et mode de vie). Ce rapport peut mettre en évidence une concordance, une complémentarité et/ou une contradiction des appréciations mutuelles : concordance : les objectifs thérapeutiques se posent à l'évidence partagée, complémentarité : les objectifs thérapeutiques s'enrichissent des vues de chacun, contradiction : les objectifs thérapeutiques se négocient en tenant compte des points de vue et impératifs des deux parties. Écoute et explications mènent à un compromis, sachant qu'on peut toujours se mettre d'accord sur le fait qu'on n'est pas d'accord, et l'acter/dater » (Geda, 2013, p.3)

« Le thérapeute aura alors l'initiative de gérer cette divergence comme un fait réel et établi ; objectifs MK : détail des buts thérapeutiques ciblés prioritairement sur les causes des anomalies structurelles et dysfonctions, et le cas échéant sur le projet du patient : l'objectif final étant schématiquement de réduire au maximum l'écart entre ce que le patient peut faire (possibilités gestuelles) et ce qu'il veut (projet du patient). La plupart des patients ne recouvrant pas leur état antérieur, le kinésithérapeute agit souvent simultanément sur ces deux dimensions, afin de réduire la problématique gestuelle. Chaque objectif est exprimé par un verbe d'action suivi d'un complément d'objet direct. Un référentiel construit collectivement et recensant les principaux objectifs spécifiques à la MK a été proposé » (Geda, 2013, p.3-4)

« Proposition de définition du dossier du patient en massokinésithérapie. Outil de travail qui rassemble tous les renseignements nécessaires à la mise en place du diagnostic et du traitement massokinésithérapique. Ce document, destiné au suivi du patient et à la communication interprofessionnelle, prend en compte les aspects curatif, préventif, éducatif et relationnel de la prise en charge massokinésithérapique.» Cette définition large situe le dossier du patient au cœur de l'exercice massokinésithérapique. Il concerne les dossiers tenus par tous les masseurs-kinésithérapeutes quel que soit leur mode d'exercice. » (p.21) (ANAES, 2000, p.21)

### *Thématique 2 : sur la douleur*

Une douleur aiguë ou d'alarme (le cas de la patiente d'Alexandre) : vignette du savoir n°1 (VS1)

« Toute douleur aiguë se manifeste par une sensation désagréable, où le patient ressent une menace de son intégrité corporelle. Cela provoque des réactions végétatives (tachycardie, ...), musculaires et comportementales (vocalisations, ....). L'attention est entièrement mobilisée par la douleur, et le sujet va organiser les moyens pour essayer de s'y soustraire. C'est une douleur alarme. » (Payen, 2002, p. 10-11)

Une douleur chronique peut se constituer à terme : VS2

« Toute stimulation nociceptive qui se prolonge va entraîner des modifications structurelles du système nerveux central, liées à la plasticité neuronale. Les réactions inflammatoires et les transformations tissulaires sont responsables de modifications du seuil de déclenchement des influx nociceptifs. Les douleurs deviennent plus intenses (hyperalgésie). Des stimulations non nocives tactiles vont déclencher des douleurs (allodynie). Des douleurs spontanées sans stimuli nociceptif peuvent également apparaître. La douleur va alors conditionner la vie de l'individu, entraîner des troubles de l'appétit, une perte du sommeil, envahir son univers affectif, retentir sur le vécu quotidien avec des répercussions sociales, professionnelles et familiales. Elle va mobiliser la totalité des structures nerveuses et va devenir la préoccupation dominante. On admet, de façon arbitraire, qu'une douleur devient chronique lorsqu'elle dure au-delà de 3 à 6 mois. » (Payen, 2002, p. 10-11)

### *Thématique 3 : sur la douleur et les patients souffrants d'un AVC*

#### Les douleurs faisant suite à un AVC : VS3

« Après un accident vasculaire cérébral (AVC), on peut être confronté à une manifestation douloureuse qui risque d'empêcher la participation active aux thérapies et peut devenir le symptôme au premier plan. On peut distinguer trois sortes de douleurs: les douleurs neurogènes (dues à une atteinte du système nerveux lui-même), les douleurs mixtes avec le syndrome régional douloureux complexe type I et les douleurs nociceptives (secondaires à une lésion tissulaire) parmi lesquelles les douleurs d'épaule sont particulièrement fréquentes lors d'hémiplégie [1] » (Leemann, & Schnider, 2009, p. 235)

#### Les douleurs faisant suite à un AVC : VS12

« Le syndrome régional douloureux complexe type I anciennement appelé algoneurodystrophie, maladie de Sudeck, syndrome épaule-main ou encore dystrophie sympathique réflexe, après AVC » (Ibid., p. 236) par ailleurs « Le traitement du syndrome régional complexe comprend tout d'abord une mobilisation, qui doit rester en dessous du seuil de la douleur » (Leemann, & Schnider, 2009, p. 237)

#### L'épaule hémiplégique douloureuse : VS5

« Il faut en premier lieu considérer que tout patient ayant subi un AVC est susceptible de développer une douleur l'épaule hémiplégique » (Pignon, 2016, p. 4) c'est une complication fréquente de l'hémiplégie « elle pourrait concerner jusqu'à 84% des patients » (Ibid., p. 4) aussi « l'examen initial doit donc rechercher certains facteurs de risque (...) la diminution de l'amplitude passive de la rotation externe (...) il faut tester la spasticité des muscles rotateurs internes de l'épaule » la « présence d'une spasticité des muscles grand pectoral ou sub-scapulaire (Pignon, 2016, p. 7)

#### L'épaule hémiplégique douloureuse : VS6

« La mesure la plus importante est sans nul doute la prévention avec une installation correcte du patient au lit et sur sa chaise. Les soignants, les thérapeutes et la famille doivent apprendre à pouvoir aider le patient lors d'un transfert en évitant la traction et l'abduction forcée du membre supérieur. La mobilisation, active quand elle est possible et sinon passive, dans toutes les amplitudes, mais en respectant la douleur, est fondamentale. » (Leemann, & Schnider, 2009, p. 237)

### *Thématique 4 : sur les troubles du tonus des patient souffrants d'un AVC*

#### L'hémiplégie et les troubles du tonus : VS15

« Après un AVC, l'hémiplégie se caractérise par une posture typique témoignant de schémas musculaires hypertoniques. Une attitude en flexion prédomine au membre supérieur hémiplégique. Cette posture t est inévitable quand la récupération motrice n'est pas complète. Le déséquilibre peut également se situer entre le chef inférieur du grand pectoral et le trapèze supérieur, augmentant la subluxation inférieure » (Glize, Jacquin-Courtois, & Rode, 2012, p.15).

### *Thématique 5 : sur les limitations de mobilités articulaires chez les patient souffrants d'un AVC*

#### L'hémiplégie et les limitations d'amplitude articulaire : VS8

« Elles tendent à s'installer très précocement, sitôt après l'ictus. Elles résultent des rétractions musculaires favorisées par l'immobilisation due à la paralysie de l'hémicorps atteint et aux conditions de prise en charge initiale qui privilégient dans les

premières heures l'urgence diagnostique et thérapeutique (...) L'expérience clinique courante chez l'homme démontre que ces rétractions participent à la survenue retardée de la spasticité. Afin de réduire ce risque, la prise en charge de rééducation doit être aussi précoce que possible afin de réaliser une mobilisation lente et douce n'exerçant pas d'étirements excessifs sur des fibres musculaires rétractées, ce qui risquerait d'augmenter le réflexe d'étirement et d'installer un véritable cercle vicieux » (Daviet, Dudognon, Salle, Munoz, Lissandre, Rebeyrotte, & Borie, 2002, p. 2)

L'hémiplégie et les limitations d'amplitude articulaire : VS9

« Rétractions musculotendineuses. Elles peuvent s'installer rapidement lorsque la spasticité est elle-même d'apparition précoce [14]. Elles menacent particulièrement les triceps avec la déformation dramatique du pied en équin (...) qui empêche la reprise de la marche, mais aussi les fléchisseurs de genou et, au membre supérieur, toute la chaîne des fléchisseurs de l'épaule aux doigts (...). Leur prévention par la kinésithérapie quotidienne est presque toujours efficace » (Yelnik, Bonan, Simon, Gellez-Leman, 2008, p. 3-4)

L'hémiplégie et les limitations d'amplitude de l'épaule : VS10

« L'épaule gelée se caractérise cliniquement par des limitations dans l'amplitude des mouvements. Elle est fréquemment à l'origine de douleurs de l'épaule hémiplégique spastique » (Glize, Jacquin-Courtois, & Rode, 2012, p.15)

*Thématique 6 : sur le contrôle postural*

Les stratégies motrices et le contrôle postural statique ou dynamique : VS11

« Il convient ainsi de distinguer deux types différents de stratégies motrices au service du contrôle postural statique ou dynamique: les stratégies de stabilisation segmentaire, au service de l'immobilisation du référentiel sensoriel porté: par le segment stabilise, et les stratégies multi segmentaires de rééquilibrage, qui ont pour objectif d'éviter la chute en maintenant la projection au sol du centre de gravité à l'intérieur de la surface d'appui, en cas de perturbation expérimentale ou naturelle de l'équilibre. Ces deux sortes de stratégies matrices d'équilibre sont susceptibles de présenter des déficits, pour des raisons biomécaniques ou neurologiques. » (Amblard, p.228)

*Thématique 7 : sur la fonction posturale chez le patient souffrant d'un AVC*

L'équilibre chez le patient hémiplégique : VS12

« L'hémiplégique a, on le sait, un équilibre instable, asymétrique, avec une perte des capacités d'ajustement postural rapide. C'est tout logiquement qu'ont été développés des programmes de rééducation sur plateforme, dans le but d'améliorer la symétrie des appuis et d'entraîner l'adaptation posturale. Cette rééducation a l'intérêt de proposer un feed-back visuel et auditif, d'être ludique et quantifiable. Sur plateforme, la rééducation permet d'obtenir la symétrie des appuis (...). Le renforcement de la stabilité serait plus utile fonctionnellement que le travail de la symétrie (Kerdoncuff, Duruffe, Petrilli, Nicolas, Robineau, Lassalle, et al. 2004, cités dans Yelnik, 2005)». (Yelnik, 2005, p. 274)

L'hémisphère droit et la fonction posturale : VS13

« Plusieurs arguments théoriques conduisent à penser que l'hémisphère droit est prédominant pour le contrôle de la posture. L'argument théorique le plus décisif se réfère à la dominance hémisphérique droite pour l'attention et /ou la représentation spatiale. (...) les nombreuses corrélations entre la sévérité de la négligence spatiale et l'intensité de l'instabilité posturale suggèrent que la dominance hémisphérique droite pour la stabilité corporelle est bien due à la prédisposition de cet hémisphère pour le traitement des informations spatiales. Les compétences de l'hémisphère droit pour le

contrôle de la stabilisation corporelle sont à la fois d'ordre spatial et temporel » (Perennou, Amblard, & Pélissier, 1999, p. 31)

Les ajustements posturaux anticipateurs : VS14

« L'existence d'ajustements posturaux anticipateurs d'un mouvement volontaire est connue (...) il s'agit d'une activité musculaire préparant le corps à un mouvement qui va le déstabiliser. Ces ajustements posturaux sont par définition orientés, dépendant de la nature du mouvement qu'ils précèdent ou simplement accompagnent. Chez l'homme cérébrolésé, l'existence d'une altération des ajustements posturaux anticipateurs de mouvements nécessitant le maintien de l'équilibre a largement été établie » (Perennou, Amblard, & Pélissier, 1999, p. 28)

L'exécution volontaire d'un mouvement postural : VS15

Elle « est également exposée à une désorganisation temporelle. Un retard dans les phases préparatoires des transferts d'appuis a été noté. L'étude d'une tâche de maintien d'un équilibre instable a permis de montrer que la lenteur dans la mise en jeu des mouvements posturaux (bradykinésie posturale) concerne surtout les patients affectés d'une large lésion hémisphérique droite (Frekhoff, & Zoelch, 1998, cités dans Perennou, Amblard, & Pélissier, p. 28)

*Thématique 8 : de la chute chez le patient souffrant d'un AVC*

La chute du patient souffrant d'un AVC /fréquence : VS16

« Chez les patients qui ont fait un AVC, la survenue d'une chute apparaît au 4e rang des complications en termes de fréquence, après les troubles vésicosphinctériens, la dépression et la douleur » (Pérennou, Fatimi, Masmoudi, Benaim, Loigerot, Didier, & Pélissier, 2005, p. 139)

La chute du patient souffrant d'un AVC / compromis progression sécurité : VS17

« La période de rééducation en service spécialisé est particulière, d'une part parce ce qu'en plus des problèmes médicaux qu'elle peut poser, la chute d'un patient hospitalisé peut aussi poser des problèmes médicolégaux, d'autre part parce que s'il faut inciter le patient à progresser en terme d'autonomie, il faut aussi trouver un compromis entre la facilitation et la sécurité de cette progression. » (Pérennou, Fatimi, Masmoudi, Benaim, Loigerot, Didier, & Pélissier, 2005, p. 139)

La chute du patient souffrant d'un AVC / comportement à risque : VS18

« Ces résultats signifient que si ces patients avaient des capacités posturales en situation d'exercice sous surveillance, ces capacités restaient limitées en vie quotidienne. L'existence d'un comportement à risque (anosodiaphorie, désir de progresser rapidement...) faisaient que la plupart d'entre eux nécessitaient une surveillance voire une aide pour les transferts en vie quotidienne. » (Pérennou, Fatimi, Masmoudi, Benaim, Loigerot, Didier, & Pélissier, 2005, p. 141)

*Thématique 9 : des objectifs de rééducation chez le patient souffrant d'un AVC*

Les objectifs de la rééducation pour le patient hémiplegique /plasticité cérébrale : VS19

« Il est possible de schématiser trois objectifs à la rééducation. Le premier objectif est de stimuler les processus de plasticité cérébrale, conduire le patient à développer de nouveaux circuits neuronaux pour maintenir ou restaurer une fonction altérée. » (Yelnik, Bonan, Simon, & Gellez-Leman, 2008, p. 1-2)

Les objectifs de la rééducation pour l'hémiplégie /pronostic fonctionnel : VS20

« Le deuxième objectif est de prévenir la survenue de complications qui aggraveraient l'état du patient et pourraient avoir des conséquences redoutables sur le pronostic fonctionnel et parfois vital. Cet objectif demeure majeur, principalement pendant les périodes aiguë et subaiguë, mais parfois pendant toute la vie du patient. » (Ibid., p. 1-2)

Les objectifs de la rééducation pour l'hémiplégie /autonomie optimale: VS21

« Le troisième objectif est de conduire le patient à son autonomie optimale, quelle que soit la sévérité des séquelles. » (Ibid., p. 1-2)

*Thématique 10 : la rééducation neurologique*

Rééducation neurologique et plasticité cérébrale : VS22

« Le premier élément majeur est l'objectivation, grâce à l'imagerie cérébrale, de la plasticité cérébrale. Citons ici Bach-Y-Rita, du département de neurologie de l'hôpital d'Huddinge en Suède, qui a été l'un des pionniers dans le développement des idées de rééducation neurologique fondée sur les notions physiologiques de plasticité cérébrale dans le début des années 1980 » (Yelnik, 2005, p. 272)

La stimulation sensori-motrice : VS23

« Si le mouvement est en lui-même à la base de la rééducation du mouvement, il est également outil de la rééducation de la sensibilité (...). L'imagerie cérébrale vient appuyer ces constatations cliniques en montrant que l'entraînement gestuel à des tâches complexes ne modifie pas seulement la cartographie motrice, mais aussi la cartographie sensitive (Jenkins, Merzenich, Ochs, Allard, & Guic-Robles, 1990 ; Xerri, Merzenich, Peterson, & Jenkins. 1998 ; cités dans Yelnik, 2005, p. 273). Alain Berthoz décrit longuement ces étroites intrications entre sensibilité et motricité : « la perception n'est pas seulement une interprétation des messages sensoriels, elle est contrainte par l'action, elle est simulation interne de l'action... ». Les relations étroites entre les fonctions motrices et sensibles expliquent que la rééducation du mouvement passe aussi par la sensibilité. » (Yelnik, 2005, p. 273)

L'information sensitive : VS24

« Carlo Perfetti a publié depuis Milan entre 1979 et 1986 ses principes de rééducation à partir des informations kinesthésiques et extéroceptives, à privilégier selon lui sur la vision, dans une rééducation destinée à développer un « tact actif » (Picard, Lion, Le Guet, Leclaire, Rabasse, & Perfetti, 1996 cités dans Yelnik, 2005). Enfin, le renforcement de cette information sensitive pour améliorer le mouvement est à la base, nous l'avons vu, du biofeedback. » (Yelnik, 2005, p. 273)

Le biofeedback : VS25

« Le recours au principe du biofeedback, visuel ou sonore, peut aussi améliorer la réalisation du mouvement : il s'agit là d'amener à la conscience un phénomène inconscient, de le rendre sensible en le majorant et de guider le patient vers le mouvement désiré. » (Yelnik, 2005, p. 273)

Force musculaire et performances fonctionnelles chez l'hémiplégique : VS26

« Proposer des exercices dans un but spécifique de renforcement musculaire était, il y a peu, considéré chez l'hémiplégique comme inutile et dangereux, risquant d'accroître la spasticité. Or, de nombreux travaux ont montré qu'il est utile et faisable sans renforcement de celle-ci, tant en isocinétisme (Sharp, & Brouwer.1997, cités dans Yelnik, 2005) qu'en dynamique contre résistance (Teixeira-Salmela, Olney, Nadeau, & Brouwer. 1999, cités dans Yelnik, 2005). Cet entraînement proposé aux patients à

distance de l'AVC, s'appuie sur l'observation de faiblesse musculaire en rapport avec des altérations physiologiques de la musculature chez l'hémiplégique (Bourbonnais, & Vanden Noven. 1989, cités dans Yelnik, 2005) et d'une relation entre cette perte de force musculaire et les mauvaises performances fonctionnelles (Bohannon, & Walsh. 1992 cités dans Yelnik, 2005) » (Yelnik, 2005, p. 274)

#### *Thématique 11 : sur le rôle psychologique de l'équipe soignante*

Le rôle psychologique de l'équipe soignante : VS27

« Enfin, au-delà des techniques, il faut encore mentionner le rôle psychologique positif de l'équipe soignante. Les psychosociologues ont décrit le rôle du feed-back positif donné par les thérapeutes, sous le nom d'effet pygmalion, effet qui pourrait être une des composantes de l'effet « rehabilitation team » (Kalra, & Eade. 1995 cités dans Yelnik, 2005) observé après AVC » (Yelnik, 2005, p. 274)

#### *Thématique 12 : de la tâche et rééducation*

La tâche et la rééducation : VS28

« La notion de rééducation orientée directement sur la tâche à accomplir va s'imposer. Autrement dit, c'est en forgeant qu'on devient forgeron ! La rééducation va s'inspirer des notions d'apprentissage chez le sujet sain et de nombreuses études démontreront que lorsque les exercices sont orientés sur une tâche particulière, celle-ci est habituellement améliorée: la rééducation de l'équilibre améliore l'équilibre (Winstein, Gradner, McNeal, Barton, Nicholson. 1989, cités dans Yelnik, 2005) [93], la rééducation de la marche améliore la marche [Debelleix. 1997 ; Kwakkel, Wagenaar, Twisk, Lankhorst, & Koetsier. 1999; Richards, Malouin, Wood-Dauphinee, Williams, Bouchard, & Brunet. 1993) et la rééducation du membre supérieur améliore le membre supérieur [Feys, De Weerd, Selz, Steck, Spichiger, Vereeck, et al. 1998 ; Nudo, Wise, Sifuentes, Milliken, 1996 ; Platz, Winter, Müller, Pinkowski, Eickhof, Mauritz. 2001; Taub, Miller, Novack, Cook, Fleming, Nepomuceno, et al. Crago, 1993), alors que la rééducation du membre supérieur n'améliore pas la marche (Kwakkel, Wagenaar, Twisk JW, Lankhorst, Koetsier. 1999) » (Yelnik, 2005, p. 272)

**Le schème d'action et sa mise en correspondance avec la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé**

**Tableau 70 : Des correspondances entre le schème d'action et la CIH-2 (cas n°1)**

Correspondances		
Un but du schème et un OCP	Cycles d'expérimentation	Des structures corporelles, fonctions organiques (CIH-2)
Traiter la fonction articulaire de l'hémicorps droit hémiplégique Schème 1→ <b>OCP 1: les mobilités et le cas échéant les douleurs des articulations de l'hémicorps droit hémiplégique</b>	<b>SCH1 T2/R2</b> : « <i>donc la mobilisation du membre supérieur et inférieur, donc toutes les articulations pour le premier (des objectifs et des moyens) »</i> »	« Les fonctions relatives à la mobilité des articulations b710, fonctions relatives à l'amplitude et à la facilité de mouvement d'une articulation » (Organisation mondiale de la Santé, CIH-2, 2000, P.73)
	<b>SCH1 T3/R3</b> : « <i>là massage de l'épaule et de la mobilisation, massage de l'épaule droite et mobilisation infra douloureuse »</i> » <b>SCH1 T3/ R3</b> : « <i>et des étirements notamment du grand pectoral »</i> »	« Fonctions relatives au tonus musculaire b7350 tonus de muscles isolés et de groupes de muscles fonctions relatives à la tension présente dans les muscles isolés et les groupes de muscles au repos et à la résistance offerte lors de l'exécution de mouvements passifs » (ibid., p. 75)
	<b>SCH1T5/R5</b> : « <i>cela c'est pour le travail antalgique de l'épaule droite »</i> »	« La sensation de douleur b28014 douleur au membre supérieur sensation désagréable indiquant des dommages potentiels ou réels à une structure située dans un ou les deux membres supérieurs, y compris les mains » (ibid., p. 54)
		« douleur dans une partie du corps b2801 sensation désagréable ressentie dans une ou plusieurs parties précises du corps indiquant des dommages potentiels ou réels à une structure organique (ibid., p. 54)

## **Les autres cycles d'expérimentation en rapport avec les horizons des soins et des donations (T1/R1, T2/R2, T4/R4, T5/R5)**

### **L'horizon des soins**

Le cycle d'expérimentation T1/R1

**La conduite** : «à partir de là j'ai développé mes moyens» et portée par T1/R1

### **La genèse du cycle**

Elle a été suscitée chez le stagiaire par 5 facteurs ou conditions expérientielles : la tâche discrétionnaire issue du dispositif technique des soins, le but du schème, la tâche effective à partager ces deux facteurs sont en lien avec un besoin pragmatique partagé en rapport avec l'objet du soin : *l'hémicorps droit hémiplégique*, le facteur qui suit, est celui des convergences de vues des acteurs qui se concrétiseront au travers d'une Base d'Orientation(BO), le dernier facteur se rapporte aux savoirs/connaissances présumés mobilisés par le stagiaire.

### **Le cadrage des activités par la tâche discrétionnaire le but du schème et la tâche effective à partager**

La tâche discrétionnaire, elle relève du projet thérapeutique, elle est émise par le prescripteur, elle s'énonce comme suit :

- > préserver les fonctions de l'hémicorps droit et éviter les complications dues à l'atteinte de l'hémicorps droit dans un contexte d'AVC récent

Le but du schème 1:

- > traiter l'hémicorps droit dans un contexte d'AVC récent par l'emploi de techniques de massokinésithérapie

Une tâche effective à partager qui appelle une collaboration des deux acteurs.

- > participer à la préservation des fonctions de l'hémicorps droit et éviter de possibles complications (exemple : les douleurs de l'épaule droite) dues à l'atteinte de l'hémicorps droit dans un contexte d'AVC récent.

### **L'établissement d'une Base d'Orientation consacrée aux soins de Rééducation Réadaptation de l'AVC (BORRAVC).**

La base d'orientation montre qu'une partie des RPV 133 réseau (2) a été utilisée. Ils se sont articulés avec les RPV (1) objet du soin et le RPV facteurs environnementaux. Les RPV ont généré des Convergences De Vue(CDV) portant sur, 3 activités et participation, et 2 facteurs environnementaux.

La partie de la base d'orientation activée, englobe 3 Groupements de Matériaux Expérientiels (GME) (Cf. Tableau 71). Elle prend appui sur l'ensemble du réseau (côté stagiaire) et s'articule (côté patient) avec 3 fonctions organiques, une activité et un facteur environnemental.

La partie de la base d'orientation activée, englobe 2 Groupements de Matériaux Expérientiels (GME).

---

<sup>133</sup> RPV : rapprochements des points de vue

**Tableau 71 : Une utilisation de la BORRAVC par le cycle d'expérimentation T1/R1**

Un état de la BORRAVC			
Une identification des actions des agents est possible à travers la production qu'ils vont diffuser, dans et à travers le réseau		RPV réseau	2 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; « prendre soin de parties de son corps d520 »</li> <li>&gt; « interactions de base avec autrui d710 »</li> <li>&gt; « relations formelles d740 »</li> </ul>	RPV objet du soin	
Un ensemble d'entités humaines et non humaines individuelles ou collectives (...) et les relations dans lesquelles elles entrent		RPV réseau	3 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; « professionnels de santé e355 »</li> <li>&gt; « médicaments e1101 »</li> </ul>	RPV facteurs environnementaux	

Commentaires sur des convergences de vue et les GME :

(CIH-2) les activités et participation : « prendre soin de parties de son corps d520 » la patiente doit être attentive à son corps, à son état de santé à titre d'exemple, à ses positions corporelles au lit au fauteuil roulant, afin d'éviter des complications articulaires, « interactions de base avec autrui d710 » sont moyens relationnels nécessaires pour que le traitement massokinésithérapique se déploie entre/par/avec les acteurs, « relations formelles d740 » le plan de soin que propose le stagiaire fait référence au projet thérapeutique et s'inscrit dans un cadre formel.

(CIH-2) Les facteurs environnementaux : le stagiaire est un membre d'équipe soignante il pourra avoir une influence par ses propos, avis, conseils prescriptions sur l'attitude de la patiente vis à vis de sa santé « professionnels de santé e355 » la mobilisation articulaire est un soin que nous considérerons comme faisant partie de la classification « médicaments e1101 »

*L'étayage du cycle d'expérimentation par les savoirs connaissances*

Le stagiaire a été en mesure de mobiliser des savoirs connaissances qui lui ont permis d'étayer le cycle d'expérimentation. Les modèles cognitif et/ou opératif dont nous percevons l'affleurement au travers du discours, ont été sollicités voire enrichis.

L'Affleurement des Modèles Cognitif et Opératif (AfMCO) se manifeste dans le(s) fragment(s) de conduite :

- > « à partir de là / développé mes moyens »

L'AfMCO est un indicateur, de savoirs connaissances mobilisables (Cf. encadré et annexe du cas) que le stagiaire aurait pu mobiliser à partir de ses modèles, ou intégrer à ses modèles cognitif et opératif, nous exposons ceux qui sont à même d'avoir été mobilisés en priorité :

(PTV) Le MK : détail des buts thérapeutiques ciblés prioritairement sur les causes des anomalies structurelles et dysfonctions, et le cas échéant sur le projet du patient : l'objectif

final étant schématiquement de réduire au maximum l'écart entre ce que le patient peut faire (possibilités gestuelles) et ce qu'il veut (projet du patient).

(PTV) les MK font face, de plus en plus, à des patients âgés porteurs d'une polypathologie qui rend le choix des méthodes appropriées de plus en plus délicat. L'activité du praticien consiste donc à transformer la prescription en une activité de soin.

(PTV) du dossier du patient en massokinésithérapie. Outil de travail qui rassemble tous les renseignements nécessaires à la mise en place du diagnostic et du traitement massokinésithérapique. Ce document, destiné au suivi du patient et à la communication interprofessionnelle, prend en compte les aspects curatif, préventif, éducatif et relationnel de la prise en charge massokinésithérapique».

### **Une opérationnalisation du cycle d'expérientiation T1/R1**

Elle passe par la création d'un sous-but qu'appuie, le cas échéant, un aphorisme ou concept en acte/pragmatique véhiculé par les propos tenus par l'équipe soignante, les tuteurs etc.

*L'aphorisme, le concept en acte, CAct1 « planifier »*

*Le CAct1 « planifier » pilote l'applicabilité de la rationalité de l'enchaînement bilan-diagnostic-traitement.*

*Le théorème-en-acte T2 ;*

- [l'existence du bilan, la rationalité qu'implique et l'enchaînement bilan-diagnostic, sont considérés comme des moyens efficaces pour la mise en œuvre d'un plan de soin] (PTV)

*La règle d'action R2 :*

- **si** je veux construire un plan de soin avec la patiente
- **alors** je me dois de mettre en œuvre au préalable un bilan-diagnostic

Le cycle d'expérientiation T2/R2

**La conduite : « donc la mobilisation / du membre supérieur et inférieur, / donc toutes les articulations / pour le premier (des objectifs<sup>134</sup>) » portée par T2/R2**

### ***La genèse du cycle***

Se rapporter à T1/R1.

### ***Le cadrage des activités par la tâche discrétionnaire le but du schème et la tâche effective à partager***

Se rapporter à T1/R1.

### **L'établissement d'une Base d'Orientation consacrée aux soins de Rééducation Réadaptation de l'AVC (BORRAVC).**

La base d'orientation montre que la totalité des RPV 135 réseau (3) ont été utilisés. Ils se sont articulés avec les RPV (2) objet du soin et le RPV facteurs environnementaux. Les RPV ont généré des convergences de vue portant sur, 2 structures corporelles, 1 fonction de l'organisme, 1 activité et participation, et 2 facteurs environnementaux.

---

<sup>134</sup> Ajout du chercheur

<sup>135</sup> RPV : rapprochements des points de vue

La partie de la base d'orientation activée, englobe 3 Groupements de Matériaux Expérientiels (GME) (Cf. Tableau 72).

**Tableau 72 : Une utilisation de la BORRAVC par le cycle d'expérientiation T2/R2**

Un état de la BORRAVC			
Les acteurs "s'entre-définissent" dans les intermédiaires qu'ils mettent en circulation		RPV réseau	1 <sup>er</sup> GME
Convergence de vue	« structure du membre supérieur s730 » « structure du membre inférieur s750 » « Les fonctions relatives à la mobilité des articulations b710 »	RPV objet du soin	
Une identification des actions des agents est possible à travers la production qu'ils vont diffuser, dans et à travers le réseau		RPV réseau	2 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« prendre soin de parties de son corps d520 » « interactions de base avec autrui d710 »	RPV objet du soin	
Un ensemble d'entités humaines et non humaines individuelles ou collectives (...) et les relations dans lesquelles elles entrent		RPV réseau	3 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« professionnels de santé e355 » « médicaments e1101 »	RPV facteurs environnementaux	

Commentaires sur des convergences de vue et les GME :

(CIH-2) Fonctions de l'organisme : « Les fonctions relatives à la mobilité des articulations b710 », ce sont des fonctions « relatives à l'amplitude et à la facilité de mouvement d'une articulation »

(CIH-2) les activités et participation : « prendre soin de parties de son corps d520 » la patiente doit être attentive à ses positions corporelles au lit au fauteuil roulant, pour éviter des complications articulaires, « interactions de base avec autrui d710 » sont moyens relationnels nécessaires pour que le traitement massokinésithérapique se déploie.

(CIH-2) Les facteurs environnementaux : le stagiaire est un membre d'équipe soignante il pourra avoir une influence par ses propos, avis, conseils prescriptions sur l'attitude de la patiente vis à vis de sa santé « professionnels de santé e355 » la mobilisation articulaire est un soin que nous considérerons comme faisant partie de la classification « médicaments e1101 »

Le 1er GME créera des PRExp en lien avec la biomécanique articulaire des membres supérieures et inférieures Le 2ème GME produira des PRExp en lien avec la prévention de la santé et les capacités d'interactions, le 3ème GME créera des PRExp se rapportant aux contacts établis avec les membres de l'équipe soignante (incluant le stagiaire et à l'emploi les techniques de soins massokinésithérapique.

*L'étayage du cycle d'expérientiation par les savoirs connaissances*

Le stagiaire a été en mesure de mobiliser des savoirs connaissances qui lui ont permis d'étayer le cycle d'expérientiation. Les modèles cognitif et/ou opératif dont nous percevons l'affleurement au travers du discours, ont été sollicités voire enrichis.

L'Affleurement des Modèles Cognitif et Opératif (AfMCO) se manifeste dans le(s) fragment(s) de conduite :

- > « donc la mobilisation du membre supérieur et inférieur, donc toutes les articulations »

L'AfMCO est un indicateur, de savoirs connaissances mobilisables (Cf. encadré et annexe du cas) que le stagiaire aurait pu mobiliser à partir de ses modèles, ou intégrer à ses modèles cognitif et opératif, nous exposons ceux qui sont à même d'avoir été mobilisés en priorité :

(PTV<sup>136</sup>) La mobilisation articulaire chez la patient·e souffrante d'un AVC : pour éviter les rétractions musculotendineuses. Elles peuvent s'installer rapidement lorsque la spasticité est elle-même d'apparition précoce. Elles menacent particulièrement les triceps avec la déformation dramatique du pied en équin (...) qui empêche la reprise de la marche, mais aussi les fléchisseurs de genou et, au membre supérieur, toute la chaîne des fléchisseurs de l'épaule aux doigts (...). Leur prévention par la kinésithérapie quotidienne est presque toujours efficace

(PTV) Ces rétractions participent à la survenue retardée de la spasticité. Afin de réduire ce risque, la prise en charge de rééducation doit être aussi précoce que possible afin de réaliser une mobilisation lente et douce n'exerçant pas d'étirements excessifs sur des fibres musculaires rétractées, ce qui risquerait d'augmenter le réflexe d'étirement et d'installer un véritable cercle vicieux

### **Une opérationnalisation du cycle d'expérimentation T2/R2**

Elle passe par la création d'un sous-but qu'appuie, le cas échéant, un aphorisme ou concept en acte/pragmatique véhiculé par les propos tenus par l'équipe soignante, les tuteurs etc.

*Le sous but*

Anticiper la chute

*L'aphorisme, le concept en acte, CAct2 « mobiliser »*

Le CAct2 « mobiliser » supervise l'application des techniques de mobilisation articulaire de l'hémicorps droit

*Le théorème-en-acte T2 ;*

- [la mobilisation, est considérée comme un moyen efficace pour traiter les déficiences et prévenir les complications des articulations de l'hémicorps hémiparalysé ce qui conduit à recommander son utilisation comme technique de soin] (PTV)

*La règle d'action R2 :*

- si je veux traiter les déficiences et prévenir les complications des articulations l'hémicorps hémiparalysé de droit hémiparalysé au niveau des mobilités des articulations et des membres supérieur et inférieur
- alors, j'utiliserai la mobilisation articulaire

Le cycle d'expérimentation T4/R4

**La conduite : « et des étirements / notamment du grand pectoral » portée par T4/R4**

**La genèse du cycle**

Se rapporter à T1/R1.

---

<sup>136</sup> PTV : proposition tenue pour vraie

**Le cadrage des activités par la tâche discrétionnaire le but du schème et la tâche effective à partager**

Se rapporter à T1/R1.

**L'établissement d'une Base d'Orientation consacrée aux soins de Rééducation Réadaptation de l'AVC (BORRAVC).**

La base d'orientation montre que la totalité des RPV 137 réseau (3) ont été utilisés. Ils se sont articulés avec les RPV (2) objet du soin et le RPV facteurs environnementaux. Les RPV ont généré des convergences de vue portant sur, 1 structure corporelle, 2 fonctions de l'organisme, 1 activité et participation, et 1 facteur environnemental.

La partie de la base d'orientation activée, englobe 3 Groupements de Matériaux Expérientiels (GME) (Cf. Tableau 73).

**Tableau 73 : Une utilisation de la BORRAVC par le cycle d'expérientiation T4/R4**

Un état de la BORRAVC			
<i>Les acteurs "s'entre-définissent" dans les intermédiaires qu'ils mettent en circulation</i>		RPV réseau	1 <sup>er</sup> GME
Convergence de vue	« structure du membre supérieur s730» « Les fonctions relatives à la mobilité des articulations b710 » « Fonctions relatives au tonus musculaire b7350 »	RPV objet du soin	
<i>Une identification des actions des agents est possible à travers la production qu'ils vont diffuser, dans et à travers le réseau</i>		RPV réseau	2 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« interactions de base avec autrui d710 »	RPV objet du soin	
<i>Un ensemble d'entités humaines et non humaines individuelles ou collectives (...) et les relations dans lesquelles elles entrent</i>		RPV réseau	3 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« médicaments e1101 »	RPV facteurs environnementaux	

Commentaires sur des convergences de vue et les GME :

(CIH-2) les fonctions organiques : la fonctionnalité particulière liée au tonus du muscle qui pourrait le cas échéant limiter le mouvement de l'épaule « Fonctions relatives au tonus musculaire b7350 tonus de muscles isolés et de groupes de muscles fonctions relatives à la tension présente dans les muscles isolés et les groupes de muscles au repos et à la résistance offerte lors de l'exécution de mouvements passifs »

(CIH-2) les activités et participation : moyens relationnels nécessaires qui se concrétisent lors du corps à corps entre le stagiaire et la patiente « interactions de base avec autrui d710 »

(CIH-2) Les facteurs environnementaux : l'étirement musculaire est un soin que l'on considère comme faisant partie de la classification « médicaments e1101 »

<sup>137</sup> RPV : rapprochements des points de vue

Le 1er GME créera des PRExp en lien avec la biomécanique de l'épaule droite hémiparalysée et des manifestations du tonus musculaire. Le 2ème GME produira des PRExp en lien avec les capacités d'interactions au cours des étirements musculaires, le 3ème GME créera des PRExp qui se rapporteront aux étirements musculaires et en particulier ceux visant le grand pectoral.

#### *L'étayage du cycle d'expérimentation par les savoirs connaissances*

Le stagiaire a été en mesure de mobiliser des savoirs connaissances qui lui ont permis d'étayer le cycle d'expérimentation. Les modèles cognitif et/ou opératif dont nous percevons l'affleurement au travers du discours, ont été sollicités voire enrichis.

L'Affleurement des Modèles Cognitif et Opératif (AfMCO) se manifeste dans le(s) fragment(s) de conduite :

- > « des étirements / du grand pectoral »

L'AfMCO est un indicateur, de savoirs connaissances mobilisables (Cf. encadré et annexe du cas) que le stagiaire aurait pu mobiliser à partir de ses modèles, ou intégrer à ses modèles cognitif et opératif, nous exposons ceux qui sont à même d'avoir été mobilisés en priorité :

(PTV<sup>138</sup>) Après un AVC, l'hémiparésie se caractérise par une posture typique témoignant de schémas musculaires hypertoniques. Une attitude en flexion prédomine au membre supérieur hémiparalysé. Cette posture est inévitable quand la récupération motrice n'est pas complète. Le déséquilibre peut également se situer entre le chef inférieur du grand pectoral et le trapèze supérieur, augmentant la subluxation inférieure

#### ***Une opérationnalisation du cycle d'expérimentation T4/R4***

Elle passe par la création d'un sous-but qu'appuie, le cas échéant, un aphorisme ou concept en acte/pragmatique véhiculé par les propos tenus par l'équipe soignante, les tuteurs etc.

##### *Le sous but*

Étirer les groupes musculaires

##### *L'aphorisme, le concept en acte, CAct4 « étirer »*

Le CAct4 « les étirements tissulaires » supervise l'application de la technique de soin

##### *Le théorème-en-acte T4*

L'étirement musculaire est considéré comme un moyen efficace de régulation de la tension du tissu musculaire ce qui conduit à recommander son utilisation pour le grand pectoral.

(PTV)

##### *La règle d'action R4:*

**Si** je veux réguler la tension musculaire du côté hémiparalysé et en particulier celle du grand pectoral

**Alors** j'utiliserai les étirements musculaires

---

<sup>138</sup> PTV : proposition tenue pour vraie

Le cycle d'expérientiation T5/R5

**La conduite : « cela c'est pour le travail antalgique /de l'épaule droite » portée par T5/R5**

**La genèse du cycle**

Se rapporter à T1/R1.

**Le cadrage des activités par la tâche discrétionnaire le but du schème et la tâche effective à partager**

Se rapporter à T1/R1.

**L'établissement d'une Base d'Orientation consacrée aux soins de Rééducation Réadaptation de l'AVC (BORRAVC).**

La base d'orientation montre sur que la totalité des RPV 139réseau (3) ont été utilisés. Ils se sont articulés avec les RPV (2) objet du soin et le RPV facteurs environnementaux. Les RPV ont généré des convergences de vue portant sur, 1 structure corporelle, 1 fonction de l'organisme, 1 activité et participation, et 1 facteur environnemental.

La partie de la base d'orientation activée, englobe 3 Groupements de Matériaux Expérientiels (GME) (Cf. Tableau 74)

**Tableau 74 : Une utilisation de la BORRAVC par le cycle d'expérientiation T5/R5**

Un état de la BORRAVC			
<i>Les acteurs "s'entre-définissent" dans les intermédiaires qu'ils mettent en circulation</i>		RPV réseau	1 <sup>er</sup> GME
Convergence de vue	« la sensation de douleur b28014» « structure du membre supérieur s730»	RPV objet du soin	
<i>Une identification des actions des agents est possible à travers la production qu'ils vont diffuser, dans et à travers le réseau</i>		RPV réseau	2 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« interactions de base avec autrui d710 »	RPV objet du soin	
<i>Un ensemble d'entités humaines et non humaines individuelles ou collectives (...) et les relations dans lesquelles elles entrent</i>		RPV réseau	3 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« médicaments e1101 »	RPV facteurs environnementaux	

Commentaires sur des convergences de vue et les GME :

(CIH-2) Structure corporelle : l'entité anatomique et biomécanique concernée « structure du membre supérieur s730»

(CIH-2) Fonctions de l'organisme : la douleur elle peut être considérée comme une fonctionnalité dont la visée est la protection du membre supérieur, en particulier de l'épaule droite hémiplegique « la sensation de douleur b28014 douleur au membre

<sup>139</sup> RPV : rapprochements des points de vue

supérieur sensation désagréable indiquant des dommages potentiels ou réels à une structure située dans un ou les deux membres supérieurs, y compris les mains »

(CIH-2) les activités et participation : moyens relationnels nécessaires qui se concrétisent lors du corps à corps entre le stagiaire et la patiente « interactions de base avec autrui d710 »

(CIH-2) Les facteurs environnementaux : les techniques massokinésithérapiques sont des soins que nous considérerons comme faisant partie de la classification, « médicaments e1101 ».

Le 1er GME créera des PRExp en lien avec la biomécanique de l'épaule hémiplegique et la physiopathologie de la douleur Le 2ème GME produira des PRExp en lien avec des interactions et des communications interhumaines, le 3ème GME créera des PRExp se rapportant à des techniques de soins massokinésithérapiques à visée antalgique.

L'étayage du cycle d'expérimentation par les savoirs connaissances

Le stagiaire a été en mesure de mobiliser des savoirs connaissances qui lui ont permis d'étayer le cycle d'expérimentation. Les modèles cognitif et/ou opératif dont nous percevons l'affleurement au travers du discours, ont été sollicités voire enrichis.

L'Affleurement des Modèles Cognitif et Opératif (AfMCO) se manifeste dans le(s) fragment(s) de conduite :

- > «le travail antalgique /de l'épaule droite »

L'AfMCO est un indicateur, de savoirs connaissances mobilisables (Cf. encadré et annexe du cas) que le stagiaire aurait pu mobiliser à partir de ses modèles, ou intégrer à ses modèles cognitif et opératif, nous exposons ceux qui sont à même d'avoir été mobilisés en priorité :

(PTV<sup>140</sup>) Il faut en premier lieu considérer que tout patient ayant subi un AVC est susceptible de développer une douleur l'épaule hémiplegique » c'est une complication fréquente de l'hémiplegie « elle pourrait concerner jusqu'à 84% des patients » aussi « l'examen initial doit donc rechercher certains facteurs de risque (...) la diminution de l'amplitude passive de la rotation externe (...) il faut tester la spasticité des muscles rotateurs internes de l'épaule » la « présence d'une spasticité des muscles grand pectoral ou sub-scapulaire.

(PTV) L'épaule gelée se caractérise cliniquement par des limitations dans l'amplitude des mouvements. Elle est fréquemment à l'origine de douleurs de l'épaule hémiplegique spastique (PTV)

(PTV) La mesure la plus importante est sans nul doute la prévention avec une installation correcte du patient au lit et sur sa chaise. Les soignants, les thérapeutes et la famille doivent apprendre à pouvoir aider le patient lors d'un transfert en évitant la traction et l'abduction forcée du membre supérieur. La mobilisation, active quand elle est possible et sinon passive, dans toutes les amplitudes, mais en respectant la douleur, est fondamentale.

---

<sup>140</sup> PTV : proposition tenue pour vrai

## Une opérationnalisation du cycle d'expérientiation T5/R5

Elle passe par la création d'un sous-but qu'appuie, le cas échéant, un aphorisme ou concept en acte/pragmatique véhiculé par les propos tenus par l'équipe soignante, les tuteurs etc.

### *Le sous but*

Prévenir la survenue d'une douleur sur l'épaule droite hémiplegique

L'aphorisme, le concept en acte, CAct5 « diminuer la douleur »

Le CAct5 « les techniques à visée d'antalgie » supervise l'application des techniques à visée antalgique.

Le théorème-en-acte T5 ;

Les moyens conjugués, massage, mobilisation infra douloureuse, étirements du grand pectoral, sont efficaces pour l'obtention d'une antalgie de l'épaule droite hémiplegique de ma patiente

La règle d'action R5 :

**Si** je veux traiter (curation et prévention) la sensation de douleur de l'épaule droite hémiplegique

**Alors** j'utiliserai de manière conjuguée le massage, la mobilisation infra douloureuse, et les étirements du grand pectoral

### **L'horizon des donations**

Le cycle d'expérientiation T1/R1

**La conduite** : « à partir de là j'ai développé mes moyens » et portée par T1/R1

**L'activité du stagiaire<sup>141</sup> : 1<sup>er</sup> étape dans la constitution des agrégats expérientiels, détecter des champs expérientiels**

La conduite évoquée s'est constituée en convoquant 5 champs expérientiels (Cf. Tableau 75). Celui de la corporéité a été le plus expérienté, avec 2 mises en mots. L'activation des 5 champs a donné lieu à la production de 6 mises en mots.

**Tableau 75 : Des champs expérientiels intégrés au fonctionnement de T1/R1**

Des champs expérientiels dans leur participation à l'expérientiation de l'objet du soin	
Phase d'élaboration perceptive	Phase de l'intégration du contenu linguistique et de l'énonciation
Convergences de vue vers l'objet du soin <sup>142</sup> Convocation des champs expérientiels	Convergences de vue vers l'objet du soin Mises en mots
corporéité	« à partir de là » SCH1 INF1 « j'ai » SCH1 INF2 (2)
valuation temporelle	« à partir de là » SCH1 INF1 (1)

<sup>141</sup> Plus exactement, une reconstitution de la conduite du stagiaire.

<sup>142</sup> Les caractéristiques (CIH-2) relevées dans la base d'orientation des perceptions/valuations

réflexivité	« j'ai » SCH1 INF2 (1)
valuation	« développé » SCH1 INF2 (1)
technique instrumentale de soin	« mes moyens » SCH1 INF2 (1)

***L'activité du stagiaire: 2<sup>ème</sup> étape, créer/produire des Points de Réduction Expérientielle (PRExp).***

Les PRExp répondent d'un classement qui est fonction des stratégies de mobilisation des champs expérientiels (Cf. Tableau 76).

**Tableau 76 : Des PRExp de T1/R1 expérimentés selon le don/contre don**

Un classement des PRExp et une formation d'agrégats expérientiels		
Stratégies expérientielles entrée par le/les systèmes d'activité	Fragments de conduite, reliés au stagiaire	Fragments de conduite, reliés au patient
		« j'ai développé mes moyens » SCH1 INF2
maillage interindividuel et tuilage	PRExp de la corporéité	PRExp de la corporéité
Tuilages		PRExp de la valuation temporelle
	PRExp de la réflexivité	
	PRExp de la valuation	
	PRExp de la technique instrumentale de soin	

Agrégat par maillage interindividuel

Agrégat par tuilage

***L'activité du stagiaire: 3<sup>ème</sup> étape en vue de l'agencement des agrégats, utiliser les Points de Réduction Expérientielle (PRExp) pour s'entendre avec l'aidante familiale sur une visée commune.***

Les dons/contre-dons des Fragments de Conduites (FC)

- ✓ Le stagiaire a donné à en partage, ses FC par l'entremise de la corporéité (comme membre de l'équipes soignante), de la valuation (bilan diagnostic) et de la réflexivité (prise de distance en regard de ses choix de traitement), des techniques instrumentale de soins (plan de soin)
- ✓ La patiente a donné en partage, ses FC par l'entremise de la corporéité (comme personne souffrante d'un AVC), et de la temporalité (liée à la période du début de son hospitalisation).

Une visée commune

- ❖ Mettre en œuvre un plan de soin individualisé /recevoir des soins<sup>143</sup>, pour traiter l'hémicorps droit hémiplegique en début de phase de rééducation /pour soigner mon hémiplegie, maintenant.

Le cycle d'expérimentation T2/R2

**La conduite : « donc la mobilisation / du membre supérieur et inférieur, / donc toutes les articulations / pour le premier (des objectifs144) » et portée par T2/R2**

**L'activité du stagiaire<sup>145</sup> : 1<sup>er</sup> étape dans la constitution des agrégats expérimentiels, détecter des champs expérimentiels**

La conduite évoquée s'est constituée en convoquant 3 champs expérimentiels (Cf. Tableau 77). Celui de la corporéité a été le plus expérimenté nettement, avec 3 mises en mots. L'activation des 3 champs a donné lieu à la production de 6 mises en mots.

**Tableau 77 : Des champs expérimentiels intégrés au fonctionnement de T2/R2 (cas n°1)**

Des champs expérimentiels dans leur participation à l'expérimentation de l'objet du soin	
Phase d'élaboration perceptive	Phase de l'intégration du contenu linguistique et de l'énonciation
Convergences de vue vers l'objet du soin <sup>146</sup> Convocation des champs expérimentiels	Convergences de vue vers l'objet du soin Mises en mots
corporéité	« du <b>membre supérieur et inférieur</b> », SCH1 INF4 « <b>les articulations</b> » SCH1 INF5 (3)
valuation	« donc <b>toutes</b> », SCH1 INF5 « pour le <b>premier</b> (des objectifs) » SCH1 INF6 (2)
technique instrumentale de soin	« <b>donc la mobilisation</b> » SCH1 INF3 (1)

**L'activité du stagiaire: 2<sup>ème</sup> étape, créer/produire des Points de Réduction Expérimentielle (PRExp).**

Les PRExp répondent d'un classement qui est fonction des stratégies de mobilisation des champs expérimentiels (Cf. Tableau 78).

**Tableau 78 : Des PRExp de T2/R2 expérimentés selon le don/contre don**

Un classement des PRExp et une formation d'agrégats expérimentiels

<sup>143</sup> L'italique signale l'apport de la patiente à la visée commune

<sup>144</sup> Ajout du chercheur

<sup>145</sup> Plus exactement, une reconstitution de la conduite du stagiaire.

<sup>146</sup> Les caractéristiques (CIH-2) relevées dans la base d'orientation des perceptions/valuations

Stratégies expérientielles entrée par le/les systèmes d'activité	Fragments de conduite, reliés au stagiaire		Fragments de conduite, reliés au patient	
	« donc la mobilisation » SCH1 INF3	« pour le premier (des objectifs) » SCH1 INF6	« du membre supérieur et inférieur » SCH1 INF4	« donc toutes les articulations » SCH1 INF5
1 <sup>er</sup> maillage interindividuel et tuilage	PRExp corporéité		PRExp corporéité	PRExp corporéité
2 <sup>ème</sup> maillage interindividuel et tuilage		PRExp de la valuation		PRExp de la valuation
Tuilage	PRExp technique instrumentale de soin			

Agrégat par maillage interindividuel

Agrégat par tuilage

**L'activité du stagiaire: 3<sup>ème</sup> étape en vue de l'agencement des agrégats, utiliser les Points de Réduction Expérientielle (PRExp) pour s'entendre avec l'aidante familiale sur une visée commune.**

Les dons/contre-dons des Fragments de Conduites (FC)

- ✓ Le stagiaire a donné à en partage ses FC par l'entremise de sa corporéité (prises et contre-prises), de la valuation (de l'application de la technique de mobilisation à toutes les articulations de l'hémicorps droit).
- ✓ La patiente a donné en partage, ses FC par l'entremise de sa corporéité (les articulations de son hémicorps droit), de l'auto-valuation (des ressentis des effets de la mobilisation articulaire).

Une visée commune

- ❖ traiter par la mobilisation toutes les articulations de l'hémicorps droit/*soigner mon hémiplegie par la mobilisation de mes articulations*<sup>147</sup>, valuer l'application des mobilisations pour toutes les articulations /*ressentir*, et *apprécier les effets de la mobilisation des articulations touchées par l'AVC*.

Le cycle d'expérientiation T4/R4

**La conduite : « et des étirements / notamment du grand pectoral » et porté par T4/R4**

**L'activité du stagiaire<sup>148</sup> : 1<sup>er</sup> étape dans la constitution des agrégats expérientiels, détecter des champs expérientiels**

La conduite évoquée s'est constitué en convoquant 5 champs expérientiels (Cf. Tableau 79). Tous les champs ont été expérientés de manière équivalente, avec chacun une mise en mots.

<sup>147</sup> La mise en italique signale l'apport de la patiente à la visée commune

<sup>148</sup> Plus exactement, une reconstitution de la conduite du stagiaire.

**Tableau 79 : Des champs expérientiels intégrés au fonctionnement de T4/R4 (cas n°1)**

Des champs expérientiels dans leur participation à l'expéientiation de l'objet du soin	
Phase d'élaboration perceptive	Phase de l'intégration du contenu linguistique et de l'énonciation
Convergences de vue vers l'objet du soin <sup>149</sup> Convocation des champs expéientiels	Convergences de vue vers l'objet du soin Mises en mots
technique instrumentale de soin	« <b>et des étirements</b> » SCH1 INF12 (1)
valuation	« <b>notamment du</b> » SCH1 INF13 (1)
corporéité	« <b>du grand pectoral</b> » SCH1 INF13 (1)

**L'activité du stagiaire: 2<sup>ème</sup> étape, créer/produire des Points de Réduction Expéientielle (PRExp).**

Les PRExp répondent d'un classement qui est fonction des stratégies de mobilisation des champs expéientiels (Cf. Tableau 80).

**Tableau 80 : Des PRExp de T4/R4 expéientiés selon le don/contre don**

Un classement des PRExp et une formation d'agrégats expéientiels		
Stratégies expéientielles entrée par le/les systèmes d'activité	Fragment de conduite, relié au stagiaire	Fragments de conduite, reliés au patient
		« et des étirements » SCH1 INF12
Tuilage	PRExp de la technique instrumentale de soin	
		PRExp de la valuation
		PRExp de la corporéité

**Agrégat par tuilage**

<sup>149</sup> Les caractéristiques (CIH-2) relevées dans la base d'orientation des perceptions/valuations

**L'activité du stagiaire: 3<sup>ème</sup> étape en vue de l'agencement des agrégats, utiliser les Points de Réduction Expérientielle (PRExp) pour s'entendre avec la patiente sur une visée commune sur une visée commune.**

Les dons/contre-dons des Fragments de Conduites (FC) :

- ✓ La patiente a donné en partage, ses FC par l'entremise de sa corporéité (muscle grand pectoral), de son auto-valuation (ses ressentis, réactions lors de la mise en tension de sa musculature et notamment du grand pectoral).
- ✓ Le stagiaire a donné en partage, ses FC par l'entremise de sa technique instrumentale de soin (l'étirement musculaire, prises contre-prises, palpations)

Une visée commune

- ❖ Étirer le muscle grand pectoral de l'épaule droite/ *ressentir, apprécier les effets des étirements sur mon épaule droite*<sup>150</sup>

Le cycle d'expérientiation T5/R5

**La conduite : « cela c'est pour le travail antalgique /de l'épaule droite » et portée par T5/R5**

**L'activité du stagiaire<sup>151</sup> : 1<sup>er</sup> étape dans la constitution des agrégats expérientiels, détecter des champs expérientiels**

La conduite évoquée s'est constituée en convoquant 5 champs expérientiels (Cf. Tableau 81). Ceux de la technique instrumentale de soin et de la valuation ont été les plus expérientés, avec chacun 2 mises en mots. L'activation des 5 champs a donné lieu à la production de 7 mises en mots.

**Tableau 81 : Des champs expérientiels intégrés au fonctionnement de T5/R5 (cas n°1)**

Des champs expérientiels dans leur participation à l'expérientiation de l'objet du soin	
Phase d'élaboration perceptive	Phase de l'intégration du contenu linguistique et de l'énonciation
Convergences de vue vers l'objet du soin <sup>152</sup> Convocation des champs expérientiels	Convergences de vue vers l'objet du soin Mises en mots
technique instrumentale de soin	« <b>cela c'est pour le travail antalgique</b> SCH1 INF14 « <b>de l'épaule droite</b> » SCH1 INF15 (2)
valuation	« <b>antalgique</b> » SCH1 INF14 « <b>droite</b> » SCH1 INF15 (2)
technique de guidage et d'accompagnement relationnel	« <b>travail antalgique</b> » SCH1 INF14 (1)

<sup>150</sup> La mise en italique signale l'apport de la patiente à la visée commune

<sup>151</sup> Plus exactement, une reconstitution de la conduite du stagiaire.

<sup>152</sup> Les caractéristiques (CIH-2) relevées dans la base d'orientation des perceptions/valuations

la technique d'observation clinique	« <b>travail antalgique</b> » SCH1 INF14 (1)
corporéité	« <b>de l'épaule droite</b> » SCH1 INF15 (1)

**L'activité du stagiaire: utiliser les affleurements d'EV pour créer des Points de Réduction Expérientielle (PRExp).**

**L'activité du stagiaire: 2<sup>ème</sup> étape, créer/produire des Points de Réduction Expérientielle (PRExp).**

Les PRExp répondent d'un classement qui est fonction des stratégies de mobilisation des champs expérientiels (Cf. Tableau 82).

**Tableau 82 : Des PRExp de T5/R5 expérimentés selon le don/contre don**

Un classement des PRExp et une formation d'agrégats expérientiels		
Stratégies expérientielles entrée par le/les systèmes d'activité	Fragments de conduite, reliés au stagiaire	Fragments de conduite, reliés au patient
	« cela c'est pour le travail antalgique » SCH1 INF14	« de l'épaule droite » SCH1 INF15
1 <sup>er</sup> maillage interindividuel et tuilage	PRExp la technique instrumentale de soin	PRExp la technique instrumentale de soin
2 <sup>ème</sup> maillage interindividuel et tuilage	PRExp la valuation	PRExp la valuation
Tuilage	PRExp la technique de guidage et d'accompagnement relationnel	
	PRExp la technique d'observation clinique	
		PRExp la corporéité

Agrégat par maillage interindividuel

Agrégat par tuilage

**L'activité du stagiaire: 3<sup>ème</sup> étape en vue de l'agencement des agrégats, utiliser les Points de Réduction Expérientielle (PRExp) pour s'entendre avec l'aidante familiale sur une visée commune.**

Les dons/contre-dons des Fragments de Conduites (FC) :

- ✓ La patiente a donné en partage, ses FC par l'entremise de sa corporéité (épaule droite douloureuse), de la technique instrumentale de soin (sa participation au

traitement avec l'expression de ses ressentis) et son auto-évaluation (l'expression de ses ressentis de l'effet antalgique au niveau de son épaule droite).

- > Le stagiaire a donné à en partage, ses FC par l'entremise, de la technique instrumentale de soin (le regroupement des techniques selon une visée antalgique pour le traitement de l'épaule droite, les prises et contre-prises, les palpations, les gestes), d'observation clinique (des effets antalgiques, de l'attention portée aux réactions de la patiente), et de guidage d'accompagnement relationnel et de valuation (sa prise de position par rapport au risque encouru de déclenchement d'une douleur, de l'attention portée aux dires, aux affects, aux réactions de la patiente).

#### Une visée commune

- ❖ Agencer les techniques de manière à optimiser un effet antalgique sur l'épaule droite/*ressentir, réagir, apprécier les effets du traitement massokinésithérapique sur les douleurs de mon épaule droite*<sup>153</sup>.

---

<sup>153</sup> La mise en italique signale l'apport de la patiente à la visée commune

## L'étude de cas n°2

### La composition de l'extrait vue par le schème d'action

Tableau 83 : Une décomposition du schème d'action n°4

Le but et l'O.C.P.	Les composants du schème d'action			Le récit
	Théorème en acte/règle d'action	concepts	Possibilités d'inférences	
<p>But 4 : S'apprêter à parer une chute en appréciant concomitamment toutes les réactions posturales et comportementales</p> <p>Schéme 4→ <b>OCP</b> : la <b>récupération/préservation des capacités d'équilibration</b></p>	<p>Théorème en acte / Règles d'action (Th/R) : <b>SCH4 T7/R7</b> « non il n'y a pas eu de, je n'ai pas eu à m'interposer pour contrer une chute » <b>SCH4 T8/R8</b> « enfin et il va, il va, il va se relever, il va se redresser » <b>SCH4 T9/R9</b> « et il va dire "oui, c'est vrai" il va rigoler, et cela le fait rire! »</p>	<p>Concept pragmatique :</p> <p>CAct 6→ Contrer CAct 7→ Redresser CAct 8→ Jauger</p>	<p>Les indices SCH4 INF17 « non il n'y a pas eu de » SCH4 INF18 « je n'ai pas eu à, enfin je n'ai pas eu à m'interposer » SCH4 INF19 « pour contrer une chute » SCH4 INF20 « enfin et il va, il va, il va » SCH4 INF21 « se relever », SCH4 INF22 « se redresser » SCH4 INF 23 « et il va dire » SCH4 INF24 « oui, c'est vrai" », SCH4 INF25 « il va rigoler » SCH4 INF26 « et cela le fait rire! »</p>	<p><b>Tour de parole D</b> « et oui, non il n'y a pas eu de, je n'ai pas eu à, enfin je n'ai pas eu à m'interposer et (...) pour, pour contrer une chute enfin et il va, il va, il va se relever, il va se redresser et il va dire "oui, c'est vrai", il va rigoler, et cela le fait rire!</p>

## **Les objets de savoirs/connaissances potentiellement mobilisés/mobilisables par le stagiaire pour la mise en travail de l'objet du soin (8 thématiques)**

### *Thématique 1 : sur la chute*

#### Définition de la chute : VS

« La chute est définie généralement comme l'action de tomber □ c'est-à-dire la perte de son équilibre et le fait d'être attiré vers le sol par son poids □ sous l'effet de la pesanteur. Il existe ...un manque d'homogénéité de la définition de la chute• la terminologie d'origine anglophone définit la chute accidentelle comme tout glissement ou trébuchement aboutissant à une blessure• cette définition inclut donc à la fois le mécanisme de la chute et sa conséquence. La définition la plus fréquemment citée dans la littérature francophone est celle de l'organisation mondiale de la Santé (OMS) "qui définit la chute comme "l'action de tomber ou de glisser au sol indépendamment de sa volonté". Cette définition met l'accent sur le caractère involontaire de la chute• sans tenir compte des conséquences. La définition la plus fréquemment utilisée dans la littérature est celle qui définit la chute comme "tout événement au cours duquel la personne se retrouve involontairement au sol ou sur tout autre niveau inférieur". Cela peut inclure un événement au cours duquel la personne trébuche dans les escaliers• glisse ou perd l'équilibre et heurte un objet table• lit etc. Mais la majorité des définitions s'accorde sur l'association plus ou moins complète de trois caractéristiques : se retrouver dans une position de niveau inférieur par rapport à la position de départ, le caractère involontaire et l'anomalie ou l'absence de réflexes posturaux adaptés » (Saich, F., & Szekely, 2011, p.2)

#### La prise en charge de la prévention de la chute

« La prise en charge doit être orientée vers la recherche des conséquences traumatiques de la chute et des signes de gravité mettant ou risquant de mettre en jeu le pronostic vital et fonctionne la durée de séjour au sol est un marqueur de gravité. La prévention de la récurrence passe par la correction des facteurs de risques de chute modifiables par la révision de l'ordonnance, par la promotion de l'exercice physique et de l'aide technique adaptée à la marche » (Saich, F., & Szekely, 2011, p.1)

### *Thématique 2 : sur l'attention*

#### Les difficultés de concentration et d'attention : VS

« Les difficultés de concentration et d'attention sont également une plainte fréquente (entre 30 à 50 % des traumatisés crâniens sévères) [3]. La lenteur cognitive a été largement démontrée. Elle est proportionnelle à la sévérité du traumatisme, et elle tend à persister au-delà de la deuxième année dans les cas les plus sévères. L'origine de ce ralentissement est discutée. Il s'agit bien d'une lenteur cognitive, dépendante de la complexité de la tâche à réaliser. Toutefois, le ralentissement est global, touchant toutes les phases du traitement de l'information. La lenteur est vraisemblablement secondaire aux lésions axonales diffuses. » (Azouvi, 2009, p.2)

#### Le modèle de Van Zomeren et Brouwer : VS

Les déficits spécifiques des fonctions attentionnelles ont été le plus souvent étudiés dans le cadre du modèle de Van Zomeren et Brouwer [4] distinguant parmi les fonctions attentionnelles : l'attention focalisée, l'attention divisée, l'attention soutenue et l'alerte phasique. La plupart des études expérimentales concordent pour admettre l'existence, chez les traumatisés crâniens sévères, d'un déficit de l'attention divisée. Il est possible que ce déficit soit en grande partie la conséquence d'une diminution des ressources

attentionnelles. En effet, les patients traumatisés crâniens sévères réussissent bien à faire deux tâches à la fois, si ces deux tâches sont assez simples et peuvent être réalisées de façon automatique. En revanche, la réalisation simultanée de deux tâches plus complexes, mettant en jeu un contrôle exécutif, ou comportant une charge forte en mémoire de travail, est beaucoup plus difficile [5]. En ce qui concerne l'attention focalisée et l'alerte phasique, là encore, le déficit dépend de la complexité de la tâche. L'effet du ralentissement est important sur ces fonctions. Au-delà du ralentissement, il semble que les patients TC sévères aient des difficultés en situation d'attention sélective ou d'attention soutenue, si les tâches sont complexes et demandent un niveau de contrôle exécutif élevé ». (Azouvi, 2009, p.2)

### *Thématique 3 : sur les troubles de la mémoire*

Les troubles de la mémoire chez les traumatisés crâniens : VS

C'est une des plaintes cognitives les plus fréquentes des traumatisés crâniens sévères et de leur famille. Il est habituel de distinguer deux formes bien différentes :

*L'amnésie post-traumatique* qui correspond à la période durant laquelle le patient, au décours du traumatisme et du coma, est confus, désorienté, incapable de mémoriser des informations nouvelles et souffre d'une amnésie rétrograde. Ces troubles régressent progressivement, et la durée de la phase d'amnésie post-traumatique a une valeur pronostique majeure et largement démontrée ;

*Les déficits persistants de la mémoire*: la sortie de la phase d'amnésie post-traumatique ne veut pas dire que le fonctionnement mnésique est redevenu normal. Au contraire, les troubles persistants de la mémoire sont extrêmement fréquents. Ils sont parfois reconnus par le patient lui-même sinon au moins par son entourage, et habituellement mis en évidence par les tests neuropsychologiques. Ces troubles respectent la mémoire à court terme du moins telle qu'elle est évaluée par l'empan à l'endroit. En revanche, la mémoire à long terme est déficitaire dans toutes ces modalités : verbale, visuelle, en rappel comme en reconnaissance. Ces troubles sont de durée prolongée. Ils persistent de nombreuses années après le TC dans les cas les plus graves, et leur impact péjoratif sur la réinsertion notamment professionnelle a été démontré. (Azouvi, 2009, p.1-2)

Les troubles de la mémoire et de l'orientation spatio-temporelle : VS

« Les troubles de la mémoire et de l'orientation spatio-temporelle peuvent engendrer :

(1) la

perte des souvenirs antérieurs à l'accident (mémoire rétrograde), essentiellement les souvenirs épisodiques, les connaissances sémantiques et procédurales étant généralement mieux conservés ; (2) la perte des possibilités de mémorisation à court ou long terme (mémoire antérograde) : mémoire épisodique (défaut d'encodage, défaut de récupération), mémoire sémantique, mémoire autobiographique, mémoire prospective (mémoire des faits et des actions futures) ; (3) la difficulté ou impossibilité de se situer dans le temps et de s'orienter dans l'espace, etc. Cependant, les troubles mnésiques principaux concernent la mémoire de travail (Azouvi, Jokic, Van der Linden, Marlier, & Bussel, 1996) et peuvent par exemple s'illustrer par une difficulté à suivre une conversation tout en gardant en mémoire le fil conducteur ou une difficulté à retenir un numéro de téléphone avant de le composer...Le plus souvent, les problèmes de mémoire observés ne sont pas apparentés à un syndrome amnésique mais sont la conséquence d'un syndrome dysexécutif avec des troubles de l'organisation et de la planification se répercutant sur le fonctionnement mnésique. » (Masson, 2011, p. 45)

### *Thématique 4 : le Syndrome de Désadaptation PsychoMotrice (SDPM)*

Histoire du SDPM

« Le syndrome de désadaptation psychomotrice (SDPM), qui représente une décompensation posturo-motrice secondaire à une anomalie de la programmation de la

posture et du mouvement, fut décrit initialement en 1986 par l'équipe dijonnaise du professeur Gaudet sous la dénomination « syndrome de régression psychomotrice » (Manckoundia, Soungui, Tavernier-Vidal, & Mourey. 2014, p.94)

Facteurs de la survenue du syndrome de désadaptation psychomotrice (SDPM) :

« Le syndrome de désadaptation psychomotrice représente une décompensation de la fonction posturale, de la marche et des automatismes psychomoteurs, liée à une perturbation de la programmation posturo motrice suite à une détérioration des structures sous-corticofrontales. Il associe des troubles posturaux (rétropulsion), des altérations non spécifiques de la marche, des anomalies neurologiques (akinésie, hypertonie oppositionnelle, diminution des réactions d'adaptation posturale et des réactions parachutes) et troubles psycho comportementaux. Ces derniers comportent notamment une phobie de la verticalisation et de la marche dans sa forme aiguë tandis qu'une bradyphrénie, une aboulie et une démotivation sont notées dans sa forme chronique. La survenue de la désadaptation psychomotrice est liée à la sommation de trois facteurs impliqués dans la réduction des réserves fonctionnelles motrices par le biais d'une altération des structures sous-corticofrontales : le vieillissement, les maladies chroniques (atteintes dégénératives ou vasculaires) et des facteurs aigus organiques, aggravant l'altération de la perfusion sanguine cérébrale, ou fonctionnels (chute, alitement, non-utilisation). Sa prise en charge doit être pluridisciplinaire, médicale, motrice et psychologique » (Mourey, 2012, e265)

SDPM et les altérations de circuits sous-cortico-frontaux :

Ces altérations de circuits sous-cortico-frontaux, qui représentent le dénominateur commun des situations décrites ci-dessus, entraînent une perturbation de la programmation posturale et motrice. En effet, les structures sous-corticales, notamment la substance blanche, sont des zones de relais des informations sensorielles adressées aux centres de traitement de l'information. Ainsi, la qualité des messages neurosensoriels est dégradée en cas d'altération de la substance blanche avec, comme conséquence, un traitement central permettant le déclenchement d'une réponse posturale ou motrice adéquate altéré du fait d'informations neurosensorielles erronées, entraînant une réponse posturale ou motrice non adaptée à la situation. (Manckoundia, Soungui, Tavernier-Vidal, & Mourey. 2014, p.95)

SDPM et rétropulsion :

La présentation clinique du SDPM est dominée par la rétropulsion. Cette dernière correspond à un déjettement du tronc en arrière en position assise, à une perte de la projection antérieure du tronc avec une position des pieds en avant au cours du passage assis-debout et à une tendance à la chute en arrière en orthostatisme. Il en résulte une projection du centre de masse en arrière du polygone de sustentation, ce qui entrave la sécurité durant la marche et l'efficacité des activités basiques, telles que le lever d'un siège. Toutefois, il peut exister des mécanismes d'adaptation trompeurs, tels que la flexion des genoux, qui permettront à la personne atteinte de SDPM de maintenir la position debout. (Manckoundia, Soungui, Tavernier-Vidal, & Mourey. 2014, p.96)

SDPM et la réadaptation motrice globale par des kinésithérapeutes

« La réadaptation motrice globale par des kinésithérapeutes formés à la prise en charge des personnes âgées fragiles doit aussi être précoce et intégrer les objectifs de vie et la motivation du patient. Son objectif primordial est le réapprentissage de la motricité nécessaire à la réalisation des actes basiques de la vie quotidienne tels que se retourner dans le lit et le passage en orthostatisme ou en position assise. La correction

de la répropulsion est en filigrane tout au long de la réadaptation motrice, aussi bien lors du réapprentissage des actes moteurs basiques que lors de la rééducation de l'équilibre et de la marche [32]. De plus, l'apprentissage du « relever du sol » constitue un élément capital de cette rééducation motrice et doit être débuté précocement » (Manckoundia, Soungui, Tavernier-Vidal, & Mourey. 2014, p.98)

#### *Thématique 5 : sur la marche*

La marche et ses nécessités :

« La marche est une activité volontaire, automatique et réflexe impliquant de nombreuses structures anatomiques du système nerveux central et périphérique et nécessitant l'intégrité de l'appareil ostéo-articulaire. La mise en jeu de l'appareil musculo-squelettiques, principal effecteur de la marche, est dépendante de l'activation de structures spinales, supra spinales et sous-cortico-corticales. Pour être réalisée correctement, la marche nécessite l'intégrité des capacités de contrôle de la posture, et du maintien de l'équilibre. Le contrôle de la posture est assuré par la contraction permanente des muscles antigravitaires, le maintien de l'équilibre nécessite pour sa part une interaction permanente entre signaux afférents en provenance des différents systèmes sensoriels et signaux efférents activant les motoneurons spinaux et permettant la contraction des muscles antigravitaires. La locomotion proprement dite se décompose en une phase oscillatoire, représentant 60-65% du temps de marche et une phase d'appui uni- ou bipodal, représentant 20 à 25% du temps » (Fraix, 2005, p.2)

Le bilan de la marche :

« Si la marche est possible, on notera : sa stabilité et la nécessité éventuelle d'appui sur une aide technique (cane simple, canne anglaise, canne tripode ou déambulateur) ou la nécessité d'une aide humaine. L'écartement spontanément des pieds à la marche est noté, ainsi que la possibilité de marche en funambule et l'on tente d'apprécier la durée du double-appui à la marche dont le pourcentage par rapport au cycle de marche (normalement de 20%) est directement lié à la qualité de l'équilibre. Les caractéristiques de la démarche sont notées car elles orientent vers le ou les mécanismes du déséquilibre: déroulement du pas, boiterie, longueur et symétrie du pas... La vitesse confortable de marche puis rapide, qui peut se, Evaluation clinique équilibre AY 2007-084, mesurer sur dix mètres n'est pas une donnée directement liée au risque de chutes mais elle est intéressante. Les demi-tours sont étudiés (de chaque côté) en notant le nombre de pas extérieurs effectués. La décomposition du demi-tour, traduite par le nombre élevé de pas est directement en rapport avec le risque de chutes. Enfin, pour sensibiliser le trouble de l'équilibre à la marche, il est demandé au patient de marcher malgré différentes perturbations : occlusion des yeux, mouvements de rotation et d'inclinaison de la tête, double tâche comme la simple conversation qui inhibe la marche chez le sujet âgé à haut risque de chutes, enfin d'éventuels déséquilibres extrinsèques comme le lancer de ballon. » (Yelnik, 2007, pp.3-4)

#### *Thématique 6 : sur les stratégies de rattrapage*

L'équilibre postural :

« Pour l'équilibre postural, les seuls contacts entre l'individu et son environnement sont les appuis au sol. Deux efforts sont appliqués sur le système: le poids (P) appliqué au Centre de Masse (CoM) et la résultante des efforts de contact (F) appliquée au Centre de Pression (CoP). L'équilibre statique implique que la vitesse du CoM doit être négligeable et que ces deux forces se compensent, i.e. que la résultante F, ait la même direction que le poids P. Cette condition implique que la projection verticale du CoM corresponde avec le CoP. Ce dernier étant contraint à l'intérieur de la Base de Support (BoS), on retrouve la définition classique de la condition d'équilibre postural

chez l'humain: le CoM doit avoir une vitesse négligeable et la projection de ce point doit se trouver dans la BoS (ou polygone de sustentation) » (Vallée, 2015, p.15)

Le choix de ces stratégies de rattrapage :

« Lorsque l'on se trouve dans un état perturbé, des actions musculaires sont mises en place par le CNS pour essayer de revenir dans un état d'équilibre. Le choix de ces stratégies de rattrapage est dépendant du sujet, de l'environnement, de l'état initial dans lequel on se trouve mais également des caractéristiques de la perturbation, ainsi que des consignes de rattrapage. Deux grands types de stratégies ont été identifiés : 1°/ les stratégies en « support fixe » où la BoS reste inchangée au cours du rattrapage. Elles regroupent la stratégie de cheville et la stratégie de hanche (Horak and Nashner, 1986), qui sont principalement décrites dans le plan antéro-postérieur (AP) ; 2°/ les stratégies par « changement de support » où la BoS est modifiée au cours du rattrapage (Maki and McIlroy, 1997). » (Vallée, 2015, p.18)

Les stratégies en support fixe (cheville):

« Dans le plan AP, la stratégie de cheville est caractérisée par l'activation des muscles fléchisseurs/extenseurs des chevilles. Cela se traduit par le développement d'un couple autour de l'axe de flexion/extension des chevilles, ce qui implique un déplacement du CoP selon l'axe AP (Figure 3). L'efficacité de cette stratégie est donc limitée par le déplacement maximal du CoP. Celui-ci est contraint soit par la taille de la BoS, soit par les capacités musculaires du sujet. King et al. (1994) ont ainsi montré que le CoP ne pouvait se déplacer que dans une BoS fonctionnelle (BoSf) correspondant à 60% de la taille totale de la BoS dans le plan AP pour des personnes jeunes et 40% pour les personnes âgées. La stratégie de cheville est principalement utilisée lors de perturbations de faible amplitude, sur une surface rigide et plus grande que la taille de la BoS permettant ainsi le déplacement du CoP (Horak and Nashner, 1986). » (Vallée, 2015, p.18)

Les stratégies en support fixe (hanche): VS

« Toujours dans le plan AP, la stratégie de hanche est caractérisée par une activation des muscles fléchisseurs/extenseurs de hanche, ce qui a pour effet une mise en rotation de l'ensemble du haut du corps (Tête et tronc, cf. Figure 3). Grâce à la rotation, l'inertie des différents segments permet de générer un effort tangentiel sous la BoS qui freinera l'avancée du CoM (Horak and Nashner, 1986; Maki and McIlroy, 1997). Cette stratégie est utilisée lors de perturbations importantes et rapides, sur une surface non glissante et de petite taille par rapport à la BoS (Horak and Nashner, 1986; Runge et al. 1999). Plus récemment, il a été montré que la mise en rotation rapide des bras par certains sujets a le même effet mécanique (Roos et al. 2008). » (Vallée, 2015, p.19)

Les stratégies par changement de support : VS

« La stratégie de pas de rattrapage consiste à augmenter la taille de la BoS, augmentant ainsi la surface au-dessus de laquelle le CoM peut retrouver un état d'équilibre (Maki and McIlroy, 1997). Elle permet également d'augmenter le bras de levier qui permet de freiner plus efficacement l'avancée du CoM (Maki and McIlroy, 1997). Cette stratégie est de loin la plus efficace pour rattraper des perturbations importantes (Hsiao and Robinovitch, 1999 ; Vallée and Robert, 2015). Les premières études sur le rattrapage d'équilibre ont supposé que le pas de rattrapage était une stratégie de dernier recours utilisée lorsque les stratégies de cheville et de hanche sont insuffisantes pour revenir dans un état d'équilibre (Horak and Nashner, 1986). (Vallée, 2015, p. 19)

Les stratégies fonctionnent en parallèle et non de manière séquentielle : VS

Il a été montré plus récemment que le pas est initié même si celui-ci n'était pas nécessaire ce qui montre que les stratégies fonctionnent en parallèle et non de manière séquentielle (Maki and McIlroy, 1997; Schulz et al. 2005). Il a également été montré que l'utilisation de cette stratégie change avec l'âge: le pas de rattrapage est déclenché beaucoup plus souvent et beaucoup plus tôt chez les personnes âgées (Mille et al. 2003) De la même façon le fait d'étendre sa BoS en prenant un point d'appui avec la main (rampe, barre, etc...) permet aussi de freiner l'avancée du CoM. L'efficacité de cette stratégie dépend de la position de la main, de la direction de la perturbation et de la position de l'ensemble du corps (Sarraf et al. 2013). Le mouvement des bras peut également avoir un rôle protecteur pour réceptionner une chute éventuelle, cet effet est relevé chez les personnes âgées et tend à favoriser la chute (Cheng et al. 2015; Roos et al. 2008). (Vallée, 2015, pp.19-20)

#### *Exercices de stimulation des réactions d'équilibration*

« Des exercices de stimulation des réactions d'équilibration faisant suite au déplacement du centre de gravité (stratégie de cheville, de hanche et verticale) doivent être proposés. Les mises en situation peuvent être: –Statiques: poussées sternales, latérales dans différentes conditions (yeux ouverts, yeux fermés), ou transferts du poids du corps (antéro-postérieur, latéraux) –Dynamiques: diminution de la surface du polygone de sustentation, variation des points d'appui lors d'un déplacement (marcher sur différentes hauteurs, variations de la longueur du pas), déplacement vertical du centre de gravité (toute situation où le sujet doit se baisser ou se mettre sur le pointe des pieds). Les réflexes de protection, qui nous permettent de limiter une chute ou d'en diminuer sa gravité, doivent également être ré-appris » (Innocent-Mutel, 2015, p. 6)

Les « rééducations doivent comporter des mises en situation corporelles qui sollicitent de façon spécifique l'adaptation posturale à des modifications de l'environnement et les ajustements posturaux anticipés. Plus les tâches seront écologiques et meilleur seront le transfert et la généralisation aux situations de la vie quotidienne. » (Innocent-Mutel, 2015, p. 6)

« Un programme multi-catégories associe à des exercices de stimulation de l'équilibre et de la marche, des exercices de renforcement musculaire. Les programmes d'exercices multi-catégories sont également efficaces lorsqu'ils sont pratiqués en individuel au domicile : le taux de chutes est diminué de 32 % et le risque de chuter de 22 %. Ces programmes d'exercices à domicile sont généralement mis en œuvre et suivis, au moins au départ, par des kinésithérapeutes ou d'autres types d'intervenants spécialement formés. » (Blain, Bloch, Borel, Dargent-Molina, Gauvain, Hewson, D., ... & Rolland, 2015, p.27)

« Les interventions comprenant spécifiquement des exercices d'équilibre dynamique (rattrapage de l'équilibre en position debout, passage d'obstacles, exercices d'assis-debout, de double-tâche, de marche avec variations de vitesse et de direction) et du renforcement musculaire des membres inférieurs améliorent la vitesse de marche et les paramètres cinématiques. Pour être considérés comme efficaces, les programmes d'exercices physiques visant à prévenir les chutes devront comporter entre autres ces différents types d'exercices renforçant l'équilibre. » (Blain, Bloch, Borel, Dargent-Molina, Gauvain, Hewson, D., & Rolland, 2015, pp. 34-35)

## *Thématique 7 : sur les fonctions cognitives de niveau supérieur*

### *Anosognosie et troubles de la conscience de soi*

Les patients ont fréquemment une conscience amoindrie de leurs difficultés cognitives et comportementales, alors qu'ils ont bien conscience de leur incapacité physique. Cette anosognosie rend l'évaluation des blessés encore plus difficile, car, spontanément, les patients ne se plaignent que peu, voire pas du tout. (Azouvi, 2009, p.3)

### *Modifications du comportement et de la personnalité*

Ces troubles qui peuvent survenir de 50 à 70 % des TC sévères peuvent être d'une gravité variable. Ils peuvent retentir fortement sur l'équilibre familial et sont source, comme cela a été démontré par Brooks et McKinlay [14], d'une sensation de stress importante pour l'entourage familial. Il peut s'agir soit de modification sur le versant de l'inhibition avec un apragmatisme et un manque d'initiative, soit sur le versant de la désinhibition avec une impulsivité, une intolérance aux contrariétés et aux frustrations. Ces difficultés peuvent même aboutir à des comportements antisociaux avec parfois une agitation, une agressivité, qui peut nécessiter un traitement spécifique. (Azouvi, 2009, p.3)

Dans cette étude, les modifications du comportement, de l'humeur ou des émotions les plus fréquemment rapportés concernent l'irritabilité (64 %), la mauvaise humeur (64 %), la fatigue (62 %), la dépression (57 %), la labilité émotionnelle (57 %), l'anxiété (57 %) et des accès de violence (54 %). Ces changements de personnalité sont considérés par les proches comme un lourd fardeau. Dans une autre étude portant chez des patients à deux ans d'évolution, l'irritabilité est également évoquée comme l'un des problèmes les plus fréquents, mais le manque d'initiative est également rapporté dans 44%des cas, ainsi qu'un comportement socialement inadapté dans 26 % des cas (Vallat-Azouvi, Chardin-Lafont, 2012, p.370)

Ces troubles ont été longtemps interprétés dans le cadre d'un syndrome frontal post-traumatique, tels que ceux initialement décrits dans la littérature suite à des lésions du lobe frontal (cas de Phinéas Gage). Depuis les récents travaux en neuropsychologie sur la modélisation des fonctions exécutives, ces troubles sont décrits comme des troubles dysexécutifs comportementaux [64]. Il s'agit le plus fréquemment des manifestations en lien avec l'hyperactivité globale et le manque de contrôle émotionnel (désinhibition, impulsivité, irritabilité, agitation psychomotrice, agressivité) ou au contraire avec un défaut d'activation (apathie, réduction de la prise d'initiative, baisse de motivation), les persévérations et les stéréotypies comportementales, les troubles des conduites sociales et l'anosognosie ou méconnaissance des perturbations. (Vallat-Azouvi, Chardin-Lafont, 2012, p.371)

« Les fonctions exécutives ont été conçues, au départ, comme l'ensemble des fonctions cognitives supérieures qui déterminent le comportement intentionnel, organisé et dirigé vers un but (Lezak, 1983). Pourtant, le concept initial de fonctions exécutives comme mécanisme de contrôle cognitif de l'action a migré graduellement au fil des constatations croissantes de l'importance des émotions dans tout le processus. Selon Royall et al. (2002), le lobe frontal est la seule région corticale capable d'intégrer l'information sensorielle, interne et externe, l'émotion, la motivation et la mémoire dans une action unifiée dirigée vers un objectif (traduction libre, p. 379). Par conséquent, le rôle principal des fonctions exécutives est la programmation des actions, la régulation des émotions et l'adaptation du comportement au contexte social (Best et Miller, 2010) » (Restrepo, 2014, p.11)

« Le siège des fonctions exécutives se situe dans le cortex préfrontal humain. On reconnaît trois composantes de la fonction exécutive: le contrôle cognitif, le contrôle émotionnel et le contrôle motivationnel, respectivement associées à la partie latérale, orbitofrontale et médiane du cortex préfrontal (Miller et Cohen, 2001). La notion de contrôle rend compte des processus qui permettent, dans une situation donnée, la sélection de l'action appropriée, orientée vers un but. Elle est proche de celle de régulation. L'idée implicite dans ce concept est que, si nous avons le contrôle de la situation et que nous prenons les décisions appropriées, nous pouvons modérer l'intensité ou orienter la direction des émotions (Oatley et al, 2011) » (Restrepo, 2014, p.11)

*Thématique 8 : de l'information à l'empowerment :*

*L'acceptabilité de la participation des patients à leur sécurité*

« La participation des patients peut aller de l'information à l'*empowerment*. Selon l'*International Association for Public Participation's* (IAP2), la participation peut être graduelle entre l'information et l'*empowerment* selon le modèle suivant : information (faible niveau de contribution et d'influence), consultation, implication (niveau moyen de contribution et d'influence), collaboration, *empowerment* [haut niveau de collaboration et d'influence]. La participation des patients touche à la fois à leur propre sécurité, à la participation de leurs proches pour assurer leur sécurité ou encore à la participation des associations et des représentants des patients cherchant à assurer la sécurité d'autrui. » (Mougeot, Robelet, Rambaud, Occelli, Buchet-Poyau, Touzet, & Michel, 2018, p.79)

« La majeure partie des expériences de participation des patients se cantonne à l'information, la consultation voire l'implication des patients. Cette participation est bien acceptée dès lors qu'elle ne met pas en cause l'activité des professionnels de santé. Dans une étude menée auprès des professionnels infirmiers, Saul N. Weingart [55] montre par exemple que ceux-ci considèrent la participation des patients comme constituant une bonne manière d'éviter nombre d'erreurs, en particulier les erreurs médicamenteuses. La participation des patients, lorsqu'elle se cantonne à l'implication des patients, est notamment facilitée du fait de l'intérêt pour les soignants à les faire participer aux soins. Cette implication des patients pour l'amélioration de la sécurité des soins est d'une part facilitée par le souhait notable des patients à prendre part à la gestion de la sécurité des soins [15, 33, 47, 58, 60, 61] et, d'autre part, par la volonté des professionnels de santé d'impliquer davantage les patients dans ce processus [15, 33]. Reste que la lecture réductrice et communément admise du rôle de soignant et de patient dans le système de soin tend à constituer un frein dans la participation des patients à la sécurité des soins [62]. » (Mougeot, Robelet, Rambaud, Occelli, Buchet-Poyau, Touzet, & Michel, 2018, p.79)

*L'empowerment*

« Peu d'expériences de collaboration voire d'*empowerment* des patients sont repérables. Plusieurs initiatives – telles que le « Speak Up » de la Joint Commission, différentes brochures présentant les manières de prendre part à la prévention des erreurs médicales et des maladies nosocomiales – promeuvent la participation des patients dans la prévention des erreurs mais encore trop peu d'études ont été effectuées afin d'en mesurer les effets. Les principaux enseignements de ce pan de la recherche sont les suivants [63] : 1) Les patients ont généralement une attitude positive quant à la vigilance envers leur propre sécurité mais leurs comportements varient considérablement. 2) La vigilance des patients est plus probante lorsque les

incidents à éviter sont prévisibles. L'augmentation de l'incertitude tend à diminuer l'implication des patients. 3) Le degré de participation des patients dans la sécurité des soins évolue selon le type d'intervention : la coopération des patients est facilitée lorsque leurs interventions induisent un changement radical des comportements et lorsque ces interventions sont mises en œuvre avec délicatesse. » (Mougeot, Robelet, Rambaud, Occelli, Buchet-Poyau, Touzet, & Michel, 2018, p.79)

## Le schème d'action et sa mise en correspondance avec la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé

Étude de cas n°2

Tableau 84 : Des correspondances entre le schème d'action et la CIH-2

Correspondances		
But du schème et l'objet du soin	Cycles d'expérientiation	les fonctions organiques, structures corporelles, les activités et participation, les facteurs environnementaux (CIH-2)
<p>But 4 : Apprécier chez le patient les fonctions : posturo motrice et cognitive de niveau supérieur lors d'un déséquilibre</p> <p>L'objet du soin : la prise de décision</p> <p>Schéme 4→</p>	<p>SCH4 T7/R7</p> <p>« non il n'y a pas eu de, je n'ai pas eu à m'interposer pour contrer une chute »</p>	<p>« garder la position du corps d415 garder la même position si nécessaire, comme rester assis ou debout au travail ou l'école » (Organisation mondiale de la Santé, CIH-2, 2000, p.111)</p> <p>« contrôle des mouvements volontaires b7601 fonctions relatives au contrôle et à la coordination des mouvements volontaires complexes (Ibid., p.78) » (Ibid., p.78)</p> <p>« professionnels de santé e355 tous les prestataires de soins travaillant dans le cadre du système de santé, comme les médecins, infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes, audiométriciens, prothésistes, travailleurs médico-sociaux, et autres fournisseurs de soins » (Ibid., p. 149)</p> <p>« attitude individuelle des professionnels de santé e450 opinions et points de vue généraux et spécifiques qu'ont les professionnels de santé sur la personne considérée ou sur d'autres sujets (par ex. enjeux sociaux, politiques et économiques) qui influent sur le comportement et les actes individuels (Ibid., p.150)</p>
	<p>SCH4T8/R8</p> <p>« enfin et il va, il va, il va se relever, il va se redresser »</p>	<p>« puissance des muscles de la moitié inférieure du corps b7303 fonctions relatives à la force générée par la contractions des muscles et des groupes de muscles situés dans la moitié inférieure du corps », (Ibid., p.75)</p> <p>« puissance des muscles du tronc b7305 fonctions relative à la force générée par la contractions des muscles et des groupes de muscles du tronc » (Ibid., p.75</p> <p>« changer de position corporelle de base d410</p>

		<p>prendre et quitter une position et passer d'un endroit à un autre, comme se lever d'un fauteuil et se coucher dans un lit, et prendre et quitter les positions à genoux ou accroupi » (Ibid., p.110)</p> <p>« garder la position du corps d415 garder la même position si nécessaire, comme rester assis ou debout au travail ou l'école » (Ibid., p.111)</p> <p>« coordination des mouvements volontaires b7602 fonctions relatives à la coordination de mouvements volontaires simples et complexes, les mouvements étant exécutés de façon ordonnée » (Ibid., p.78)</p>
	<p>SCH4 T9/R9 « et il va dire "oui, c'est vrai" il va rigoler, et cela le fait rire! »</p>	<p>« jugement, b1645 fonctions mentales impliquées dans le choix effectué parmi plusieurs possibilités, par exemple dans le cas de la prise de décision ou la formulation d'une opinion.» (Ibid., p. 45)</p> <p>« pertinence des émotions b1520 fonctions mentales qui produisent la conformité du sentiment et de l'affect à la situation, par exemple de recevoir des bonnes nouvelles (Ibid., p. 43)</p> <p>« attitude individuelle des professionnels de santé e450 opinions et points de vue généraux et spécifiques qu'ont les professionnels de santé sur la personne considérée ou sur d'autres sujets (par ex. enjeux sociaux, politiques et économiques) qui influent sur le comportement et les actes individuels (Ibid., p.150)</p>

## Les autres cycles d'expérimentation en rapport avec les horizons des soins et des donations.

### L'horizon des soins

Le cycle d'expérimentation T8/R8

**La conduite : «enfin et il va, il va, il va se relever, il va se redresser» portée par T8/R8**

#### La genèse des cycles

Elle a été suscitée chez le stagiaire par 5 conditions expérientielles : la tâche discrétionnaire issue du dispositif technique des soins, le but du schème, la tâche effective à partager ces deux facteurs sont en lien avec un besoin pragmatique partagé en rapport avec l'objet du soin : *les capacités de préservation de l'équilibre*, le facteur qui suit, est celui d'une convergence de vues des acteurs qui se concrétisera au travers d'une Base d'Orientation(BO), le dernier facteur se rapporte aux savoirs/connaissances présumés mobilisés par le stagiaire.

#### Le cadrage des activités par la tâche discrétionnaire le but du schème et la tâche effective à partager

La tâche discrétionnaire, elle relève du projet thérapeutique, elle est émise par le prescripteur, elle s'énonce comme suit :

- > Traiter les fonctions relatives à la posture et aux déplacements pédestres

Le but du schème 1:

- > Apprécier la fonction posturale, psychomotrice et les réactions comportementales en lien avec un déséquilibre

Une tâche effective à partager qui appellera une collaboration des deux acteurs.

- > Éviter la chute

#### L'activation d'une Base d'Orientation consacrée aux Soins Psychomoteurs de Réadaptation (BOSPR)

La base d'orientation montre qu'une la totalité des RPV 154 réseau (2) ont été utilisés. Ils se sont articulés avec les RPV (2) objet du soin. Les RPV ont généré des convergences de vue portant sur, 3 fonctions de l'organisme, 2 activités et participation.

À noter que les facteurs environnementaux sont absents.

La partie de la base d'orientation activée, englobe 2 Groupements de Matériaux Expérientiels (GME) (Cf. Tableau 85).

Tableau 85 : Une utilisation de la BOSPR par le cycle d'expérimentation T8/R8

Un état de la base d'orientation consacrée aux soins psychomoteurs de réadaptation		
Les acteurs "s'entre-définissent" dans les intermédiaires qu'ils mettent en circulation	RPV réseau	1 <sup>er</sup> GME

<sup>154</sup> RPV : rapprochements des points de vue

Convergence de vue	« puissance des muscles de la moitié inférieure du corps b7303 » « puissance des muscles du tronc b7305 » « coordination des mouvements volontaires b7602 »	RPV objet du soin	
Qu'une identification des actions des agents est possible à travers la production qu'ils vont diffuser, dans et à travers le réseau		RPV réseau	2 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« garder la position du corps d415 » « interactions de base avec autrui d710 »	RPV objet du soin	

Commentaires sur des convergences de vue et les GME :

CIH-2) Fonctions de l'organisme : « puissance des muscles de la moitié inférieure du corps b7303 » et « puissance des muscles du tronc b7305 » font référence à la force musculaire celle dont aura besoin le patient pour se relever et se redresser (CIH-2) les activités et participation : « interactions de base avec autrui d710 » sont moyens relationnels nécessaires traiter le syndrome de désadaptation psychomotrice.

Le 1er GME créera des PRExp en lien avec la biomécanique des membres supérieures et inférieures et du tronc. Le 2ème GME produira des PRExp en lien avec la prévention de la chute et les capacités d'interactions de guidage.

### ***L'étayage du cycle d'expérimentation par les savoirs connaissances***

Le stagiaire a été en mesure de mobiliser des savoirs connaissances, qui lui ont permis d'étayer le cycle d'expérimentation et ce faisant, les modèles cognitif et/ou opératif ont été sollicités voire enrichis dont on peut percevoir l'affleurement au travers du discours.

L'Affleurement des Modèles Cognitif et Opératif (AfMCO) se manifeste dans le(s) fragment(s) de conduite :

- > « il va se relever, il va se redresser »

L'AfMCO est un indicateur, de savoirs connaissances mobilisables (Cf. encadré et annexe du cas) que le stagiaire aurait pu mobiliser à partir de ses modèles, ou intégrer à ses modèles cognitif et opératif, nous exposons ceux qui sont à même d'avoir été mobilisés en priorité :

(PTV<sup>155</sup>) [La définition classique de la condition d'équilibre postural chez l'humain: le CoM (Centre de Masse) doit avoir une vitesse négligeable et la projection de ce point doit se trouver dans la BoS (ou polygone de sustentation)]

(PTV) [Il est reconnu que lorsque que l'on se trouve dans un état perturbé, des actions musculaires sont mises en place pour essayer de revenir dans un état d'équilibre. Le choix de ces stratégies de rattrapage est dépendant du sujet, de l'environnement, de l'état initial dans lequel on se trouve mais également des caractéristiques de la perturbation, ainsi que des consignes de rattrapage)]

(PTV). [Deux grands types de stratégies ont été identifiés : 1°/ les stratégies en « support fixe » où la BoS reste inchangée au cours du rattrapage. Elles regroupent la stratégie de cheville et la stratégie de hanche, qui sont principalement décrites dans le plan antéro-

<sup>155</sup> PTV : proposition tenue pour vrai

postérieur (AP) ; 2°/ les stratégies par « changement de support » où la BoS est modifiée au cours du rattrapage]

(PTV) [Il est reconnu que interventions comprenant spécifiquement des exercices d'équilibre dynamique (rattrapage de l'équilibre en position debout, passage d'obstacles, exercices d'assis-debout, de double-tâche, de marche avec variations de vitesse et de direction) et du renforcement musculaire des membres inférieurs sont considérés comme efficaces, pour prévenir les chutes]

### ***Une opérationnalisation du cycle d'expérientiation T8/R8***

Elle passe par la création d'un sous-but qu'appuie, le cas échéant, un aphorisme ou concept en acte/pragmatique véhiculé par les propos tenus par l'équipe soignante, les tuteurs etc.

#### *Le sous but*

Observer, guider les stratégies de rattrapages

L'aphorisme, le concept en acte, SCH4 T8/R8 CAct7 « le relevé-redressé»

Le CAct 7 le « relevé-redressé» qui mobilise et supervise les valuations des séquences posturo-motrices de rattrapage de l'équilibre, chez le patient

#### *Le théorème en acte T8*

Mon patient traumatisé crânien souffre de troubles de l'équilibre qu'il arrive à contrôler, néanmoins le risque de chute reste présent.

#### *La règle d'action R8*

**Si** je veux mettre en œuvre et développer chez mon patient traumatisé crânien des capacités de maintien de son équilibre.

**Alors** je devrai susciter chez lui l'activation répétée de stratégies de rattrapage.

Le cycle d'expérientiation T9/R9

**La conduite** : «**et il va dire "oui, c'est vrai" il va rigoler, et cela le fait rire!**» portée par T9/R9

#### ***La genèse du cycle***

Se rapporter à T7/R7 ou à T8/R8

#### ***Le cadrage des activités par la tâche discrétionnaire le but du schème et la tâche effective à partager***

Se rapporter à T7/R7 ou à T8/R8.

#### ***L'activation d'une Base d'Orientation consacrée aux Soins Psychomoteurs de Réadaptation (BOSPR)***

La base d'orientation montre qu'une partie des RPV 156 réseau (3) ont été utilisés. Ils se sont articulés avec les RPV (1) objet du soin et le RPV facteurs environnementaux. Les RPV ont généré des convergences de vue portant sur, 2 fonctions de l'organisme et 1 facteur environnemental.

La partie de la base d'orientation activée, englobe 2 Groupements de Matériaux Expérientiels (GME) (Cf. Tableau 86)

---

<sup>156</sup> RPV : rapprochements des points de vue

**Tableau 86 : Une utilisation de la BOSPR par le cycle d'expérienciation T9/R9**

Un état de la base d'orientation consacrée aux soins psychomoteurs de réadaptation			
<i>Les acteurs "s'entre-définissent" dans les intermédiaires qu'ils mettent en circulation</i>		RPV <i>réseau</i>	1 <sup>er</sup> GME
Convergence de vue	« pertinence des émotions b1520 » « jugement, b1645 »	RPV <i>objet du soin</i>	
<i>Un ensemble d'entités humaines et non humaines individuelles ou collectives (...) et les relations dans lesquelles elles entrent</i>		RPV <i>réseau</i>	3 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« attitude individuelle des professionnels de santé e450 »	RPV <i>facteurs environnementaux</i>	

Commentaires sur des convergences de vue et les GME :

(CIH-2) les fonctions organiques : « pertinence des émotions b1520 » se rapporte aux comportements, de l'humeur ou des émotions (Cf. AfMCO et annexe) et « jugement, b1645 » sont en rapport avec fonctions cognitives supérieures qui déterminent le comportement intentionnel, organisé et dirigé vers un but (Cf. AfMCO et annexe)

Le 1er GME créera des PRExp en lien les modifications du comportement, de l'humeur ou des émotions faisant suite aux déséquilibres, le 3ème GME créera des PRExp en lien avec le stagiaire ses avis, ses remarques conseils et ses directives, ces communications auront une influence sur le comportement du patient.

### **L'étayage du cycle d'expérienciation par les savoirs connaissances**

Le stagiaire a été en mesure de mobiliser des savoirs connaissances, qui lui ont permis d'étayer le cycle d'expérienciation et ce faisant, les modèles cognitif et/ou opératif ont été sollicités voire enrichis dont on peut percevoir l'affleurement au travers du discours.

L'Affleurement des Modèles Cognitif et Opératif (AfMCO) se manifeste dans le(s) fragment(s) de conduite :

- > «il va dire "oui, c'est vrai" il va rigoler»

L'AfMCO est un indicateur, de savoirs connaissances mobilisables (Cf. encadré et annexe du cas) que le stagiaire aurait pu mobiliser à partir de ses modèles, ou intégrer à ses modèles cognitif et opératif, nous exposons ceux qui sont à même d'avoir été mobilisés en priorité :

(PTV<sup>157</sup>) [Les modifications du comportement, de l'humeur ou des émotions les plus fréquemment rapportés concernent l'irritabilité (64 %), la mauvaise humeur (64 %), la fatigue (62 %), la dépression (57 %), la labilité émotionnelle (57 %), l'anxiété (57 %) et des accès de violence (54 %), le manque d'initiative est également rapporté dans 44%des cas] (PTV) [ces troubles sont décrits comme des troubles dysexécutifs comportementaux. Il s'agit le plus fréquemment des manifestations en lien

<sup>157</sup> PTV : proposition tenue pour vrai

avec l'hyperactivité globale et le manque de contrôle émotionnel (désinhibition, impulsivité, irritabilité, agitation psychomotrice, agressivité) ou au contraire avec un défaut d'activation (apathie, réduction de la prise d'initiative, baisse de motivation)]

(PTV) [Les fonctions exécutives ont été conçues, au départ, comme l'ensemble des fonctions cognitives supérieures qui déterminent le comportement intentionnel, organisé et dirigé vers un but, par conséquent, le rôle principal des fonctions exécutives est la programmation des actions, la régulation des émotions et l'adaptation du comportement au contexte social]

(PTV) [La notion de contrôle rend compte des processus qui permettent, dans une situation donnée, la sélection de l'action appropriée, orientée vers un but. Elle est proche de celle de régulation. Autrement dit le contrôle de la situation et les prises de décisions appropriées, s'accompagnent d'une modération de l'intensité des émotions et de leur orientation dans une direction donnée]

### **Une opérationnalisation du cycle d'expérimentation T9/R9**

Elle passe par la création d'un sous-but qu'appuie, le cas échéant, un aphorisme ou concept en acte/pragmatique véhiculé par les propos tenus par l'équipe soignante, les tuteurs etc.

#### *Le sous but*

Valuer l'intensité des émotions et les prises de décisions en rapport avec un déséquilibre.

#### *L'aphorisme, le concept en acte, SCH4 T9/R9 CAct8 « jauger »*

Le CAct 8 « jauger » qui supervise les évaluations concernant l'appréciation du risque chez le patient

Le concept implicitement contenu dans le récit du stagiaire « jauger », il vient enrichir d'une dimension nouvelle le concept en acte en Act 6 « empêcher la chute », les capacités qu'aura le patient à apprécier le danger de chute et d'éviter des prises de risques inconsidérées, auront comme marqueur le contrôle émotionnel. Le stagiaire en cela jaugera<sup>158</sup> le patient.

#### *Le théorème en acte T9*

Mon patient traumatisé crânien souffre de troubles comportementaux et du jugement ce qui entraîne chez lui des prises de risque parfois inconsidérées.

#### *La règle d'action R9*

**Si** je veux détecter chez mon patient l'apparition des troubles de l'humeur et du jugement

**Alors** les manifestations en lien avec une absence de modération de l'intensité des émotions et de prise de décision non appropriées en seront les indicateurs.

---

<sup>158</sup> « Jauger Au fig. [Le compl. désigne une pers.] Apprécier (rapidement) la valeur de quelqu'un, ou ses capacités. (...) [le compl. désigne un attribut de la pers., un trait de caractère] » © 2012 - CNRTL

## L'horizon des donations

Le cycle d'expérientiation T8/R8

**La conduite : «enfin et il va, il va, il va se relever, il va se redresser» portée par T8/R8**

**L'activité du stagiaire<sup>159</sup> : 1<sup>er</sup> étape dans la constitution des agrégats expérientiels, détecter des champs expérientiels**

La conduite évoquée s'est constituée en convoquant 4 champs expérientiels (Cf. Tableau 87). Ceux de la technique d'observation clinique et de la valuation ont été les plus expérientés, avec 10 mises en mots. L'activation des 4 champs a donné lieu à la production de 14 agrégats mises en mots.

**Tableau 87 : Des champs expérientiels intégrés au fonctionnement de T8/R8 (cas n°2)**

Des champs expérientiels dans leur participation à l'expérientiation de l'objet du soin	
Phase d'élaboration perceptive	Phase de l'intégration du contenu linguistique et de l'énonciation
Convergences de vue vers l'objet du soin <sup>160</sup> Convocation des champs expérientiels	Convergences de vue vers l'objet du soin Mises en mots
technique d'observation clinique	« il va, il va, il va » SCH4 INF20 « se relever » SCH4 INF21 « se redresser »SCH4 INF22 (5)
valuation	« il va, il va, il va » SCH4 INF20 « se relever » SCH4 INF21 « se redresser »SCH4 INF22 (5)
corporéité	«enfin et il va, il va, il va » SCH4 INF20 (3)
valuation temporelle	« enfin et il va » SCH4 INF20 (1)

**L'activité du stagiaire: 2<sup>ème</sup> étape, créer/produire des Points de Réduction Expérientielle (PRExp).**

Les PRExp répondent d'un classement qui est fonction des stratégies de mobilisation des champs expérientiels (Cf. tableau 88).

**Tableau 88 : Des PRExp de T8/R8 expérientés selon le don/contre don**

Un classement des PRExp et une formation d'agrégats expérientiels			
Cycle d'expérientiation T8/R8	Fragments de conduite relié au le patient		
inférences	« enfin et il va, il va, il va » SCH4 INF20	« se relever » SCH4 INF21	« se redresser »SCH4 INF22

<sup>159</sup> Plus exactement, une reconstitution de la conduite du stagiaire.

<sup>160</sup> Les caractéristiques (CIH-2) relevées dans la base d'orientation des perceptions/valuations

1 <sup>er</sup> maillage individuel et tuilage	PRExp de la technique d'observation clinique	PRExp de la technique d'observation clinique	PRExp de la technique d'observation clinique
2 <sup>ème</sup> maillage individuel et tuilage	PRExp de la valuation	PRExp de la valuation	PRExp de la valuation
Tuilage	PRExp de la corporéité		
	PRExp de la valuation temporelle		

Agrégat par maillage individuel

Agrégat par tuilage

**L'activité du stagiaire: 3<sup>ème</sup> étape en vue de l'agencement des agrégats, utiliser les Points de Réduction Expérientielle (PRExp) pour s'entendre avec le patient sur une visée commune.**

Les dons/contre-dons des Fragments de Conduites (FC) :

- ✓ Le stagiaire a donné en partage, ses FC par l'entremise de la technique d'observation clinique (de la reconnaissance de stratégies de rattrapage suite à une perte d'équilibre qui aurait pu entrainer une chute, une stratégie de rattrapage qui s'est concrétisée successivement par un relèvement et un redressement du corps), de la valuation (de l'efficience de la stratégie de rattrapage, de son déroulement, la succession d'un relèvement puis d'un redressement du corps et du résultat obtenu, le retour à l'équilibre), de la corporéité (comme membre de l'équipe soignante attentionné à prévenir le risque de chute), de la valuation temporelle (entre le début déséquilibre et le retour à l'équilibre)
- ✓ Le patient a donné à en partage, ses FC par l'entremise d'une perception (de son déséquilibre et de la séquence de rattrapage qui a suivi et qui s'est concrétisée successivement par un relèvement et un redressement de son corps) des prémisses d'une aperception (de sa stratégie de rattrapage, constituée d'un relèvement, d'un redressement de son corps et du résultat obtenu, le retour à l'équilibre), de la corporéité (comme patient souffrant d'un syndrome de désadaptation psychomotrice, qui se manifeste par une décompensation de la fonction posturale, de la marche et des automatismes psychomoteurs), des prémisses d'une aperception temporelle (entre le début déséquilibre et le retour à l'équilibre).

Une visée commune

Valuer ses capacités à utiliser des stratégies de rattrapage et le laisser rétablir son équilibre/  
*rattraper mon déséquilibre et revenir en position debout par moi-même*<sup>161</sup>

<sup>161</sup> La mise en italique signale l'apport de la patiente à la visée commune

Le cycle d'expérientiation T9/R9

**La conduite : «et il va dire "oui, c'est vrai" il va rigoler, et cela le fait rire!» portée par T9/R9**

**L'activité du stagiaire<sup>162</sup> : 1<sup>er</sup> étape dans la constitution des agrégats expérientiels, détecter des champs expérientiels**

La conduite évoquée s'est constituée en convoquant 4 champs expérientiels (Cf. Tableau 89). Ceux de la technique d'observation clinique et de la valuation ont été les plus expérientés, avec au total 8 mises en mots. L'activation des 4 champs a donné lieu à la production de 11 mises en mots.

**Tableau 89 : Des champs expérientiels intégrés au fonctionnement de T9/R9**

Des champs expérientiels dans leur participation à l'expérientiation de l'objet du soin	
Phase d'élaboration perceptive	Phase de l'intégration du contenu linguistique et de l'énonciation
Convergences de vue vers l'objet du soin <sup>163</sup> Convocation des champs expérientiels	Convergences de vue vers l'objet du soin Mises en mots
technique d'observation clinique	« et <b>il va dire</b> » SCH4 INF23 « <b>oui, c'est vrai</b> » SCH4 INF24 « <b>il va rigoler</b> » SCH4 INF25 « et <b>cela le fait rire!</b> » SCH4 INF26 (4)
valuation	« <b>oui, c'est vrai</b> » SCH4 INF24 « <b>il va rigoler</b> » SCH4 INF25 « et <b>cela le fait rire!</b> » SCH4 INF26 (4)
corporéité	« et <b>il va dire</b> » SCH4 INF23 « <b>il va rigoler</b> » SCH4 INF25 (2)
technique instrumentale de soin	« et <b>cela</b> » SCH4 INF26 (1)

**L'activité du stagiaire: 2<sup>ème</sup> étape, créer/produire des Points de Réduction Expérientielle (PRExp).**

Les PRExp répondent d'un classement qui est fonction des stratégies de mobilisation des champs expérientiels (Cf. Tableau 90).

**Tableau 90 : Des PRExp de T9/R9 expérientés selon le don/contre don**

Un classement des PRExp et une formation d'agrégats expérientiels				
Stratégies expérientielles entrée par le/les systèmes d'activité	Fragments de conduite, reliés au patient			
		« et cela le fait rire! » SCH4 INF26	« et il va dire » SCH4 INF23	« oui, c'est vrai » SCH4 INF24

<sup>162</sup> Plus exactement, une reconstitution de la conduite du stagiaire.

<sup>163</sup> Les caractéristiques (CIH-2) relevées dans la base d'orientation des perceptions/valuations

1 <sup>er</sup> maillage individuel et tuilage	PRExp de la technique d'observation clinique			
2 <sup>ème</sup> maillage individuel et tuilage	PRExp de la valuation		PRExp de la valuation	PRExp de la valuation
3 <sup>ème</sup> maillage individuel et tuilage	PRExp de la corporéité	PRExp de la corporéité		PRExp de la corporéité
Tuilage	PRExp de la technique instrumentale de soin			

Agrégat par maillage individuel

Agrégat par tuilage

**L'activité du stagiaire: 3<sup>ème</sup> étape en vue de l'agencement des agrégats, utiliser les Points de Réduction Expérientielle (PRExp) pour s'entendre avec le patient sur une visée commune.**

Les dons/contre-dons des Fragments de Conduites (FC) :

- ✓ Le stagiaire a donné en partage, ses FC par l'entremise de la technique d'observation clinique (de la reconnaissance de conduites laissant paraître un manque de contrôle émotionnel comme la désinhibition, suite à la réalisation inadéquate d'un exercice ayant entraîné un risque de chute et son rattrapage) de la valuation (du manque de contrôle émotionnel comme la désinhibition, suite à la réalisation inadéquate d'un exercice ayant entraîné un risque de chute), de la corporéité (comme membre de l'équipe soignante attentionné à prévenir le risque de chute) de la technique instrumentale de soin (de l'exercice dans son effectuation inadéquate ayant entraîné un risque de chute puis un rattrapage).
- ✓ Le patient a donné à en partage, ses FC par l'entremise des prémisses d'une perception clinique (en lien avec un rire inapproprié, suite à un déséquilibre et un rattrapage), des prémisses d'une aperception (en lien avec un rire inapproprié, suite à un déséquilibre et un rattrapage), de la corporéité (comme patient souffrant de troubles dysexécutifs comportementaux, comme le manque de contrôle émotionnel et pouvant se manifester lors des séances de rééducation).

Une visée commune limitée au rattrapage

Valuer le contrôle émotionnel lors du rattrapage d'un déséquilibre qui aurait pu entrainer une chute et qui s'est conclu par un rattrapage/rire *de mon déséquilibre à la marche et de mon rattrapage*

## L'étude de cas n°3

### La composition de l'extrait vue par le schème d'action

Tableau 91 : La décomposition du schème action n°4

Le but et l'objet du soin	Les composants du schème d'action			Le récit
	Théorème en acte/règle d'action	concepts	Possibilités d'inférences	
<p>But 4 : Objectiver des troubles liés à l'incapacité à initier les conduites Schème 4→ <b>L'objet du soin : la prise de décision</b></p>	<p>SCH4 T11/R11« et, des troubles (hésitation) enfin, je ne sais pas si on peut appeler cela comme cela? Je n'ai pas le terme précis, il n'arrive pas à prendre de décision par lui-même »</p>	<p>Concept pragmatique : CAct4→ « décider par lui-même</p>	<p><b>Les indices :</b> SCH4 INF 21 : « des troubles » SCH4 INF22 « enfin, je ne sais pas si on peut appeler » SCH4 INF23 : « cela comme cela? » SCH4 INF24 : « Je n'ai pas le terme précis » SCH4 INF25 : « il n'arrive pas à prendre de décision » SCH4 INF26 : « par lui-même »</p>	<p><b>D :</b> « et, des troubles (hésitation) enfin, je ne sais pas si on peut appeler cela comme cela? Je n'ai pas le terme précis, il n'arrive pas à prendre de décision par lui-même »</p>

### Les objets de savoirs/connaissances potentiellement mobilisés/mobilisables par le stagiaire pour la mise en travail de l'objet du soin (3 thématiques)

#### Thématique 1 : sur les représentations biomédicales concernant les maladies

Sémiologique. « Qui a rapport aux signes des maladies » (Garnier, Delamare, & Delamare. (1998)., p. 740).

« Les classifications « phénotypiques » qui « consistent à regrouper les entités suivant des similitudes descriptives (...) ces classifications « phénotypiques » restent pertinentes pour structurer les pratiques cliniques » (Pottier, & Planchon, 2011, cités dans Micoulaud-Franchi, Amad, Geoffroy, Fovet, & Quiles, 2016, p. 270-271)

« Il faut dissocier deux types de classifications et de voies afférentes de raisonnement pour établir les fondations de la connaissance bio médicale :

Les constructions didactiques en vue de l'apprentissage du socle de connaissances et des représentations biomédicales concernant les maladies se fondent généralement sur une classification « phylogénétique ». Chaque maladie est présentée suivant une « voie descendante » depuis sa cause spécifique jusqu'aux données cliniques la caractérisant. Or, cette « voie descendante » ne correspond pas au PRC diagnostique qui suivra un

raisonnement inverse : une « voie ascendante » permettant l'identification de la maladie et de son étiologie à partir de la présentation de données cliniques et par l'intermédiaire notamment de la reconnaissance de script. » (Micoulaud-Franchi, Amad, Geoffroy, Fovet, & Quiles, 2016, p. 270-271)

« Pour les partisans du principe nosologique, l'essence morbide existe indépendamment et au-delà de l'organisme altéré. Dans ce cas-là, la tâche du médecin consiste à essayer de saisir ce noyau invariable, que dissimulent les perturbations apportées par l'idiosyncrasie du malade » (Sugaya, 2015, para. 23)

« En troisième lieu, il faut, dans la description d'une maladie, exposer séparément les symptômes propres ou essentiels, et les accidentels ou étrangers. J'appelle *accidentels* ceux qui dépendent, non-seulement de l'âge et du tempérament des malades, mais encore de la manière de traiter les maladies » (Sydenham, cité dans Sugaya, 2015, para. 23)

« Classer est sans conteste le geste primordial de toute entreprise scientifique. En effet, si on ne veut pas se perdre dans le foisonnement des objets sur lesquels porte l'étude, il faut d'abord les diviser en groupes et en séries, et les mettre ainsi en ordre. La taxinomie est, en ce sens, la branche de la connaissance qui devrait servir de base même à toutes les sciences rationnelles » (Sugaya, 2015, para.1)

« Le problème du critère classificatoire constitue une autre aporie de la nosologie : sur quelle partie de la pathologie faut-il s'appuyer pour distribuer un nombre infini d'espèces morbides ? Certains nosologistes ont recours aux symptômes perceptibles et suivent en cela le concept clinique de Sydenham : « Les signes extérieurs devront être préférables aux causes, au siège et à la nature intime des maladies » (...). D'autres auteurs comme Chauffard prétendent, au contraire, que « les caractères extérieurs des actes vitaux n'ont rien de fixe, de permanent », et que par conséquent, « il ne faut pas les classer [les maladies] d'après leur phénoménalité extérieure » (...) 24. À la vérité, la complexité des réalités pathologiques oblige toujours le savant à combiner à la fois plusieurs critères. Telle est du moins la conclusion que Vaidy propose dans son article « Nosographie » du *Dictionnaire des sciences médicales* : « Il n'existe peut-être pas de marche certaine pour les classer [les maladies]. Il est douteux qu'on puisse y arriver en prenant pour base une seule partie de la pathologie. Il faudra prendre en considération tantôt les symptômes constants, tantôt le siège des maladies, d'autres fois la cause » (Chauffard, cité dans Sugaya, 2015, para. 19)

« La nosologie devrait être fondée sur des paramètres bien définis, par exemple l'anatomie (macroscopique et microscopique), l'étiologie, la pathogénie ou le traitement. Elle devrait donner des distinctions cliniquement significatives entre les maladies de façon non seulement à promouvoir la compréhension de la maladie et l'acquisition de connaissances, mais aussi à aider à sa prise en charge clinique » (Revuz, Jemec, & Leyden, 2008, 72-73)

« La nosologie, tout comme la nosographie, appartient à la pathologie. Les études nosologiques s'intéressent aux critères de classification des maladies à l'aide des notions suivantes : la sémiologie (ou séméiologie), étude des symptômes, l'étiologie, étude des causes, la pathogénie (ou physiopathologie), étude des mécanismes permettant

l'apparition de la maladie. Tous ces critères permettent une classification précise, la nosographie. » (Nosologie. (2021). Dictionnaire médical.fr)

« La nosographie est, avec la nosologie, un élément constitutif du champ de la pathologie. La nosographie est la discipline qui permet la classification méthodique des maladies (études nosographiques) » (Nosographie. (2021). Dictionnaire médical.fr)

« La pathologie c'est, stricto sensu, la discipline médicale qui étudie les maladies. C'est donc, en principe, un mot qui ne s'emploie qu'au singulier, comme la cardiologie ou la neurologie. Mais, par extension, on utilise de plus en plus pathologie comme synonyme de « maladie », d'où l'usage du pluriel.

L'adjectif dérivé est pathologique, qui est le contraire de « sain », de « normal » ou encore de « physiologique », selon les cas. » (Pathologie. (2021). Dictionnaire médical.fr)

« La nosologie, comme la nosographie, sont deux champs de la médecine et de la psychopathologie. La nosologie représente le discours complet sur la maladie en prenant en compte la sémilogie (les symptômes), l'étiologie (l'origine de la maladie), la pathogénie (mécanisme selon lequel un agent provoque une maladie). La nosographie concerne la classification des maladies en fonction de leurs caractéristiques nosologiques. » (Nosologie. Nosographie. (2006). PORTAIL DOCUMENTAIRE École des hautes études en santé publique)

### *Thématique 2 : les fonctions exécutives et la prise de décision*

La prise de décision fait partie des fonctions exécutives :

« Les fonctions exécutives sont les capacités cognitives impliquées dans la programmation, la régulation et la vérification d'un comportement dirigé vers un but (...) Le modèle propose alors un système de supervision dont le rôle est de coordonner et de contrôler le traitement de l'information, particulièrement dans des situations nouvelles ou complexes. C'est à ce niveau de traitement que se situent le plus fréquemment les difficultés des patients traumatisés crâniens, qui présentent pour la plupart des troubles dysexécutif, caractérisés entre autres par des difficultés de contrôle de planification de l'action, de résolution de problème, de prise de décision et d'initiative ainsi que d'adaptation à la nouveauté. » (Vallat-Azouvi, & Chardin-Lafont, 2013, p. 369-370)

« Ces deux conceptions (clinique humaine ou neurophysiologie animale) sous-tendent les approches cognitives actuelles qui ont gommé les appellations « fonctions frontales » et « syndrome frontal » au profit de celles de « fonctions exécutives » et de « syndrome dysexécutif ». Le terme de fonctions exécutives apparaît pour la première fois dans un article de Lezak (1982), et celui de syndrome dysexécutif, dans un article de Baddeley et Wilson (1988). » (Godefroy, Jeannerod, Allain, & Le Gall, 2008, p.121)

### *Thématique 3 : sur les aspects fonctionnels de l'action et sa planification*

« les opérations liées à la fonction d'orientation assurent l'analyse des conditions spécifiques de l'action, le repérage des propriétés de l'objet de l'action, et la mise en rapport de ces conditions et propriétés avec les opérations d'exécution et de contrôle qu'elles déterminent ainsi que leur processus d'accomplissement (leur ordre de réalisation) (...) On pourrait dire que les opérations d'orientation sont celles qui ont à voir avec la planification de l'action » (Savoyant, 1979, p. 23)

« Les opérations d'exécution sont celles qui vont assurer les transformations effectives de l'objet de l'action, et c'est précisément leur nature (matérielle ou matérialisée, verbale extérieure ou mentale) qui va définir la forme de l'action dans son ensemble » (Savoyant, 1979, p. 24)

« Les opérations de contrôle sont celles qui assurent l'observation du déroulement de l'action (des opérations d'orientations et des opérations d'exécution) et la comparaison du produit de l'action avec le but visé. Le contrôle peut porter sur chaque opération et son résultat, sur une partie des opérations ou bien seulement sur le produit final ; les corrections de l'orientation et de l'exécution qu'il permet en seront bien sûr affectées » (Savoyant, 1979, p. 24).

## Le schème d'action et sa mise en correspondance avec la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé

Étude de cas n°3

Tableau 92 : Des correspondances entre le schème d'action l'objet du soin et la CIH-2 (cas n°3)

Correspondances		
Le but et l'objet du soin	Cycles d'expérientiation	les structures corporelles, fonctions organiques, les activités et participation, les facteurs environnementaux (CIH-2)
<p>But 4 : Objectiver des troubles liés à l'incapacité à initier les conduites Schème 4→ L'objet du soin 4: la prise de décision</p>	<p>SCH4 T11/R11« et, des troubles (hésitation) enfin, je ne sais pas si on peut appeler cela comme cela? Je n'ai pas le terme précis, il n'arrive pas à prendre de décision par lui-même »</p>	<p>« Fonctions cognitives de niveau supérieur b164 fonctions mentales spécifiques dépendant des lobes frontaux du cerveau, y compris les comportements centrés sur un objectif comme la prise de décision, l'abstraction de la pensée, la préparation et l'exécution de plans, la flexibilité mentale, et le choix des comportements en fonction des circonstances ; fonctions souvent appelées exécutives.» (Ibid., p. 45</p> <p>« Qualité de la conscience b1102 » fonctions mentales qui, lorsqu'altérées, apportent des changements à l'état de veille, de vigilance et de conscience, par exemple états altérés dus à des drogues ou délire (Ibid., p. 38)</p> <p>« jugement, b1645 fonctions mentales impliquées dans le choix effectué parmi plusieurs possibilités, par exemple dans le cas de la prise de décision ou la formulation d'une opinion.» (Ibid., p. 45)</p> <p>« Prendre des décisions d178 faire un choix entre diverses options, mettre en œuvre l'option choisie et évaluer les conséquences de ce choix, comme choisir et acheter un article, décider d'entreprendre une tâche parmi toutes celles qu'il était possible d'entreprendre » (Ibid., p. 102)</p> <p>« attitude individuelle des professionnels de santé e450 « attitude individuelle des professionnels de santé e450 opinions et points de vue généraux et spécifiques qu'ont les professionnels de santé sur la personne considérée ou sur d'autres sujets (par ex. enjeux sociaux, politiques et économiques) qui influent sur le comportement et les actes individuels (Ibid., p.150)»</p>

## L'étude de cas n°4

### La composition de l'extrait par les schèmes d'action

Tableau 93 : La décomposition des schèmes d'action n°1, n°2, n°3 et n°4

Les buts et les O.C.P.	Les composants des schèmes d'action			Le récit
	Théorème en acte/règle d'action	concepts	Possibilités d'inférences	
<p><b>Établir un diagnostic des douleurs</b> Schème 1→ <b>OCP</b> : les douleurs lombaires</p>	<p>Théorèmes en acte /règle d'action: <b>SCH1COT1/R1</b> « au niveau des douleurs j'ai vu une apparition, donc au niveau douleurs lombaires (...) » <b>SCH1 CO T2/R2</b> « qui sont apparues après la position assise prolongée »</p>	<p>Concepts-en-acte CAct 2→ Douleurs lombaires CAct 1→ voir (une apparition, observation clinique) CAct 3 → la position assise prolongée Concept épistémique : CEpist 1 → La douleur</p>	<p>Les indices : SCH1 CO INF 1 : « douleurs » SCH1 CO INF2 : « j'ai vu » SCH1 CO INF3 : « une apparition » SCH1 CO INF4 : « douleurs lombaires » SCH1 CO INF5 « qui sont apparues après » SCH1 CO INF6: « la position assise prolongée »</p>	<p><b>A</b> : « alors au niveau des douleurs j'ai vu une apparition, donc au niveau douleurs lombaires (...) qui sont apparues après la position assise prolongée »</p>
<p><b>Traiter la région lombaire</b> Schème 2→ <b>OCP</b> : le rachis lombaire</p>	<p>Théorèmes en acte /règle d'action: <b>SCH2 T3/R3</b> : « ce que, j'ai proposé donc au patient » <b>SCH2 T4/R4</b> : « des étirements de la zone du carré des lombes » <b>SCH2 T5/R5</b> : « des mobilisations en rotation, en inclinaison » <b>SCH2 T6/R6</b> : « massage de la région » <b>SCH2 T7/R7</b>: « je lui ai conseillé des patchs »</p>	<p>Concepts-en-acte CAct 4→ Conseiller-proposer un plan de soins CAct 5→Étirer CAct 6→Mobiliser CAct 7→Masser CAct 8→Utiliser la physiothérapie en auto-soin</p>	<p>Les indices : SCH2 INF7: « j'ai proposé » SCH2 INF8 :« donc au patient » SCH2 INF9 : « étirements » SCH2 INF10 : « la zone du carré des lombes » SCH2INF11: « des mobilisations en rotation, en inclinaison » SCH2INF12 : «massage» SCH2 INF13 : « région » SCH2 INF14: « je lui ai conseillé » SCH2 INF15 :«Luis» SCH2 INF16 : « des</p>	<p><b>B</b> : « donc (hésitation) ce que, j'ai proposé, donc au patient, ce sont des étirements de la zone (...) du carré des lombes, des mobilisations en rotation, en inclinaison, (hésitation) massage de la région (hésitation) je lui ai conseillé des patchs chauffants »</p>

	chauffants »		patches chauffants»	
<p><b>Évaluer les causes de la survenue des douleurs</b> Schème 3→ OCP: les effets de la position assise</p>	<p>Théorèmes en acte /règle d'action: <b>SCH3 T8/R8</b> « cela lui posait un problème, lors des, lors des exercices » <b>SCH3 T9/R9</b> « je dirais que c'est apparu, donc à la troisième semaine, du fait qu'il soit, tout le temps assis (court silence) et souvent, souvent dans son fauteuil »</p>	<p>Concepts-en-acte : CAct 9→ Poser un problème lors des exercices</p>	<p>Les indices : SCH3 INF17 : « cela lui posait un problème » SCH3 INF18 : « lors des exercices » SCH3 INF19 : « je dirais que » SCH3 INF20: « que c'est apparu, donc à la troisième semaine » SCH3 INF21 : « du fait qu'il soit, tout le temps assis » SCH3 INF22: « souvent dans son fauteuil »</p>	<p><b>C :</b> « donc, cela lui posait un problème, lors des, lors des exercices (...) eh bien je dirais que c'est apparu, donc à la troisième semaine, du fait qu'il soit, tout le temps assis (court silence) et souvent, souvent dans son fauteuil, donc (hésitation)»</p>
<p><b>Promouvoir une réadaptation de la position debout</b> Schème 4→ OCP : la mise en position debout</p>	<p>Théorèmes en acte /règle d'action: <b>SCH4 T10/R10</b> : « ce que je fais aussi (...) j'évite de, je le verticalise » <b>SCH4 T11/R11</b> : « c'est-à-dire je veux qu'il soit aux barres » <b>SCH4 T12/R12</b> : « je veux travailler avec lui »</p>	<p>Concepts-en-acte : CAct 10→verticaliser (pragmatique) CAct 11 →diriger (je veux qu'il) (pragmatique) CAct 12→Collaborer (je veux travailler avec) (pragmatique) Concept épistémique : CEpist2 →la verticalité (épistémique)</p>	<p>Les indices : SCH4INF23: « ce que je fais aussi (...) j'évite de » SCH4 INF24: « je (le) verticalise » SCH4 INF25: « le » SCH4INF26 : « c'est-à-dire je veux » SCH4INF27: « qu'il soit aux barres » SCH4 INF28 : «je veux travailler » SCH4 INF29: « avec lui »</p>	<p><b>D :</b> « donc ce que je fais aussi (hésitation) c'est que (hésitation) j'évite de, je le verticalise c'est-à-dire je veux qu'il soit aux barres, je veux travailler avec lui (...) voilà»</p>

## **Les objets de savoirs/connaissances potentiellement mobilisés/mobilisables par le stagiaire pour la mise en travail de l'objet du soin (7 thématiques)**

### *Thématique 1 : sur le traitement des douleurs lombaires*

Ces fonctions organiques contiennent des registres épistémiques (Pastré, 2011, p. 199) potentiellement mobilisables par la stagiaire

Les indices s'adossent dans le cadre du traitement des douleurs lombaires à un paradigme qualifié de « structurel » (Nisand, 2013, p. 304) dans lequel « deux courants principaux peuvent être distingués. Pour l'un c'est la structure qui conditionne la fonction alors que pour l'autre, c'est la forme. » (Ibid., p. 304)

Pour le premier courant :

L'hypothèse pathogénique fait prévaloir que :

« Les dysfonctionnements vertébraux appelés dérangements intervertébraux mineurs (DIM) (12) jouent un rôle important dans les troubles de la statique. Ces dérangements sont à l'origine de restrictions de la mobilité articulaire et perturbent la fonction. » (Ibid., p. 304) le principe thérapeutique « est de réajuster les structures anatomiques pour restituer la mobilité articulaire. » (Ibid., p. 304) l'outil est une mobilisation passive de « l'articulation au-delà de l'amplitude limitée pour récupérer l'amplitude anatomique sans jamais la dépasser » (Ibid., p. 304)

Pour le deuxième courant :

L'hypothèse pathogénique fait prévaloir que :

« Les douleurs et les dysfonctions seraient consécutives aux déformations lesquelles seraient générées par un raccourcissement perpétuel d'ensembles musculaires agencés en chaînes (...) En permanente rétraction, les chaînes obligent le corps à se tordre dans les trois plans de l'espace, l'éloignant ainsi de sa forme normale ». (Ibid., p. 305). Le principe thérapeutique « rendre aux chaînes musculaires leur longueur normale par une sorte de stretching global restaurerait la morphologie normale et par là, rétablirait la fonction. » (Ibid., p. 305). L'outil thérapeutique est étirement musculaire « il consiste à positionner les chaînes en course externe, puis à solliciter leur contraction sans autoriser leur raccourcissement. Les chaînes se contractent, essaient de rapprocher leurs insertions, n'y arrivent pas et donc, s'allongent ». (Ibid., p. 305).

« Nous utiliserons ensuite nos examens cliniques de barrières motrices au niveau du rachis lombaire, du bassin, et des membres inférieurs en vue d'objectiver le siège des différentes raideurs articulaires. La palpation des contractures para vertébrales nous renseignera évidemment avec toute la précision et la fiabilité souhaitées sur les différents niveaux des étages vertébraux à mobiliser. » (Boisdequin, 2013, p. 35)

« Le principe de base est d'optimiser la qualité des appuis facettaires par un geste de mobilisation passive et douce des articulaires postérieures, et ensuite d'éduquer le patient au respect inconditionnel de la lordose lombaire dans toutes les positions qu'il prend, et dans toutes ses activités. » (Boisdequin, 2013, p. 35)

« Les gestes de mobilisations (les 5 temps de Sohier) permettent de calmer les douleurs, de recouvrer la mobilité articulaire du segment lombaire, et ainsi de restaurer la fonction lombaire soit progressivement, soit parfois de manière très spectaculaire, spécialement dans les épisodes aigus. » (Boisdequin, 2013, p. 35)

« Le massage semble avoir un effet analgésique à court terme sur les lombalgies subaiguës ou chroniques et améliorer la fonction du bas du dos. Comparé à l'absence de traitement ou à d'autres traitements, il n'a par contre aucun ou presque aucun effet à long terme. » (Monnin, 2016, p.59)

La physiothérapie considère le massage comme une forme de traitement dont l'objectif est de préparer le patient à des traitements actifs ou à d'autres traitements. Il ne constitue que rarement la partie centrale d'un traitement. (Monnin, 2016, p.59)

« Ces résultats confirment que les physiothérapeutes peuvent continuer d'utiliser le massage comme traitement initial préparatoire en vue de soulager la douleur à court terme de patients atteints de lombalgies subaiguës ou chroniques. En vue d'une amélioration fonctionnelle à moyen et à long terme, la physiothérapie doit cependant inclure des traitements actifs » (Monnin, 2016, p.61)

« Partant de la douleur ressentie et décrite par le patient, nous explorons de manière systématique le métamère correspondant afin de mettre en évidence les zones tissulaires hypersensibles, spammées et infiltrées dans le territoire métamérique, qu'elles soient connues ou méconnues du patient. » (Donzé, 2014, p. 9)

« C'est la concordance de plusieurs zones dystrophiques dans le même métamère qui permet d'établir le diagnostic d'une dysfonction métamérique. La recherche de dermalgies se fait par le pincement d'un pli de peau (zone cellulalgique et hyperalgique). Une palpation plus profonde des tissus est à la recherche de zones denses et sensibles au niveau myofascial » (Donzé, 2014, p. 9)

« Le praticien recherche par la palpation progressive l'épicentre de la douleur tissulaire. Elle se caractérise par la perception d'une zone de plus grande densité tel qu'un bourgeon ou cordon d'induration. Il met en tension la peau en sens inverse de son mouvement manipulatif pour armer une accroche, sur la corde où la densité est perçue. Il cherche à densifier les tissus sur le contre-appui osseux sous-jacent. Il donne alors une impulsion transversale, brève et non agressive afin de créer un ébranlement proprioceptif des couches tissulaires sous ses doigts. Cette impulsion est à la fois douce et ferme, à la manière d'une vibration donnée sur une corde de guitare. Une ou deux manœuvres suffisent en général pour obtenir une normalisation et une désensibilisation tissulaire » (Donzé, 2014, p. 10)

Lorsque les tissus sont fibrosés, dans le cas de douleurs anciennes, de présence de cicatrices, l'emploi de techniques défibrosantes s'avère nécessaire. Nous utilisons des techniques de pressions glissées, dirigées {Figure 10} précisément sur l'épicentre de la douleur tissulaire. Le massage doit générer une hyperhémie locale. L'approche de la technique est progressive et ne doit pas dépasser la barrière de sensibilité c'est-à-dire le début d'une perception douloureuse. Quelques passages en croix (longitudinaux et transversaux) suffisent généralement pour obtenir une sédation de la douleur qui survient de manière légèrement différée (quelques secondes à quelques minutes). La peau est traitée au travers d'une mise en tension et les structures profondes sont atteintes au contraire par une mise en position de détente des tissus superficiels. (Donzé, 2014, p. 11)

« Dans les myotendinoses, la thermothérapie diminue le tonus et à un effet analgésique, et dans la gonarthrose activée la cryothérapie peut passagèrement être utilisée avec de bons résultats (effet analgésique et anti-inflammatoire). Un massage relaxant spécifique permet de préparer la musculature péri articulaire et «la deep friction» d'améliorer la trophicité. «La deep friction» est une technique de massage particulière qui contribue à améliorer les propriétés mécaniques des tissus mous, telles que les adhérences entre les couches de glissement, et la trophicité. Les organes cibles les plus importants de tels effets mécaniques manuels sont les tendons et les insertions tendineuses. » (Schlumpf, & Mariacher, 2002, p. 583)

### *Thématique 2: La thermothérapie enveloppante*

« Si la revue de la littérature a permis d'identifier 1 178 études potentiellement éligibles pour l'analyse, seulement neuf présentaient au moins un des critères d'inclusion. Le pool des données de deux études (Nadler 2003 a et b) portant sur 258 participants présentant des lombalgies aiguës ou chroniques montrait que, comparée au placebo oral, la thermothérapie enveloppante permet une réduction de la douleur lombaire (moyenne pondérée de -2,10 [- 3,19 à - 1,01], échelle de 0 à 24) après un délai de cinq jours. Dans un des essais sur la lombalgie aiguë mesurée immédiatement après le traitement (Nuhr 2004), l'application d'une couverture chauffante a permis une réduction modérée de la douleur à court terme (moyenne pondérée de - 32,20 [- 38,69 à - 25,71], échelle de 0 à 100) comparée à une couverture non chauffante. Une autre étude, dont la méthodologie était d'une grande qualité (Mayer 2005), cherchait à savoir si l'effet d'un exercice réalisé en association avec une thermothérapie enveloppante chez les sujets présentant des lombalgies aiguës ou sous-aiguës était plus efficace que l'absence d'exercice. L'adjonction d'une thermothérapie enveloppante a permis une amélioration modérée de la douleur (moyenne pondérée de -1,40 [-2,11 à -0,69], échelle de 0 à 5) à J7 mais pas plus tôt. Les effets à plus long terme de ces interventions ne sont pas connus. La recherche de la littérature n'a pas identifié d'études portant sur les effets de la chaleur sur la douleur ou sur l'incapacité résultant d'une lombalgie chronique. Les données sont insuffisantes pour évaluer les effets de la cryothérapie. » (French, Cameron, Walker, Reggers, & Esterman, 2007, dans résumé, résultats principaux).

### *Thématique 3 : sur les compétences d'auto-soin et d'adaptation au diabète*

Il pose les bases d'une activité plus complexe, conduisant au développement de « compétences d'auto-soins et d'adaptation au diabète » (Brillard, Gastaldi, Favrod-Coune, & Santos Bragança, 2017, p. 3) ; développements qui s'inscrivent dans le cadre d'une démarche d'éducation thérapeutique qui se décompose comme suit :

« Elle tient compte de la personnalité et de la situation psychosociale du patient, de son stade d'acceptation de la maladie et de ses connaissances. Elle comporte généralement les étapes suivantes. Entretien de compréhension (analyse de la situation à travers le récit du patient). Formulation des besoins et négociation des objectifs (plan de soins partagé). Mise en œuvre du plan de soins. Evaluation des acquis » (Ibid., p. 3)

Celui de la maladie du patient et la cause de son amputation : l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI)

« Une affection chronique qui compromet le pronostic vital et fonctionnel des patients. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) en fait une des maladies chroniques de l'appareil circulatoire pour lesquelles l'éducation thérapeutique doit constituer « un élément essentiel du traitement » (Quéré, Carpentier, Sandrin-Berthon, 2007, p. 543)

La survenue d'un événement clinique comme la douleur déclenche des « conversations entre le soignant et patient à l'occasion de la réalisation d'un soin » elles ne doivent pas être considérées comme un simple « complément au soin réalisé mais comme véritablement partie prenante du soin » (Piot, 2018, p. 21)

Il peut se produire une forme « d'enrôlement conjoint » autour d'un objet clinicothérapeutique à partager comme ici la douleur, où le problème du patient devient celui de la stagiaire. La tentative de « cadrage de la séance » sert de révélateur de la reliance expérientielle soignant-patient et par et avec laquelle le plan de soin sera alors « coproduit par le binôme patient/soignant » (Olry, 2015, p. 89)

Il pose les bases d'une activité plus complexe, conduisant au développement de « compétences d'auto-soins et d'adaptation au diabète » (Braillard, Gastaldi, Favrod-Coune, & Santos Bragança, 2017, p. 3) ; développements qui s'inscrivent dans le cadre d'une démarche d'éducation thérapeutique qui se décompose comme suit :

« Elle tient compte de la personnalité et de la situation psychosociale du patient, de son stade d'acceptation de la maladie et de ses connaissances. Elle comporte généralement les étapes suivantes. Entretien de compréhension (analyse de la situation à travers le récit du patient). Formulation des besoins et négociation des objectifs (plan de soins partagé). Mise en œuvre du plan de soins. Evaluation des acquis » (Ibid., p. 3)

Celui de la maladie du patient et la cause de son amputation : l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI)

« Une affection chronique qui compromet le pronostic vital et fonctionnel des patients. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) en fait une des maladies chroniques de l'appareil circulatoire pour lesquelles l'éducation thérapeutique doit constituer « un élément essentiel du traitement » (Quéré, Carpentier, Sandrin-Berthon, 2007, p. 543)

#### *Thématique 4 : la prise de décision médicale partagée*

« Ce concept est un processus au cours duquel le médecin et le patient, partagent l'information sur les options de prise en charge incluant les preuves scientifiques et où le patient exprime ses valeurs et préférences en regard de ces différentes options possibles et en prenant en compte son contexte de vie. Après cet échange de connaissances et de préférences bilatérales, ils prennent ensemble sur la base d'un accord commun la décision la plus adaptée. À ce titre le terme de « prise de décision partagée » semble plus juste que celui de « décision médicale partagée » qui peut suggérer que la décision, d'abord prise par le médecin, est ensuite partagée par le malade. C'est d'ailleurs l'interprétation de beaucoup de médecins qui pensent « appliquer de la décision partagée » lorsqu'ils parviennent à rallier le patient à la proposition qui a leur propre préférence. » (Durieu, Reynaud, & Moumjid, 2018, p.1-2)

« Ce modèle de la prise de décision partagée est adapté à toutes les situations médicales aiguës (non urgentes) ou chroniques, aux stratégies de diagnostic ou de dépistage, étant donné qu'il existe toujours plusieurs options possibles, à minima faire ou ne pas faire. » (Durieu, Reynaud, & Moumjid, 2018, p. 2)

« Un enjeu principal de la prise de décision partagée est de promouvoir la participation du patient à ses soins et plus globalement à sa santé. En cela, elle est souvent rapprochée des démarches d'éducation thérapeutique qui visent à l'amélioration de la participation des patients à leurs soins par une meilleure connaissance de la pathologie. Or, si l'éducation thérapeutique implique le plus souvent une décision partagée, de nombreuses situations médicales peuvent relever d'une décision partagée sans avoir à recourir ou proposer de démarche d'éducation thérapeutique » (Durieu, Reynaud, & Moumjid, 2018, p. 2)

#### *Thématique 5 : sur le contenu de la prise de décision médicale partagée*

« **Clarifier les décisions à prendre** : Reconnaître qu'une ou plusieurs décisions doivent être prises, en comprendre les raisons et leur temporalité (délai possible ou

non avant de se décider, décisions successives, caractère réversible ou non de la décision, etc.) ;

Identifier ce qui peut être difficile pour le patient d'une part et le professionnel d'autre part

**Présenter l'ensemble des options disponibles** et non une seule option comme pourrait le faire un document d'information, lorsque son objectif est de valoriser un message clé.

Pour une situation clinique donnée, il s'agit pour chaque option de présenter les mêmes informations, fondées sur les preuves scientifiques disponibles (bénéfices, inconvénients, incertitudes éventuelles pour chacune).

L'outil d'aide à la décision doit permettre au patient de :

Comprendre qu'il y a plusieurs options raisonnables dans sa situation ;

Être informé sur les différentes options, y compris celle de ne rien faire, leurs risques, bénéfices et conséquences ;

Comprendre le degré d'incertitude associé à certaines options.

**Guider le patient dans l'identification de ses besoins, préférences, contraintes et ressources.**

Il s'agit d'aider le patient à hiérarchiser ce qui compte le plus pour lui dans cette décision et à discuter de ses choix, préoccupations, contraintes et de ses préférences avec les professionnels de santé. Cela doit l'inciter à :

Lister les activités qu'il mène actuellement et qu'il pourra ou non poursuivre malgré la maladie (vie sociale ; travail ; études ; activités de la vie quotidienne, sport ou occupations ; aides ou soutien apportés à d'autres personnes, etc.) ;

Lister les questions ou les inquiétudes au sujet des options disponibles ;

Estimer l'impact de chaque option sur la poursuite des activités qui sont importantes ou incontournables pour lui ;

Identifier les autres personnes concernées par la décision et les possibilités de soutien ou risque de pression de leur part.

**Inviter le patient à clarifier le rôle qu'il souhaite avoir dans la prise de décision**

et les modalités de communication avec les autres personnes impliquées dans la décision (professionnels de santé, famille, proches). » (HAS, 2018. Éléments pour élaborer une aide à la prise de décision partagée entre patient et professionnel de santé, p. 2)

#### *Thématique 6 : la prise en charge globale du patient lombalgique*

« La prise en charge doit être centrée sur le patient : elle prend en compte le vécu du patient et le retentissement de sa douleur (dimensions physique, psychologique, et socioprofessionnelle) (AE). Cette prise en charge globale est habituellement nommée « bio-psycho-sociale » et s'appuie sur une décision médicale partagée. Il est recommandé d'expliquer au patient les termes du diagnostic et de délivrer une information rassurante quant au pronostic de la lombalgie commune (généralement favorable en quelques semaines) (AE) » (HAS, 2019. *Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune*, fiche mémo, p.3)

#### *Thématique 7 : le programme conventionnel de rééducation d'un patient amputé des membres inférieurs*

« Les patients bénéficiaient par ailleurs d'un programme conventionnel de rééducation : verticalisation et marche appareillées les plus précoces possibles avec utilisation d'aides techniques adaptées à leurs capacités (barres parallèles, déambulateur, cannes) ; travail progressif de l'équilibre et de la proprioception ; reconditionnement à l'effort sur ergomètre à membres supérieurs, personnalisé sur les données d'un test d'effort initial développé avec les membres supérieurs :

détermination d'une fréquence cardiaque d'entraînement « cible » se situant entre 70 et 80 % de la fréquence maximale ; mobilisations et postures du moignon ; travail analytique du membre non amputé ; si nécessaire en cas d'encombrement broncho-pulmonaire, kinésithérapie respiratoire.

L'hospitalisation était prolongée jusqu'à l'obtention d'un niveau optimal d'autonomie avec une stabilisation des mensurations du moignon laissant présager d'une utilisation suffisamment prolongée de la prothèse provisoire (de 1 à 3 mois). Au décours de l'hospitalisation les patients étaient suivis en consultation d'appareillage afin de juger du moment opportun de l'élaboration de leur prothèse définitive par un appareilleur privé. » (Cazabon, Casillas, Ader, Grumler, Lothe, Dulieu., 2005, p. 120)

**Le schème d'enquête exploration et sa mise en correspondance avec la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé**

Étude de cas n°4

**Tableau 94 : Correspondances entre le schème d'action l'OCP et la CIH-2 (cas n°4)**

Correspondances		
But du schème et O.C.P.	Cycles d'expérience	les structures corporelles, fonctions organiques, les activités et participation, les facteurs environnementaux (CIH-2)
<p><b>But 2 : Traiter la région lombaire</b></p> <p><b>L'O.C.P. : le rachis lombaire</b></p>	<p>SCH2 T3/R3: « ce que, j'ai proposé donc au patient »</p>	<p><b>Activités et participation :</b></p> <p>« Acquérir un savoir-faire complexe d1551 apprendre des ensembles intégrés d'actions, suivre les règles, enchaîner des mouvements l'un après l'autre, coordonner ses propres mouvements avec ceux d'autres personnes, comme apprendre à jouer au football ou à utiliser un outil » (ibid., p. 101)</p> <p>« Discussion avec plusieurs personnes d3551 engager, poursuivre et mettre fin à l'examen d'une question donnée ou d'engager dans un débat avec plus d'une personne » (ibid., p. 108)</p> <p>« interactions de base avec autrui d710 avoir des relations avec d'autres personnes en fonction de diverses situations et dans le respect des convenances, comme faire preuve de respect ou d'estime quand il le faut, ou avoir des égards pour autrui » (ibid., p. 126)</p> <p>« relations formelles d740 créer et entretenir des relations spécifiques dans un cadre formel, comme avec son employeur, des professionnels ou des prestataires de service » (ibid., p. 126)</p> <p><b>Facteurs environnementaux :</b></p> <p>« professionnels de santé e355 tous les prestataires de soins travaillant dans le cadre du système de santé, comme les médecins, infirmières, physiothérapeute, ergothérapeute, logopèdes, audiométriciens, prothésistes, travailleurs médicosociaux, et autres fournisseurs de soins » (ibid., p. 149)</p> <p>« médicaments e1101 » « tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser une déficience » (ibid., p.137)</p>
	<p>SCH2 T4/R4 « des étirements de la zone du carré des lombes »</p>	<p><b>Structures corporelles</b></p> <p>« structure de la région pelviennes s740 »</p> <p><b>Fonctions organiques :</b></p> <p>« tonus des muscles du tronc b7356 fonctions relatives à la tension présente dans les muscles et les groupes de muscles au repos du tronc et à la résistance offerte lors de l'exécution de mouvements passifs » (ibid., p.76)</p> <p><b>Facteurs environnementaux :</b></p> <p>« médicaments e1101 » « tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser une déficience » (ibid., p.137)</p>
	<p>SCH2 T5/R5 : « des mobilisations</p>	<p><b>Fonctions organiques :</b></p> <p>«mobilité du bassin b7201 fonctions relatives à l'amplitude et à la facilité de mouvement du bassin » (ibid., p.74)</p> <p><b>Facteurs environnementaux :</b></p>

	en rotation, en inclinaison »	« médicaments e1101 » « tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser une déficience » (ibid., p.137)
	SCH2 T6/R6 : « massage de la région »	<p><b>Structures corporelles</b> « structure de la région pelviennes s740 »</p> <p><b>Fonctions organiques :</b> «fonctions du toucher b265 fonctions sensorielles de perception des surfaces et de la texture ou de leur qualité inclusions : fonction du toucher, sensation du toucher ; déficiences comme dans l'engourdissement, l'anesthésie, le picotement, les paresthésies et l'hyperesthésie » (ibid., p. 53) « sensation de douleur b280 sensation désagréable indiquant des dommages potentiels ou réels à une structure organique Inclusions : sensations de douleurs généralisée ou localisée dans une ou plusieurs parties du corps, douleur dans un dermatome, douleur lancinante, douleur cuisante, douleur sourde, douleur constante ; déficiences comme dans la myalgie, l'analgésie ou l'hyperalgie » (ibid., p.54)</p> <p><b>Facteurs environnementaux :</b> « médicaments e1101 » « tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser une déficience » (ibid., p.137)</p>
	SCH2 T7/R7: « je lui ai conseillé des patches chauffants »	<p><b>Activités et participation :</b> « Acquérir un savoir-faire complexe d1551 apprendre des ensembles intégrés d'actions, suivre les règles, enchaîner des mouvements l'un après l'autre, coordonner ses propres mouvements avec ceux d'autres personnes, comme apprendre à jouer au football ou à utiliser un outil » (ibid., p. 101) « relations formelles d740 créer et entretenir des relations spécifiques dans un cadre formel, comme avec son employeur, des professionnels ou des prestataires de service » (ibid., p. 126) « interactions de base avec autrui d710 avoir des relations avec d'autres personnes en fonction de diverses situations et dans le respect des convenances, comme faire preuve de respect ou d'estime quand il le faut, ou avoir des égards pour autrui » (ibid., p. 126) « Entretenir sa santé, d5702 » « Entretenir sa santé, d5702 prendre soin de soi en étant conscient de ses besoins et en faisant ce qu'il faut pour prendre soin de sa santé, à la fois pour réagir aux risques pour la santé et pour prévenir une mauvaise santé, par exemple en consultant des professionnels, en suivant l'avis du médecin et des autres professionnels de santé, en évitant les risques pour la santé comme les blessures, les maladies transmissibles , la prise de drogue, et des maladies sexuellement transmissibles » (ibid., p. 120)</p> <p><b>Facteurs environnementaux :</b> « professionnels de santé e355 tous les prestataires de soins travaillant dans le cadre du système de santé, comme les médecins, infirmières, physiothérapeute, ergothérapeute, logopèdes, audiométriciens, prothésistes, travailleurs médicosociaux, et autres fournisseurs de soins » (ibid., p. 149) « médicaments e1101 tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser une déficience » (ibid., p.137)</p>

## Les autres cycles d'expérimentation en rapport avec les horizons des soins et des donations.

### L'horizon des soins

Le cycle d'expérimentation T4/R4

### La conduite «ce sont des étirements de la zone (...) du carré des lombes » portée par T4/R4

#### **La genèse des cycles**

Elle a été suscitée chez le stagiaire par 5 facteurs ou conditions expérientielles : la tâche discrétionnaire issue du dispositif technique des soins, le but du schème, la tâche effective à partager ces deux facteurs sont en lien avec un besoin pragmatique partagé en rapport avec l'objet du soin : *la région lombaire*, le facteur qui suit, est celui d'une convergence de vues des acteurs qui se concrétisera au travers de l'activation d'une Base d'Orientation(BO), le dernier facteur se rapporte aux savoirs/connaissances présumés mobilisés par le stagiaire.

#### **Le cadrage des activités par la tâche discrétionnaire le but du schème et la tâche effective à partager**

La tâche discrétionnaire, elle relève du projet thérapeutique, elle est émise par le prescripteur, elle s'énonce comme suit :

- > susciter chez le patient des prises de décision partagée dans le cadre du projet thérapeutique d'appareillage du membre inférieur

Le but du schème 1:

- > Discuter d'un plan de soin à visée antalgique pour la région lombaire

Une tâche effective à partager qui appellera une collaboration des deux acteurs.

- > Mettre en œuvre une prise de décision massokinésithérapique partagée pour le traitement des douleurs lombaires.

#### **L'activation d'une Base d'Orientation consacrée aux Soins de Réadaptation du rachis Lombaire (BOSRL)**

La base d'orientation montre qu'une partie des RPV 164 réseau (2) ont été utilisés. Ils se sont articulés avec les RPV (1) objet du soin et le RPV facteurs environnementaux. Les RPV ont généré des convergences de vue portant sur, 1 structure corporelle, 1 fonction de l'organisme, et 1 facteur environnemental.

La base d'orientation englobe 2 Groupements de Matériaux Expérientiels (GME) (Cf. Tableau 95)

Tableau 95 : Une utilisation de BOSRL par le cycle l'expérimentation T4/R4

Un état de la base d'orientation BOSRL		
<i>Une identification des actions des agents est possible à travers la production qu'ils vont diffuser, dans et à travers le réseau</i>	RPV réseau	1er GME

<sup>164</sup> RPV : rapprochements des points de vue

Convergence de vue	« structure de la région pelviennes s740 » « tonus des muscles du tronc b7356»	RPV objet du soin	
<i>Un ensemble d'entités humaines et non humaines individuelles ou collectives (...) et les relations dans lesquelles elles entrent</i>		RPV réseau	3ème GME
Convergence de vue	« médicaments e1101 »	RPV facteurs environnementaux	

Commentaires sur des convergences de vue et les GME :

(CIH-2) Structure corporelle : « structure de la région pelviennes s740 » le muscle carré des lombes prend ses attaches sur la région pelvienne

(CIH-2) Fonctions de l'organisme : « tonus des muscles du tronc b7356», le tonus du carré des lombes peut interférer avec le positionnement de la région lombaire et par un tonus exagéré induire une attitude vicieuse qui accentuera les douleurs lombaires.

(CIH-2) Les facteurs environnementaux : « médicaments e1101 » l'étirement musculaire est un soin que nous considérerons comme faisant partie de la classification des médicaments.

Le 1er GME créera des PRExp en lien avec la biomécanique de la région lombaire et sa fonctionnalité telle que la difficulté à réaliser des exercices. Le 3ème GME créera des PRExp se rapportera au traitement par étirements musculaires et aux contacts établis entre les acteurs pour décider de sa mise en œuvre dans le plan de soin massokinésithérapique.

*L'étayage du cycle d'expérenciation par les savoirs connaissances*

Le stagiaire a été en mesure de mobiliser des savoirs connaissances qui lui ont permis d'étayer le cycle d'expérenciation. Les modèles cognitif et/ou opératif dont nous percevons l'affleurement au travers du discours, ont été sollicités voire enrichis.

L'Affleurement des Modèles Cognitif et Opératif (AfMCO) se manifeste dans le(s) fragment(s) de conduite :

- > « étirements de la zone(...) du carré des lombes »

L'AfMCO est un indicateur, de savoirs connaissances mobilisables (Cf. encadré et annexe du cas) que le stagiaire aurait pu mobiliser à partir de ses modèles, ou intégrer à ses modèles cognitif et opératif, nous exposons ceux qui sont à même d'avoir été mobilisés en priorité :

(PTV<sup>165</sup>) [Le traitement de la région lombaire douloureuse prendre en compte les contractures du carré des lombes qui peuvent provoquer une raideur articulaire à différents niveaux des étages vertébraux et entraîner des douleurs]

(PTV) [Dans ce cadre pathogénique les douleurs seraient consécutives à la l'attitude vicieuse prise par le patient au niveau de sa région lombaire du fait du raccourcissement permanent du carré des lombes]

<sup>165</sup> PTV : proposition tenue pour vrai

### **Une opérationnalisation du cycle d'expérientiation T4/R4**

Elle passe par la création d'un sous-but qu'appuie, le cas échéant, un aphorisme ou concept en acte/pragmatique véhiculé par les propos tenus par l'équipe soignante, les tuteurs etc.

#### *Le sous but*

Parvenir à une décision partagée pour mettre en œuvre l'étirement du carré des lombes

#### *L'aphorisme, le concept en acte, CAct5 « étirer »*

Le concept CAct5 a filtré les matériaux empiriques pour ne conserver que ceux ayant trait au muscle carré des lombes, à son état de tonus et de raccourcissement concomitant. Il a piloté l'application de cette technique au niveau du rachis lombaire ainsi que l'information délivrée au patient.

Le CAct6 « mobiliser » qui.

#### *Le théorème en acte T4*

Le raccourcissement du muscle carré des lombes peut induire une attitude vicieuse et des douleurs au niveau du rachis lombaire.

#### *La règle d'action R4*

**Si** je veux éviter que se perpétue chez mon patient, une attitude vicieuse et des douleurs au niveau du rachis lombaire.

**Alors** une décision est prendre concernant la mise en œuvre d'une technique d'étirement musculaire du carré des lombes, elle devra faire l'objet d'une prise de décision partagée, en s'appuyant sur la prise en compte de son vécu et du retentissement de sa douleur, en clarifiant avec lui les raisons et la temporalité de la décision, en lui présentant l'ensemble des options disponibles, en discutant avec lui du plan de soins, des techniques, de leur objectifs, en l'écoutant dans l'expression de ses besoins, préférences, contraintes et ressources.

Le cycle d'expérientiation T5/R5

### ***La conduite «des mobilisations en rotation, en inclinaison » portée par T5/R5***

#### ***La genèse du cycle***

Se rapporter à T4/R4.

#### ***Le cadrage des activités par la tâche discrétionnaire le but du schème et la tâche effective à partager***

Se rapporter à T4/R4.

#### ***L'activation d'une Base d'Orientatation consacrée aux Soins de Réadaptation du rachis Lombaire (BOSRL)***

La base d'orientation montre qu'une partie des RPV 166 réseau (2) ont été utilisés. Ils se sont articulés avec les RPV (1) objet du soin et le RPV facteurs environnementaux. Les RPV ont généré des convergences de vue portant sur, 1 fonction de l'organisme et 1 facteur environnemental.

La base d'orientation englobe 2 Groupements de Matériaux Expérientiels (GME) (Cf. Tableau 96).

---

<sup>166</sup> RPV : rapprochements des points de vue

**Tableau 96 : Une utilisation de BOSRL par le cycle l'expérimentation T5/R5**

Un état de la base d'orientation BOSRL			
<i>Les acteurs "s'entre-définissent" dans les intermédiaires qu'ils mettent en circulation</i>		RPV <i>réseau</i>	1 <sup>er</sup> GME
Convergence de vue	«mobilité du bassin b7201 »	RPV <i>objet du soin</i>	
<i>Un ensemble d'entités humaines et non humaines individuelles ou collectives (...) et les relations dans lesquelles elles entrent</i>		RPV <i>réseau</i>	3 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« médicaments e1101 »	RPV <i>facteurs environnementaux</i>	

Commentaires sur des convergences de vue et les GME :

(CIH-2) Fonctions de l'organisme : «mobilité du bassin b7201 », les douleurs seraient consécutives à des dysfonctionnements vertébraux. Ces dérangements seraient à l'origine de restrictions de la mobilité articulaire et perturberaient la fonction.

(CIH-2) Les facteurs environnementaux : « médicaments e1101 » la mobilisation articulaire du rachis lombaire est un soin que nous considérerons comme faisant partie de la classification des médicaments.

Le 1er GME créera des PReXp en lien avec la technique de mobilisation articulaire de la région lombaire et les prises et contre-prises ainsi que les mobilités perçues. Le 3ème GME créera des PReXp se rapportera au traitement et aux contacts établis entre les acteurs pour décider de la mise en œuvre des mobilisations articulaires du rachis.

#### *L'étayage du cycle d'expérimentation par les savoirs connaissances*

Le stagiaire a été en mesure de mobiliser des savoirs connaissances qui lui ont permis d'étayer le cycle d'expérimentation. Les modèles cognitif et/ou opératif dont nous percevons l'affleurement au travers du discours, ont été sollicités voire enrichis.

L'Affleurement des Modèles Cognitif et Opératif (AfMCO) se manifeste dans le(s) fragment(s) de conduite :

- > «mobilisations en rotation, en inclinaison »

L'AfMCO est un indicateur, de savoirs connaissances mobilisables (Cf. encadré et annexe du cas) que le stagiaire aurait pu mobiliser à partir de ses modèles, ou intégrer à ses modèles cognitif et opératif, nous exposons ceux qui sont à même d'avoir été mobilisés en priorité :

(PTV<sup>167</sup>) [Le traitement de la région lombaire douloureuse prendra en compte les raideurs articulaires à différents niveaux des étages vertébraux]

<sup>167</sup> PTV : proposition tenue pour vrai

(PTV) [Dans ce cadre pathogénique les douleurs seraient consécutives à des dysfonctionnements vertébraux. Ces dérangements seraient à l'origine de restrictions de la mobilité articulaire et perturberaient la fonction]

(PTV) [Le principe thérapeutique sera de réajuster les structures anatomiques pour restituer la mobilité articulaire]

(PTV) [Les mobilisations du rachis lombaire permettront de calmer les douleurs, de recouvrer la mobilité articulaire du segment lombaire, et de restaurer la fonction lombaire]

### ***Une opérationnalisation du cycle d'expérientiation T5/R5***

Elle passe par la création d'un sous-but qu'appuie, le cas échéant, un aphorisme ou concept en acte/pragmatique véhiculé par les propos tenus par l'équipe soignante, les tuteurs etc.

#### *Le sous but*

Parvenir à une décision partagée pour mettre en œuvre la mobilisation articulaire

#### *L'aphorisme, le concept en acte, CAct6 « mobiliser »*

Le CAct6 « mobiliser » qui pilote l'application de cette technique au niveau du rachis lombaire ainsi que l'information délivrée au patient.

#### *Le théorème en acte T5*

Une raideur articulaire du rachis lombaire peut induire une limitation de sa fonction et des douleurs au niveau de ce segment vertébral.

#### *La règle d'action R5*

**Si** je veux éviter que se perpétue chez mon patient, une restriction de mobilité du rachis lombaire et des douleurs dans cette région.

**Alors** une décision est prendre concernant la mise en œuvre d'une technique de mobilisation articulaire, elle devra faire l'objet d'une prise de décision partagée, en s'appuyant sur la prise en compte de son vécu et du retentissement de sa douleur, en clarifiant avec lui les raisons et la temporalité de la décision, en lui présentant l'ensemble des options disponibles, en discutant avec lui du plan de soins, des techniques, de leur objectifs, en l'écoutant dans l'expression de ses besoins, préférences, contraintes et ressources.

Le cycle d'expérientiation T6/R6

### **La conduite «massage de la région » portée par T6/R6**

#### ***La genèse du cycle***

Se rapporter à T4/R4.

#### ***Le cadrage des activités par la tâche discrétionnaire le but du schème et la tâche effective à partager***

Se rapporter à T4/R4.

**L'activation d'une Base d'Orientation consacrée aux Soins de Réadaptation du rachis Lombaire (BOSRL)**

La base d'orientation montre qu'une partie des RPV 168 réseau (2) ont été utilisés. Ils se sont articulés avec un RPV (1) objet du soin et le RPV facteurs environnementaux. Les RPV ont généré des convergences de vue portant sur 1 structure corporelle et 1 facteur environnemental.

La base d'orientation englobe 2 Groupements de Matériaux Expérientiels (GME) (Cf. Tableau 97)

**Tableau 97 : Une utilisation de BOSRL par le cycle l'expérientiation T6/R6**

Un état de la base d'orientation BOSRL			
<i>Les acteurs "s'entre-définissent" dans les intermédiaires qu'ils mettent en circulation</i>		RPV réseau	1 <sup>er</sup> GME
Convergence de vue	«structure de la région pelvienne s740 »	RPV objet du soin	
<i>Un ensemble d'entités humaines et non humaines individuelles ou collectives (...) et les relations dans lesquelles elles entrent</i>		RPV réseau	3 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« médicaments e1101 »	RPV facteurs environnementaux	

Commentaires sur des convergences de vue et les GME :

(CIH-2) Fonctions de l'organisme : structure de la région pelvienne s740 », le massage des tissus lombaires sont rattachés à la structure pelvienne, le massage délivre un effet antalgique et de détente globale.

(CIH-2) Les facteurs environnementaux : « médicaments e1101 » le massage du rachis lombaire est un soin que nous considérerons comme faisant partie de la classification des médicaments.

Le 1er GME créera des PRExp en lien avec la technique de massage de la région lombaire et les prises et contre-prises ainsi que les pressions et les frottements perçues. Le 3ème GME créera des PRExp se rapportera au traitement et aux contacts établis entre les acteurs pour décider de la mise en œuvre du massage lombaire.

**L'étayage du cycle d'expérientiation par les savoirs connaissances**

Le stagiaire a été en mesure de mobiliser des savoirs connaissances qui lui ont permis d'étayer le cycle d'expérientiation. Les modèles cognitif et/ou opératif dont nous percevons l'affleurement au travers du discours, ont été sollicités voire enrichis.

L'Affleurement des Modèles Cognitif et Opératif (AfMCO) se manifeste dans le(s) fragment(s) de conduite :

- > «massage de la région »

<sup>168</sup> RPV : rapprochements des points de vue

L'AfMCO est un indicateur, de savoirs connaissances mobilisables (Cf. encadré et annexe du cas) que le stagiaire aurait pu mobiliser à partir de ses modèles, ou intégrer à ses modèles cognitif et opératif, nous exposons ceux qui sont à même d'avoir été mobilisés en priorité :

(PTV<sup>169</sup>) Le traitement de la région lombaire par le massage permet de soulager la douleur sur le court terme celui de la séance]

(PTV) [Le massage lombaires par son effet antalgique procure une amélioration fonctionnelle du segment lombaire et permet de préparer le patient à l'effectuation d'exercices actifs],

(PTV) [Le massage permet de cerner les épïcètres de la douleur tissulaire de les traiter avec divers techniques manuelles sans dépasser seuil douloureux, cette approche qui se doit d'être progressive procure un effet de sédation]

### ***Une opérationnalisation du cycle d'expérientiation T6/R6***

Elle passe par la création d'un sous-but qu'appuie, le cas échéant, un aphorisme ou concept en acte/pragmatique véhiculé par les propos tenus par l'équipe soignante, les tuteurs etc.

#### *Le sous but*

Parvenir à une décision partagée pour mettre en œuvre du massage lombaire

#### *L'aphorisme, le concept en acte, CAct7 « le massage lombaire »*

Le concept CAct7 « le massage lombaire » a filtré les matériaux empiriques pour ne conserver que ceux ayant trait aux manœuvres manuelles, aux contacts avec les tissus, et aux effets sur la douleur. Il a piloté l'application de cette technique au niveau du rachis lombaire ainsi que l'information délivrée au patient.

#### *Le théorème en acte T6*

Une limitation de la fonctionnalité de la région lombaire peut être couplée à des douleurs siégeant sur cette même région.

#### *La règle d'action R6*

**Si** je veux éviter que se perpétue chez mon patient, une limitation de la fonctionnalité de son rachis lombaire et la manifestation de douleurs dans cette même région.

**Alors** une décision est prendre concernant la mise en œuvre du massage lombaire, elle devra faire l'objet d'une prise de décision partagée, en s'appuyant sur la prise en compte du vécu de mon patient et du retentissement de sa douleur, en clarifiant avec lui les raisons et la temporalité de la décision, en lui présentant l'ensemble des options disponibles, en discutant avec lui du plan de soins, des techniques, de leur objectifs, en l'écoutant me parler de ses besoins, préférences, contraintes et ressources.

Le cycle d'expérientiation T7/R7

### ***La conduite « je lui ai conseillé des patchs chauffants » portée par T7/R7***

#### ***La genèse du cycle***

Se rapporter à T4/R4.

---

<sup>169</sup> PTV : proposition tenue pour vrai

**Le cadrage des activités par la tâche discrétionnaire le but du schème et la tâche effective à partager**

Se rapporter à T4/R4.

**L'activation d'une Base d'Orientation consacrée aux Soins de Réadaptation du rachis Lombaire (BOSRL)**

La base d'orientation montre qu'une partie des RPV 170 réseau (2) ont été utilisés. Ils se sont articulés avec un RPV (1) objet du soin et le RPV facteurs environnementaux. Les RPV ont généré des convergences de vue portant sur 4 activités et participation et 1 facteur environnemental.

La partie de la base d'orientation qui est activée englobe 2 Groupements de Matériaux Expérientiels (GME) (Cf. Tableau 98).

**Tableau 98 : Une utilisation de BOSRL par le cycle l'expérientiation T7/R7**

Un état de la base d'orientation BOSRL			
<i>Une identification des actions des agents est possible à travers la production qu'ils vont diffuser, dans et à travers le réseau</i>		RPV réseau	2 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« interactions de base avec autrui d710 » « relations formelles d740 » « Acquérir un savoir-faire complexe d1551 » « Discussion avec plusieurs personnes d3551 »	RPV objet du soin	
<i>Un ensemble d'entités humaines et non humaines individuelles ou collectives (...) et les relations dans lesquelles elles entrent</i>		RPV réseau	3 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« professionnels de santé e355 » « médicaments e1101 »	RPV facteurs environnementaux	

Commentaires sur des convergences de vue et les GME :

(CIH-2) les activités et participation : « relations formelles d740 » le stagiaire informe le patient de conséquences positives que pourraient avoir l'application des enveloppements chauds en diminuant la douleur revenue en fin de séance; « interactions de base avec autrui d710 » moyens relationnel nécessaires à l'établissement d'une relation de soin et d'accompagnement du patient douloureux ; « Discussion avec plusieurs personnes d3551 » le patient échange ses impressions avec la stagiaire le cas échéant avec d'autres patients qui ont bénéficié de cette technique, il discute avec la stagiaire sur les manière d'appliquer ces enveloppements chauds, la stagiaire le questionne sur la durée d'application ce traitement est un auto soin qui doit être surveillé dans sa posologie et ses effets antalgiques post séance. « Acquérir un savoir-faire complexe d1551 » le patient doit apprendre à utiliser cette technique.

(CIH-2) Les facteurs environnementaux : « professionnels de santé e355 » le stagiaire est un membre d'équipe soignante qui va influencer sur l'attitude du patient, interagir sur son l'état de

<sup>170</sup> RPV : rapprochements des points de vue

santé (actuel et futur) ; « médicaments e1101 », nous incluons les moyens techniques en massokinésithérapie délivrés par le stagiaire qui peuvent être considérés selon nous, comme pouvant répondre à cette définition « tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser une déficience » (organisation mondiale de la santé, 2000, p.137)

Le 2ème GME produira des PRExp en lien avec des activités et participation à visée relationnelle et curative et de prévention de la santé. Le 3ème GME créera des PRExp se rapportera au traitement par enveloppements chauds et aux contacts établis entre les acteurs pour décider de sa mise en œuvre.

### ***L'étayage du cycle d'expérimentation par les savoirs connaissances***

Le stagiaire a été en mesure de mobiliser des savoirs connaissances qui lui ont permis d'étayer le cycle d'expérimentation. Les modèles cognitif et/ou opératif dont nous percevons l'affleurement au travers du discours, ont été sollicités voire enrichis.

L'Affleurement des Modèles Cognitif et Opératif (AfMCO) se manifeste dans le(s) fragment(s) de conduite :

- > «conseillé des patches chauffants »

L'AfMCO est un indicateur, de savoirs connaissances mobilisables (Cf. encadré et annexe du cas) que le stagiaire aurait pu mobiliser à partir de ses modèles, ou intégrer à ses modèles cognitif et opératif, nous exposons ceux qui sont à même d'avoir été mobilisés en priorité :

(PTV<sup>171</sup>) [Le traitement de la région lombaire par la thermothérapie diminue le tonus et a un effet analgésique]

(PTV) [La thermothérapie enveloppante (patches chauffants) associée à des exercices procure une amélioration modérée de la douleur]

### ***Une opérationnalisation du cycle d'expérimentation T7/R7***

Elle passe par la création d'un sous-but qu'appuie, le cas échéant, un aphorisme ou concept en acte/pragmatique véhiculé par les propos tenus par l'équipe soignante, les tuteurs etc.

#### *Le sous but*

Parvenir à une décision partagée pour mettre en œuvre une thermothérapie enveloppante.

#### *L'aphorisme, le concept en acte, CAct4 « Conseiller-proposer »*

Le CAct 4 «*Conseiller-proposer des soins*», pilote la mise en place d'un cadre interactionnel, le plan de soin partagé. Il a filtré les matériaux empiriques pour ne conserver que ceux ayant trait à la chaleur ressentie sur les tissus, et aux effets sur la douleur. Il a piloté l'application de cette technique au niveau du rachis lombaire ainsi que l'information délivrée au patient.

#### *Le théorème en acte T7*

Une limitation de la fonctionnalité de la région lombaire peut être couplée à des douleurs siégeant sur cette même région.

---

<sup>171</sup> PTV : proposition tenue pour vrai

### La règle d'action R7

**Si** je veux éviter que se perpétue chez mon patient, des contractures et des douleurs de la région lombaire qui entraînent des limitations de sa participation aux exercices.

**Alors** une décision est à prendre concernant la mise en œuvre d'une thérapie enveloppante de la région lombaire, elle devra faire l'objet d'une prise de décision partagée, en s'appuyant sur la prise en compte du vécu de mon patient et du retentissement de sa douleur, en clarifiant avec lui les raisons et la temporalité de la décision, en lui présentant l'ensemble des options disponibles, en discutant avec lui du plan de soins, des techniques, de leur objectifs, en l'écoutant me parler de ses besoins, préférences, contraintes et ressources.

### L'horizon de la donation

Le cycle d'expérientiation T4/R4

**La conduite** : « *ce sont des étirements de la zone (...) du carré des lombes* » et portée par T4/R4

**L'activité du stagiaire<sup>172</sup>** : 1<sup>er</sup> étape dans la constitution des agrégats expérientiels, détecter des champs expérientiels

La conduite évoquée s'est constituée en convoquant 3 champs expérientiels (Cf. Tableau 99). Celui de la technique instrumentale de soin a été le plus expérienté, avec 2 mises en mots. L'activation des 3 champs a donné lieu à la production de 4 mises en mots.

**Tableau 99 : Des champs expérientiels au fonctionnement de T4/R4 (cas n°4)**

Des champs expérientiels dans leur participation à l'expérientiation de l'objet du soin	
Phase d'élaboration perceptive	Phase de l'intégration du contenu linguistique et de l'énonciation
Convergences de vue vers l'objet du soin <sup>173</sup> Convocation des champs expérientiels	Convergences de vue vers l'objet du soin Mises en mots
technique instrumentale de soin	« ce sont / des étirements » SCH2 INF9 (2)
valuation	« ce sont des étirements » SCH2 INF9 (1)
corporité	« de la zone du carré des lombes » SCH2 INF10 (1)

**L'activité du stagiaire: 2<sup>ème</sup> étape, créer/produire des Points de Réduction Expérientielle (PRExp).**

<sup>172</sup> Plus exactement, une reconstitution de la conduite du stagiaire.

<sup>173</sup> Les caractéristiques (CIH-2) relevées dans la base d'orientation des perceptions/valuations

Les PRExp répondent d'un classement qui est fonction des stratégies de mobilisation des champs expérientiels (Cf. tableau 100).

**Tableau 100 : Des PRExp T4/R4 expérimentés selon le don/contre don (cas n°4)**

Un classement des PRExp et une formation d'agrégats expérientiels		
Stratégies expérientielles entrée par le/les systèmes d'activité	Fragments de conduite, reliés au stagiaire	Fragments de conduite, reliés au patient
		« ce sont / des étirements » SCH2 INF9
Tuilage	PRExp de la technique instrumentale de soin	
	PRExp de la valuation	
		PRExp de la corporéité

#### Agrégat par tuilage

**L'activité du stagiaire: 3<sup>ème</sup> étape en vue de l'agencement des agrégats, utiliser les Points de Réduction Expérientielle (PRExp) pour s'entendre avec le patient sur une visée commune.**

Les dons/contre-dons des Fragments de Conduites (FC) :

- ✓ Le stagiaire a donné en partage, ses FC par l'entremise de la technique instrumentale de soin (concernant des explications sur l'application de l'étirement du tissu musculaire au rachis lombaire en vue d'obtenir un effet antalgique associé, étirement qui sera centré sur le muscle carré des lombes), de la valuation (sur les amplitudes des étirements musculaires attendus et les effets antalgiques associés ou non), de la corporéité (comme stagiaire rattachée à l'équipe de soin, elle expose avec son corps et sa manière d'être, les muscles qui devront être libérés de leur tension).
- ✓ Le patient a donné en partage, ses FC par l'entremise de la technique instrumentale qu'il anticipe (les étirements musculaires qui pourront visés d'autres muscles que le carré des lombes), la valuation (par les perceptions qu'il a actuellement et qui le gêne et des libérations des tensions musculaires attendus sur son muscle carré des lombes), de la corporéité (la perception anticipatoire sur la manière de faire, les prises contre-prises sur sa région lombaire et les mouvements de son corps qui en découleront).

Une visée commune

Proposer au patient l'emploi de la technique d'étirement musculaire en lui expliquant les principes, la manière d'opérer et où (le muscle carré des lombes sera visé) ainsi que la raison essentielle ; les tensions musculaire sont génératrices de positions vicieuses qui seront causeront des douleurs au niveau du rachis/*le patient écoute la stagiaire ses arguments, il perçoit son dos comme bloqué par des tensions musculaires diverses, et il*

souffre de sa région lombaire, aussi après avoir posé des questions, il accepte la proposition de la stagiaire.<sup>174</sup>

Le cycle d'expérientiation T5/R5

**La conduite : « des mobilisations en rotation, en inclinaison » et portée par T5/R5**

**L'activité du stagiaire<sup>175</sup> : 1<sup>er</sup> étape dans la constitution des agrégats expérientiels, détecter des champs expérientiels**

La conduite évoquée s'est constituée en convoquant 3 champs expérientiels (Cf. Tableau 101). Ceux de la technique instrumentale de soin et de la corporéité ont été expérientiés de manière équivalente, avec chacun 3 mises en mots. L'activation des 3 champs a donné lieu à la production de 9 mises en mots.

**Tableau 101 : Des champs expérientiels intégrés au fonctionnement de T5/R5 (cas n°4)**

Des champs expérientiels dans leur participation à l'expérientiation de l'objet du soin	
Phase d'élaboration perceptive	Phase de l'intégration du contenu linguistique et de l'énonciation
Convergences de vue vers l'objet du soin <sup>176</sup> Convocation des champs expérientiels	Convergences de vue vers l'objet du soin Mises en mots
technique instrumentale de soin	« des <b>mobilisations</b> » SCH2 INF11 « <b>en rotation</b> , / en <b>inclinaison</b> » SCH2 INF12 (3)
corporéité	« des <b>mobilisations</b> » SCH2 INF11 « <b>en rotation</b> , / en <b>inclinaison</b> » SCH2 INF12 (3)
valuation	« des <b>mobilisations</b> » SCH2 INF11 « <b>en rotation</b> , / en <b>inclinaison</b> » SCH2 INF12 (3)

**L'activité du stagiaire: 2<sup>ème</sup> étape, créer/produire des Points de Réduction Expérientielle (PRExp).**

Les PRExp répondent d'un classement qui est fonction des stratégies de mobilisation des champs expérientiels (Cf. Tableau 102).

<sup>174</sup> La mise en italique signale l'apport du patient à la visée commune

<sup>175</sup> Plus exactement, une reconstitution de la conduite du stagiaire.

<sup>176</sup> Les caractéristiques (CIH-2) relevées dans la base d'orientation des perceptions/valuations

**Tableau 102 : Des PRExp de T5/R5 expérimentés selon le don/contre don (cas n°4)**

Un classement des PRExp et une formation d'agrégats expérientiels		
Stratégies expérientielles entrée par le/les systèmes d'activité	Fragments de conduite, reliés au stagiaire	Fragments de conduite, reliés au patient
	« des mobilisations » SCH2 INF11	« en rotation, / en inclinaison » SCH2 INF12
1 <sup>er</sup> maillage	PRExp de la technique instrumentale de soin	PRExp de la technique instrumentale de soin
2 <sup>ème</sup> maillage	PRExp de la corporéité	PRExp de la corporéité
3 <sup>ème</sup> maillage	PRExp de la valuation	PRExp de la valuation

Agrégat par maillage interindividuel

Agrégat par Tuilage

### **Une interprétation de la collaboration aidante familiale (épouse) patient en rapport avec les systèmes d'activité et les tâches**

Les dons/contre-dons des Fragments de Conduites (FC) :

- ✓ Le stagiaire a donné en partage, ses FC par l'entremise de la technique instrumentale de soin (de l'application de la mobilisation articulaire du rachis lombaire en vue d'obtenir un effet antalgique associé), de la corporéité (la manière de faire ses prises contre-prises sur la région lombaire) de la valuation (sur les mobilités recherchées/obtenues et les effets antalgiques associés ou non)
- ✓ Le patient a donné en partage, ses FC par l'entremise de la technique instrumentale de soin (de la réception de l'application de la mobilisation articulaire du rachis lombaire en vue d'obtenir un effet antalgique associé), de la corporéité (de la perception de la manière de faire, des prises contre-prises sur la région lombaire) de l'auto-valuation (sur les mobilités recherchées/obtenues et les effets antalgiques associés ou non)

Une visée commune

Proposer au patient l'emploi de la mobilisation articulaire pour le rachis afin de traiter les raideurs vertébrales, causes de douleurs lombaires, pour ce faire les mobilités en rotation et en inclinaison doivent être recherchées/*le patient écoute, les arguments de la stagiaire sur les raisons, les modalités techniques et les attendus de la technique, il souffre de sa région lombaire et perçoit des manques de mobilité au niveau de son dos, le patient après avoir posé des questions, accepte la proposition de la stagiaire.*

Le cycle d'expérientiation T6/R6

**La conduite : « massage de la région » et portée par T6/R6**

***L'activité du stagiaire<sup>177</sup> : 1<sup>er</sup> étape dans la constitution des agrégats expérientiels, détecter des champs expérientiels***

La conduite évoquée s'est constituée en convoquant 3 champs expérientiels (Cf. Tableau 103). Tous les champs ont été expérientiés de manière équivalente, avec chacun une mise en mots.

**Tableau 103 : Des champs expérientiels intégrés au fonctionnement de T6/R6 (cas n°4)**

Des champs expérientiels dans leur participation à l'expérientiation de l'objet du soin	
Phase d'élaboration perceptive	Phase de l'intégration du contenu linguistique et de l'énonciation
Convergences de vue vers l'objet du soin <sup>178</sup> Convocation des champs expérientiels	Convergences de vue vers l'objet du soin Mises en mots
technique instrumentale de soin	«massage » SCH2 INF13 (1)
valuation	« de la région » SCH2 INF14 (1)
corporéité	« de la région » SCH2 INF14 (1)

**L'activité du stagiaire: 2<sup>ème</sup> étape, créer/produire des Points de Réduction Expérientielle (PRExp).**

Les PRExp répondent d'un classement qui est fonction des stratégies de mobilisation des champs expérientiels (Cf. Tableau 104).

**Tableau 104 : Des PRExp de T6/R6 expérientiés selon le don/contre don (cas n°4)**

Un classement des PRExp et une formation d'agrégats expérientiels		
Stratégies expérientielles entrée par le/les systèmes d'activité	Fragments de conduite, reliés au stagiaire	Fragments de conduite, reliés au patient
	«massage » SCH2 INF13	« de la région <i>lombaire</i> <sup>179</sup> » SCH2 INF14
Tuilage	PRExp de la technique instrumentale de soin	
		PRExp de la valuation

<sup>177</sup> Plus exactement, une reconstitution de la conduite du stagiaire.

<sup>178</sup> Les caractéristiques (CIH-2) relevées dans la base d'orientation des perceptions/valuations

<sup>179</sup> *Lombaire* ajout du chercheur

		PRExp de la corporéité
--	--	------------------------

### Agrégat par Tuilage

**L'activité du stagiaire: 3<sup>ème</sup> étape en vue de l'agencement des agrégats, utiliser les Points de Réduction Expérientielle (PRExp) pour s'entendre avec le patient sur une visée commune.**

Les dons/contre-dons des Fragments de Conduites (FC) :

- ✓ La stagiaire a donné à en partage, ses FC par l'entremise de la technique instrumentale de soin (de l'application du massage sur les tissus de la région lombaire en vue d'obtenir une détente musculaire et un effet antalgique associé)
- ✓ Le patient a donné en partage, ses FC par l'entremise de la valuation (il est prêt à lui faire part des effets que produiront sur lui le massage), de la corporéité (le rachis lombaire douloureux qu'il désigne comme le lieu du massage).

Une visée commune

Proposer au patient la mise en œuvre du massage pour la région lombaire afin de détendre la musculature, en faisant baisser son tonus et par des palpations spécifiques traiter les points algiques sur cette zone anatomique/ *Le patient écoute, les arguments de la stagiaire sur les bienfaits attendus du massage, il souffre de sa région lombaire, le patient après avoir posé des questions, accepte la proposition de la stagiaire*<sup>180</sup>

Le cycle d'expérientiation T7/R7

**La conduite : « je lui ai conseillé des patchs chauffants » et portée par T7/R7**

**L'activité du stagiaire<sup>181</sup> : 1<sup>er</sup> étape dans la constitution des agrégats expérientiels, détecter des champs expérientiels**

La conduite évoquée s'est constituée en convoquant (Cf. Tableau 105). Ceux de la valuation et de la corporéité ont été les plus expérientées, avec 5 mises en mots. L'activation des 6 champs a donné lieu à la production de 9 mises en mots.

**Tableau 105 : Des champs expérientiels intégrés au fonctionnement de T7/R7 (cas n°4)**

Des champs expérientiels dans leur participation à l'expérientiation de l'objet du soin	
Phase d'élaboration perceptive	Phase de l'intégration du contenu linguistique et de l'énonciation
Convergences de vue vers l'objet du soin <sup>182</sup> Convocation des champs expérientiels	Convergences de vue vers l'objet du soin Mises en mots
valuation	« je lui ai <b>conseillé</b> » SCH2 INF15 « <b>des</b> / patchs <b>chauffants</b> » SCH2 INF16 (3)

<sup>180</sup> La mise en italique signale l'apport de la patiente à la visée commune

<sup>181</sup> Plus exactement, une reconstitution de la conduite du stagiaire.

<sup>182</sup> Les caractéristiques (CIH-2) relevées dans la base d'orientation des perceptions/valuations

corporéité	« <b>je / lui</b> ai conseillé » SCH2 INF15 (2)
réflexivité	« <b>je</b> lui ai conseillé » SCH2 INF15 (1)
valuation temporelle	« je lui <b>ai conseillé</b> » SCH2 INF15 (1)
technique de guidage et d'accompagnement relationnel	« <b>je lui ai conseillé</b> » SCH2 INF15 (1)
technique instrumentale de soin	« des <b>patchs chauffants</b> » SCH2 INF16 (1)

**L'activité du stagiaire: 2<sup>ème</sup> étape, créer/produire des Points de Réduction Expérientielle (PRExp).**

Les PRExp répondent d'un classement qui est fonction des stratégies de mobilisation des champs expérientiels (Cf. Tableau 106).

Tableau 106 : Des PRExp de T7/R7 expérimentés selon le don/contre don

Un classement des PRExp et une formation d'agrégats expérientiels				
Stratégies expérientielles entrée par le/les systèmes d'activité	Fragments de conduite, reliés au stagiaire		Fragments de conduite, reliés au patient	
	« je (lui) ai <b>conseillé</b> » SCH2 INF15		« lui » SCH2 INF16	« <b>des / patchs chauffants</b> » SCH2 INF17
1 <sup>er</sup> maillage interindividuel et tuilage	PRExp de la valuation			PRExp de la valuation
2 <sup>ème</sup> maillage interindividuel et tuilage	PRExp de la corporéité		PRExp de la corporéité	
Tuilage	PRExp de la réflexivité			
	PRExp de la valuation temporelle			
	PRExp de la technique de guidage et d'accompagnement relationnel			
				PRExp de la technique instrumentale de soin

**L'activité du stagiaire: 3<sup>ème</sup> étape en vue de l'agencement des agrégats, utiliser les Points de Réduction Expérientielle (PRExp) pour s'entendre avec le patient sur une visée commune.**

Les dons/contre-dons des Fragments de Conduites (FC) :

- ✓ La stagiaire a donné à en partage, ses FC par l'entremise de la valuation (une appréciation sur la technique de thermothérapie enveloppante appliquée aux douleurs lombaires), de la corporéité (comme membre de l'équipe soignante stagiaire, utilisateur du système des patchs chauffants dans le service de rééducation), de la réflexivité (de sa prise de distance par rapport à ce choix technique proposé), de la valuation temporelle (d'avoir spécifiée la durée d'application des patchs chauffants, leur utilisation en fin de séance de rééducation), de la technique de guidage et d'accompagnement (sa volonté d'améliorer l'état de santé du patient, tout en cherchant à le faire participer et qu'il prenne confiance en

lui), de la technique instrumentale de soin (sur la manière(s) de lui apprendre à appliquer des patchs chauffants sur sa région lombaire).

- ✓ Le patient a donné en partage, ses FC par l'entremise de la valuation (des effets antalgiques attendus ou bien de ceux obtenus, ressentis), de la corporéité (comme bénéficiaire de l'application sur son enveloppe corporelle (la région lombaire) des patchs chauffants), de la réflexivité (de ses questionnements par rapport à cette technique et de son utilité pour lui) de la valuation temporelle (la durée d'application des patchs chauffants, leur utilisation en fin de séance de rééducation), de la technique de guidage et d'accompagnement relationnel (écouter et montrer de l'intérêt au propos tenus par la stagiaire sur mon état de santé et sa participation aux soins) de la technique instrumentale de soin (sur la manière(s) de s'auto-appliquer des patchs chauffants).

Une visée commune

Conseiller au patient l'utilisation de patchs chauffants en fin de séance de rééducation dans un but d'antalgie, et lui proposer, après lui avoir appris à manier ces patchs, de les appliquer lui-même sur sa région lombaire/ *Le patient écoute, les arguments de la stagiaire sur les effets antalgiques des enveloppements chauds et par ailleurs, sa volonté de le faire participer aux soins, et ce en lui proposant d'appliquer lui-même sur sa région lombaire les patchs chauffant en fin de séance, le patient après avoir posé des questions, accepte la proposition de la stagiaire*<sup>183</sup>

---

<sup>183</sup> La mise en italique signale l'apport de la patiente à la visée commune

## L'étude de cas n°5

### La composition de l'extrait par les schèmes d'action

Tableau 107 : La décomposition des schèmes d'action n°1, n°2 et n°3

Buts, O.C.P. et schèmes	Les composants des schèmes d'action			Le récit
	Théorème en acte / Règle d'action	Concepts en acte	Possibilités d'inférences	
<p>Mettre en œuvre systématiquement un bilan de la douleur de la région lombaire au cours de chaque séance</p> <p><b>OCP : les douleurs lombaires</b></p> <p>Schème 1→</p>	<p>SCH1 T1/R1 : « je lui demande toujours de, au niveau de ses douleurs là maintenant lombaires »</p> <p>SCH1 T2/R2 : « je me suis axé là-dessus parce que j'ai trouvé que c'était que c'était assez contraignant pour lui lors des exercices »</p> <p>SCH1 T3/R3: « donc ce que je fais c'est que je vois au niveau de ses douleurs lombaires, donc il me dit si cela fait mal ou pas »</p> <p>SCH1 T4/R4 « mais bon, j'ai bien vu que c'était (...) assez constant »</p>	<p>Concept épistémique : CEpist 1 → La douleur</p> <p>Concepts en acte: CAct 1→ Douleurs-lombaires CAct 2→ "Bilanter"</p>	<p>Les indices :</p> <p>SCH1 INF 1 : « je lui demande toujours de »</p> <p>SCH1 INF 2 : « au niveau de ses douleurs là maintenant lombaires »</p> <p>SCH1 INF 3 : « je me suis axé là-dessus parce que »</p> <p>SCH1 INF 4 : « j'ai trouvé que »</p> <p>SCH1 INF 5 : « c'était assez contraignant pour lui lors des exercices »</p> <p>SCH1 INF 6 : « donc ce que je fais c'est que je vois »</p> <p>SCH1 INF 7 : « au niveau de ses douleurs lombaires s »</p> <p>SCH1 INF 8 : « donc il me dit si cela fait mal ou pas »</p> <p>SCH1 INF 9 : « j'ai bien vu que »</p> <p>SCH1 INF 10: « c'était, que c'était assez constant »</p>	<p><b>A :</b> donc je lui demande toujours de, au niveau de ses douleurs là maintenant lombaires (...) je me suis axé là-dessus parce que j'ai trouvé que c'était assez contraignant pour lui lors des exercices (hésitation) donc ce que je fais c'est que je vois au niveau de ses douleurs lombaires, donc il me dit si cela fait mal ou pas, mais bon, j'ai bien vu que c'était, que c'était assez constant »</p>

<p>Utiliser des techniques de mobilisations pour le rachis lombaire comme préalable aux autres techniques <b>OCP : La mobilité du rachis lombaire</b> Schème 2→</p>	<p>SCH2 T5/R5 : « c'est que, d'abord (...) je fais une sorte de mobilisation! Donc en rotation et en inclinaison (silence) (...) vraiment, du rachis (...) au niveau donc de la partie lombaire»</p>	<p>Concepts en acteCAct3 → « sorte de mobilisation! »</p>	<p>Les indices : SCH1 INF 11 : « c'est que, d'abord (...) je fais une sorte de mobilisation » SCH2 INF12 : « en rotation et en inclinaison » SCH2 INF13 : «vraiment du rachis » SCH2 INF14 : «au niveau donc de la partie lombaire »</p>	<p><b>B :</b> Alors ce que je fais, c'est que, d'abord (hésitation) je fais (hésitation et silence) je fais une sorte de mobilisation! Donc en rotation et en inclinaison (silence) (...) vraiment, du rachis (...) au niveau donc de la partie lombaire»</p>
<p>Utiliser des techniques de d'étirements et de massage selon des modalités diachronique et synchronique au niveau du carré des lombes <b>OCP : La zone du carré des lombes</b> Schème 3→</p>	<p>SCH3 T6/R6 : « et (hésitation) ensuite après ce que, ce que je fais, je fais quelques étirements au niveau des carrés des lombes »  SCH3 T7/R7 : « ensuite je propose (hésitation) massage!»  SCH3 T8/R8 : « vraiment, en même temps (court silence) en même temps que je fais mon étirement (...) je peux travailler la zone du carré des lombes»</p>	<p>Concepts en acte : CAct4 → « travailler la zone du carré des lombes »</p>	<p>Les indices : SCH3 INF15 : « ensuite après ce que, ce que je fais » SCH3 INF16 « je fais quelques étirements » SCH3 INF17 « au niveau des carrés des lombes » SCH3 INF18 « ensuite je propose » SCH3 INF19 « massage!» SCH3 INF20 « vraiment, en même temps (court silence) en même temps que je fais mon étirement» SCH3 INF21 « je peux travailler » SCH3 INF22 « la zone du carré des lombes »</p>	<p><b>C :</b> «et (hésitation) ensuite après ce que, ce que je fais, je fais quelques étirements au niveau des carrés des lombes (...) ensuite, (hésitation) ensuite je propose (hésitation) massage! (...) vraiment, en même temps (court silence) en même temps que je fais mon étirement, je peux, je peux travailler la zone du carré des lombes, pareil»</p>

## Les objets de savoirs/connaissances potentiellement mobilisés/mobilisables par le stagiaire pour la mise en travail de l'objet du soin (2 thématiques)

### *Thématique 1 : la douleur*

#### Principe

« Une première règle est d'accepter que le malade soit en dernière analyse le seul véritable expert pour apprécier l'intensité d'une douleur. » (Delorme, & Boureau, 2006)

#### Évaluation de l'intensité

« Pourquoi évaluer systématiquement l'intensité de la douleur ?

Disposer d'une méthode d'évaluation de la douleur et du soulagement nous paraît présenter de nombreux avantages en pratique courante :

- identification systématique des malades présentant une douleur car beaucoup de malades douloureux ne se plaignent pas spontanément ;
- améliorer la qualité de la relation médecin malade en montrant au malade que l'on croit à sa plainte et que l'on ne le suspecte pas de majorer ou d'inventer sa douleur ;
- faciliter les prises de décisions de traitements symptomatiques analgésiques adaptés à l'intensité de la douleur (titration des doses efficaces de morphine orale au cours des douleurs cancéreuses par exemple) ;
- permettre aux différents membres de l'équipe soignante d'utiliser des critères communs, ce qui facilite les prises de décisions homogènes au sein de l'équipe ;
- permettre la transmission de l'information entre le malade et les soignants, entre les différents membres de l'équipe ;
- transcrire les informations devant figurer dans le dossier du malade, la réponse aux thérapeutiques antérieures ne dépendant plus uniquement du souvenir du malade ou des soignants,
- l'évaluation systématique et régulière qui aide à mieux soulager la douleur, ce qui est un des éléments essentiels de la qualité des soins. » (Delorme, & Boureau, 2006)

#### Modalités d'évaluation

« Les informations disponibles pour évaluer l'intensité d'une douleur sont le rapport verbal du patient (auto-évaluation) ou l'observation de son comportement (hétéro-évaluation) (...) Pour la pratique courante, il convient de privilégier la rapidité de passation, ce qui fait éliminer de nombreux instruments (questionnaires et échelles) trop longs, qui n'ont pas de place dans ce contexte, tout au moins en routine. Il est fortement recommandé de réaliser systématiquement une auto-évaluation des douleurs par le patient à l'aide d'une échelle de mesure validée. Cependant, le médecin devra éviter que l'utilisation d'un tel instrument se substitue à la communication et appauvrisse la relation avec le patient.» (Delorme, & Boureau, 2006)

#### Le malade non communicant

Dans ces situations, l'observation du comportement du malade donne les informations utiles sur l'intensité de la douleur (posture, faciès, limitation des mouvements, difficultés pour se déshabiller et s'habiller, etc.). Ces informations contribuent à l'évaluation, particulièrement chez les patients qui ne peuvent décrire

leur douleur de manière suffisante (troubles de la conscience, difficultés d'expression). (Delorme, & Boureau, 2006)

La perception de la douleur

« Il s'agit d'un phénomène complexe et l'on distingue quatre composantes interactives dans la perception de la douleur : sensori-discriminative\*, affective et émotionnelle, cognitive et enfin comportementale (61). L'ensemble de ces dimensions est lui-même sous l'influence de facteurs environnementaux, professionnels, familiaux, sociaux et culturels, passés ou présents. Un autre facteur peut jouer un rôle important : il s'agit de la durée de la douleur en fonction de laquelle on oppose la douleur aiguë à la douleur chronique. » (ANAES, 1999, p.62)

La composante sensori-discriminative

« La composante sensori-discriminative correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage de la qualité (brûlure, décharges électriques, torsion, etc.), de la durée (brève, continue, etc.), de l'intensité et de la localisation des messages nociceptifs. En comparaison avec d'autres systèmes sensoriels, les performances du décodage des messages nociceptifs ne sont pas parfaites. On sait que la douleur peut manquer dans de nombreux cas ou n'apparaître qu'à un stade trop avancé, dans le cancer par exemple. On connaît la localisation imprécise des douleurs profondes, en particulier viscérales, et le phénomène de douleur projetée.

Du fait de ces caractéristiques sensorielles, certains auteurs considèrent que la douleur se rapproche plus de la perception d'un état de besoin comme la faim ou la soif plutôt que d'un système sensoriel comme la vision ou l'audition » (ANAES, 1999, p.62)

La composante comportementale

« La composante comportementale englobe l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre (plaintes, mimiques, postures antalgiques, impossibilité de maintenir un comportement normal, etc.). Ces manifestations peuvent apparaître comme réactionnelles à une douleur perçue. Elles constituent des indices reflétant l'importance du problème de douleur. Elles assurent aussi une fonction de communication avec l'entourage. Les apprentissages antérieurs, fonction de l'environnement familial et ethnoculturel, de standards sociaux liés à l'âge et même au sexe, sont susceptibles de modifier la réaction actuelle d'un individu. Les réactions de l'entourage (familial, professionnel, soignant) peuvent interférer avec le comportement du malade douloureux et contribuer à son entretien » (ANAES, 1999, p.64)

## *Thématique 2 : le patient lombalgique*

Prise en charge globale du patient lombalgique

« La prise en charge doit être **centrée sur le patient** : elle prend en compte le vécu du patient et le retentissement de sa douleur (dimensions physique, psychologique, et socioprofessionnelle) (AE<sup>184</sup>). Cette prise en charge globale est habituellement nommée « bio-psycho-sociale » et s'appuie sur une **décision médicale partagée**.

---

<sup>184</sup> Accord d'experts. En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter

Il est recommandé d'expliquer au patient les termes du diagnostic et de délivrer une information rassurante quant au pronostic de la lombalgie commune (généralement favorable en quelques semaines) (AE).

En cas de lombalgie chronique ou à risque de chronicité, il est utile d'envisager une prise en charge pluridisciplinaire (AE) pouvant impliquer : kinésithérapeute, rhumatologue, spécialiste de médecine physique et de réadaptation, médecin du travail, puis si indiqué spécialiste de la douleur, ou chirurgien du rachis. Le type de professionnels impliqués dépend à la fois de l'expérience du clinicien prenant en charge initialement le patient, de la situation individuelle, des préférences du patient, et des ressources du système de soins disponibles localement (AE).

Il est important de veiller à la cohérence des propositions thérapeutiques entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge, en raison du caractère délétère des discours discordants (AE). » (HAS, 2019)

#### La prise en charge en massokinésithérapie

« Chez les patients présentant une lombalgie chronique ou à risque de chronicité : prise en charge par kinésithérapie

La réalisation d'exercices thérapeutiques adaptés à la situation clinique, enseignée par un kinésithérapeute, puis poursuivie à domicile, est recommandée (grade B<sup>185</sup>).

Le kinésithérapeute participe à l'éducation du patient (réassurance, lutte contre les peurs et croyances, sensibilisation aux bienfaits de l'activité physique) dans le cadre d'une prise en charge bio-psycho-sociale (AE).

La réalisation de la kinésithérapie doit faire appel à la **participation active du patient** (grade B).

Les thérapies passives ne doivent pas être utilisées isolément car elles n'ont aucune efficacité sur l'évolution de la lombalgie (AE). » (HAS, 2019)

#### Le diagnostic massokinésithérapique

« Le diagnostic de la lombalgie relève de l'art médical dans ses aspects génériques. Par la suite, il appartient au kinésithérapeute de découvrir les causes mécaniques de la lombalgie par une étude attentive de l'état des structures, grâce aux examens para cliniques que nous considérons comme incontournables si l'on veut appliquer un traitement adapté à chaque cas. Nous utiliserons ensuite nos examens cliniques de barrières motrices au niveau du rachis lombaire, du bassin, et des membres inférieurs en vue d'objectiver le siège des différentes raideurs articulaires. » (Boisdequin, 2013, p.35)

---

à engager des études complémentaires. (HAS/ Service des bonnes pratiques professionnelles/Mars 2019 : Fiche mémo. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune, p.2)

<sup>185</sup> Grade des recommandations : B Présomption scientifique (HAS/Service des bonnes pratiques professionnelles/ Avril 2016, Méthode d'élaboration des fiches mémo et des fiches de pertinence, p.13)

## Les schèmes d'action et leur mise en correspondance avec la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé

Étude de cas n°5 : Sabrina

Tableau 108 : Correspondances entre les schèmes d'action de 1 à 3 et la CIH-2

Correspondances		
Les buts et les O.C.P.	Cycles d'expérientiation	les structures corporelles, fonctions organiques, les activités et participation, les facteurs environnementaux (CIH-2)
<p>Mettre en œuvre systématiquement un bilan de la douleur de la région lombaire au cours de chaque séance Schème 1→ <b>OCP : les douleurs lombaires</b></p>	<p><i>SCH1 T1/R1 : « je lui demande toujours de, au niveau de ses douleurs là maintenant lombaires »</i></p>	<p><b>Structures corporelles</b> « structure de la région pelviennes s740 » (Organisation mondiale de la Santé, CIH-2, 2000, P.31) <b>Fonctions organiques</b> « douleur dans le dos b28013 sensation désagréable indiquant des dommages potentiels ou réels à une structure située au niveau du dos » (ibid., p 54) <b>Activités et participation :</b> « Discussion avec plusieurs personnes d3551 engager, poursuivre et mettre fin à l'examen d'une question donnée ou d'engager dans un débat avec plus d'une personne » (ibid., p. 108) « interactions de base avec autrui d710 avoir des relations avec d'autres personnes en fonction de diverses situations et dans le respect des convenances, comme faire preuve de respect ou d'estime quand il le faut, ou avoir des égards pour autrui » (ibid., p. 126) « relations formelles d740 créer et entretenir des relations spécifiques dans un cadre formel, comme avec son employeur, des professionnels ou des prestataires de service » (ibid., p. 126) <b>Facteurs environnementaux :</b> « professionnels de santé e355 tous les prestataires de soins travaillant dans le cadre du système de santé, comme les médecins, infirmières, physiothérapeute, ergothérapeute, logopèdes, audiométriciens, prothésistes, travailleurs médicosociaux, et autres fournisseurs de soins » (ibid., p. 149) « médicaments e1101 » « tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser une déficience » (ibid., p.137)</p>
	<p><i>SCH1 T2/R2 : « je me suis axé là-dessus parce que j'ai trouvé que c'était que c'était assez contraignant pour lui lors des exercices »</i></p>	<p><b>Fonctions organiques</b> « Mobilité du bassin b7201 fonctions relatives à l'amplitude et à la facilité de mouvement du bassin » (ibid., p. 74) « contrôle des mouvements volontaires simples b7600 fonctions relatives au contrôle et à la coordination des mouvements volontaires simples ou isolés » (ibid., p. 78) <b>Activités et participation :</b></p>

		<p>« changer de position corporelle de base d410 prendre et quitter une position et passer d'un endroit à un autre, comme se lever d'un fauteuil et se coucher dans un lit, et prendre et quitter les positions à genoux ou accroupi » (ibid., p. 110)</p> <p>« garder la position du corps d415 garder la même position si nécessaire, comme rester assis ou debout au travail ou à l'école (ibid., p. 111)</p> <p>« Acquérir un savoir-faire complexe d1551 apprendre des ensembles intégrés d'actions, suivre les règles, enchaîner des mouvements l'un après l'autre, coordonner ses propres mouvements avec ceux d'autres personnes, comme apprendre à jouer au football ou à utiliser un outil » (ibid., p. 101)</p> <p>« relations formelles d740 créer et entretenir des relations spécifiques dans un cadre formel, comme avec son employeur, des professionnels ou des prestataires de service » (ibid., p. 126)</p> <p><b>Facteurs environnementaux :</b></p> <p>« médicaments e1101 » nous y incluons les moyens techniques en massokinésithérapie délivrés par le stagiaire qui peuvent être considérés selon nous, comme pouvant répondre à cette définition « tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser une déficience » (organisation mondiale de la santé, 2000, p.137)</p> <p>« professionnels de santé e355 tous les prestataires de soins travaillant dans le cadre du système de santé, comme les médecins, infirmières, physiothérapeute, ergothérapeute, logopèdes, audiométriciens, prothésistes, travailleurs médicosociaux, et autres fournisseurs de soins » (ibid., p. 149)</p>
	<p><i>SCH1 T3/R3:</i>  <i>« donc ce que je fais c'est que je vois au niveau de ses douleurs lombaires, donc il me dit si cela fait mal ou pas »</i></p>	<p><b>Structures corporelles</b></p> <p>« structure de la région pelviennes s740 »</p> <p><b>Fonctions organiques</b></p> <p>« douleur dans le dos b28013 sensation désagréable indiquant des dommages potentiels ou réels à une structure située au niveau du dos » (ibid., p 54)</p> <p><b>Activités et participation :</b></p> <p>« Discussion avec plusieurs personnes d3551 engager, poursuivre et mettre fin à l'examen d'une question donnée ou d'engager dans un débat avec plus d'une personne » (ibid., p. 108)</p> <p>« interactions de base avec autrui d710 avoir des relations avec d'autres personnes en fonction de diverses situations et dans le respect des convenances, comme faire preuve de respect ou d'estime quand il le faut, ou avoir des égards pour autrui » (ibid., p. 126)</p> <p>« relations formelles d740 créer et entretenir des relations spécifiques dans un cadre formel, comme avec son employeur, des professionnels ou des prestataires de service » (ibid., p. 126)</p>

		<p><b>Facteurs environnementaux :</b>  « professionnels de santé e355 tous les prestataires de soins travaillant dans le cadre du système de santé, comme les médecins, infirmières, physiothérapeute, ergothérapeute, logopèdes, audiométriciens, prothésistes, travailleurs médicosociaux, et autres fournisseurs de soins » (ibid., p. 149)  « médicaments e1101 » « tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser une déficience » (ibid., p.137)</p>
	<p>SCH1 T4/R4  <i>« mais bon, j'ai bien vu que c'était (...) assez constant »</i></p>	<p><b>Structures corporelles</b>  « structure de la région pelviennes s740 »  <b>Fonctions organiques</b>  « douleur dans le dos b28013 sensation désagréable indiquant des dommages potentiels ou réels à une structure située au niveau du dos » (ibid., p 54)  <b>Facteurs environnementaux :</b>  « professionnels de santé e355 tous les prestataires de soins travaillant dans le cadre du système de santé, comme les médecins, infirmières, physiothérapeute, ergothérapeute, logopèdes, audiométriciens, prothésistes, travailleurs médicosociaux, et autres fournisseurs de soins » (ibid., p. 149)  « médicaments e1101 » « tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser une déficience » (ibid., p.137)</p>
<p>Utiliser des techniques de mobilisations pour le rachis lombaire comme préalable aux autres techniques  Schème 2→  <b>OCP : La mobilité du rachis lombaire</b></p>	<p>SCH2 T5/R5 :  <i>« c'est que, d'abord (...) je fais une sorte de mobilisation! Donc en rotation et en inclinaison (silence) (...) vraiment, du rachis (...) au niveau donc de la partie lombaire »</i></p>	<p><b>Structures corporelles</b>  « structure de la région pelviennes s740 »  <b>Fonctions organiques :</b>  «mobilité du bassin b7201 fonctions relatives à l'amplitude et à la facilité de mouvement du bassin » (ibid., p.74)  <b>Activités et participation :</b>  « Acquérir un savoir-faire complexe d1551 apprendre des ensembles intégrés d'actions, suivre les règles, enchaîner des mouvements l'un après l'autre, coordonner ses propres mouvements avec ceux d'autres personnes, comme apprendre à jouer au football ou à utiliser un outil » (ibid., p. 101)  « relations formelles d740 créer et entretenir des relations spécifiques dans un cadre formel, comme avec son employeur, des professionnels ou des prestataires de service » (ibid., p. 126)  « interactions complexes avec autrui d720 entretenir et maîtriser les relations avec autrui selon les circonstances, comment maîtriser ses émotions et ses pulsions, maîtriser son agressivité verbale et physique, agir de manière indépendante dans les relations sociales, et agir selon les règles et conventions sociales » (ibid., p.126)  <b>Facteurs environnementaux :</b></p>

		<p>« médicaments e1101 » « tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser une déficience » (ibid., p.137)</p> <p>« professionnels de santé e355 tous les prestataires de soins travaillant dans le cadre du système de santé, comme les médecins, infirmières, physiothérapeute, ergothérapeute, logopèdes, audiométriciens, prothésistes, travailleurs médicosociaux, et autres fournisseurs de soins » (ibid., p. 149)</p>
<p>Utiliser des techniques de d'étirements et de massage selon des modalités diachronique et synchronique au niveau du carré des lombes Schème 3 → <b>OCP : La zone du carré des lombes</b></p>	<p>SCH3 T6/R6 : « et (hésitation) ensuite après ce que, ce que je fais, je fais quelques étirements au niveau des carrés des lombes »</p>	<p><b>Structures corporelles</b> « structure de la région pelviennes s740 »</p> <p><b>Fonctions organiques :</b> « tonus des muscles du tronc b7356 fonctions relatives à la tension présente dans les muscles et les groupes de muscles au repos du tronc et à la résistance offerte lors de l'exécution de mouvements passifs » (ibid., p.76)</p> <p><b>Facteurs environnementaux :</b> « médicaments e1101 » « tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser une déficience » (ibid., p.137)</p> <p>« professionnels de santé e355 tous les prestataires de soins travaillant dans le cadre du système de santé, comme les médecins, infirmières, physiothérapeute, ergothérapeute, logopèdes, audiométriciens, prothésistes, travailleurs médicosociaux, et autres fournisseurs de soins » (ibid., p. 149)</p>
	<p>SCH3 T7/R7 : « ensuite je propose (hésitation) massage!»</p>	<p><b>Activités et participation :</b> « résoudre des problèmes d175 trouver la réponse à des questions ou la solution à des situations en cernant et en analysant les questions qui se posent, en mettant au point des options ou des solutions, et en évaluant les effets potentiels de ces solutions, par ex. en résolvant une dispute entre deux personnes » (ibid., p. 101)</p> <p>« Discussion avec plusieurs personnes d3551 engager, poursuivre et mettre fin à l'examen d'une question donnée ou d'engager dans un débat avec plus d'une personne » (ibid., p. 108)</p> <p>« interactions de base avec autrui d710 avoir des relations avec d'autres personnes en fonction de diverses situations et dans le respect des convenances, comme faire preuve de respect ou d'estime quand il le faut, ou avoir des égards pour autrui » (ibid., p. 126)</p> <p>« relations formelles d740 créer et entretenir des relations spécifiques dans un cadre formel, comme avec son employeur, des professionnels ou des prestataires de service » (ibid., p. 126)</p> <p><b>Facteurs environnementaux :</b> « médicaments e1101 » « tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou</p>

		<p>existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser une déficience » (ibid., p.137)  « professionnels de santé e355 tous les prestataires de soins travaillant dans le cadre du système de santé, comme les médecins, infirmières, physiothérapeute, ergothérapeute, logopèdes, audiométriciens, prothésistes, travailleurs médicosociaux, et autres fournisseurs de soins » (ibid., p. 149)</p>
	<p>SCH3 T8/R8 :  « vraiment, en même temps (court silence) en même temps que je fais mon étirement (...) je peux travailler la zone du carré des lombes »</p>	<p><b>Structures corporelles</b>  « structure de la région pelviennes s740 »  <b>Fonctions organiques :</b>  « tonus des muscles du tronc b7356 fonctions relatives à la tension présente dans les muscles et les groupes de muscles au repos du tronc et à la résistance offerte lors de l'exécution de mouvements passifs » (ibid., p.76)  <b>Facteurs environnementaux :</b>  « médicaments e1101 » « tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser une déficience » (ibid., p.137)  « professionnels de santé e355 tous les prestataires de soins travaillant dans le cadre du système de santé, comme les médecins, infirmières, physiothérapeute, ergothérapeute, logopèdes, audiométriciens, prothésistes, travailleurs médicosociaux, et autres fournisseurs de soins » (ibid., p. 149)</p>

## Les autres cycles d'expérimentation en rapport avec les horizons des soins et des donations

### L'horizon des soins

Le cycle d'expérimentation T1/R1

**La conduite « je lui demande toujours de, au niveau de ses douleurs là maintenant lombaires » portée par T1/R1**

#### La genèse des cycles

Elle a été suscitée chez le stagiaire par 5 facteurs ou conditions expérientielles : la tâche discrétionnaire issue du dispositif technique des soins, le but du schème, la tâche effective à partager ces deux facteurs sont en lien avec un besoin pragmatique partagé en rapport avec l'objet du soin : *les douleurs lombaires*, le facteur qui suit, est celui des convergences de vues des acteurs qui se concrétiseront au travers d'une Base d'Orientat(BO), le dernier facteur se rapporte aux savoirs/connaissances présumés mobilisés par le stagiaire.

*Le cadrage des activités par la tâche discrétionnaire le but du schème et la tâche effective à partager*

La tâche discrétionnaire, elle relève du projet thérapeutique, elle est émise par le prescripteur, elle s'énonce comme suit :

- > Préparer l'apprentissage de la marche appareillée.

Le but du schème 1:

- > Mettre en œuvre systématiquement un bilan de la douleur de la région lombaire lors de chaque séance

Une tâche effective à partager qui appelle une collaboration des deux acteurs.

- > Valuer les douleurs au niveau de la région lombaire.

### L'activation d'une Base d'Orientat consacree aux Soins de Réadaptation du rachis Lombaire (BOSRL)

La base d'orientation montre que la totalité des RPV 186 réseau (3) ont été utilisés. Ils se sont articulés avec un RPV (2) objet du soin et le RPV facteurs environnementaux. Les RPV ont généré des convergences de vue portant sur 1 structure corporelle, 1 fonction organique, 3 activités et participation, et 2 facteurs environnementaux.

La base d'orientation englobe 3 Groupements de Matériaux Expérientiels (GME) (Cf. Tableau 52)

Tableau 109 : Une utilisation de la BOSRL par le cycle d'expérimentation T1/R1

Un état de la base d'orientation BOSRL			
<i>Les acteurs "s'entre-définissent" dans les intermédiaires qu'ils mettent en circulation</i>		RPV réseau	1 <sup>er</sup> GME
Convergence de	« structure de la région pelviennes s740 » « douleur dans le dos b28013 »	RPV objet du soin	

<sup>186</sup> RPV : rapprochements des points de vue

vue			
<i>Une identification des actions des agents est possible à travers la production qu'ils vont diffuser, dans et à travers le réseau</i>		RPV réseau	2 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« interactions de base avec autrui d710 » « relations formelles d740 » « Discussion avec plusieurs personnes d3551 »	RPV objet du soin	
<i>Un ensemble d'entités humaines et non humaines individuelles ou collectives (...) et les relations dans lesquelles elles entrent</i>		RPV réseau	3 <sup>ème</sup> GME.
Convergence de vue	« professionnels de santé e355 » « médicaments e1101 »	RPV facteurs environnementaux	

Commentaires sur des convergences de vue et les GME :

(CIH-2) Fonctions de l'organisme : « douleur dans le dos b28013 » les points tissulaires douloureux, les mouvements, les postures seront analysés dans leurs effets sur la douleur, ainsi la posture assise longuement maintenue du patient au fauteuil roulant sera examinée.

Le 1er GME créera des PReXp en lien avec la biomécanique du bassin et des pathologies de la région lombaire, dans ses composants morpho-anatomiques et les zones douloureuses attenantes. Le 2ème GME produira des PReXp en lien avec la prévention de la santé par l'intermédiaire des bilans réalisés lors des séances et les capacités d'interactions que ces techniques cliniques demandent. Le 3ème GME créera des PReXp se rapportant aux contacts établis avec les membres de l'équipe soignante (incluant le stagiaire) et à l'emploi des techniques de soins massokinésithérapiques qui seront guidées par des bilans réguliers et systématiques des douleurs lombaires.

#### *L'étayage du cycle d'expérimentation par les savoirs connaissances*

Le stagiaire a été en mesure de mobiliser des savoirs connaissances qui lui ont permis d'étayer le cycle d'expérimentation. Les modèles cognitifs et/ou opératifs dont nous percevons l'affleurement au travers du discours, ont été sollicités voire enrichis.

L'Affleurement des Modèles Cognitif et Opératif (AfMCO) se manifeste dans le(s) fragment(s) de conduite :

- > « demande toujours de, au niveau de ses douleurs »

L'AfMCO est un indicateur, de savoirs connaissances mobilisables (Cf. encadré et annexe du cas) que le stagiaire aurait pu mobiliser à partir de ses modèles, ou intégrer à ses modèles cognitifs et opératifs, nous exposons ceux qui sont à même d'avoir été mobilisés en priorité :

(PTV<sup>187</sup>) [Chez le patient douloureux l'évaluation systématique et régulière de sa douleur, aide à mieux la soulager]

(PTV) [Le patient douloureux doit être considéré comme le seul en dernier ressort, en capacité d'apprécier sa douleur]

<sup>187</sup> PTV : proposition tenue pour vraie

(PTV) [Bilanter le patient douloureux en début de séance, en cours de séance ; permet de mieux doser l'application des techniques à visée antalgique]

### **Une opérationnalisation du cycle d'expérientiation T1/R1**

Elle passe par la création d'un sous-but qu'appuie, le cas échéant, un aphorisme ou concept en acte/pragmatique véhiculé par les propos tenus par l'équipe soignante, les tuteurs etc.

#### *Le sous but*

Questionner systématiquement le patient sur ses douleurs s lombaires

#### *L'aphorisme, le concept en acte, CAct1 « bilanter »*

Le CAct1 « bilanter » pilote l'application des techniques de bilan de la douleur au niveau du rachis lombaire

“Bilanter” : « La rédaction médicale scientifique a pour objectif fondamental la transmission et la diffusion de l'information médicale. Tout doit concourir à rendre le message intelligible et accessible. Trois principes régissent ainsi le style scientifique : la précision, la clarté et la concision (...). La clarté assure la lisibilité du texte. Elle impose une simplicité de style permettant au lecteur de comprendre aisément le message » usuellement employé dans le milieu médical et paramédical « le mot “bilanter” est un néologisme » (Mijiyawa, 2001, p.3).

#### *Le théorème en acte T1*

Une raideur articulaire du rachis lombaire peut induire une limitation de sa fonction et des douleurs au niveau de ce segment vertébral.

#### *La règle d'action R1*

**Si** je dois effectuer une/des séance(s) de rééducation en massokinésithérapie avec un patient douloureux dans le cadre d'une phase de prothésisation (tâche discrétionnaire).

**Alors** j'effectuerai une évaluation systématique chez lui de la douleur en faisant appel à son appréciation (tâche effective à partager).

Le cycle d'expérientiation T3/R3

**La conduite** : « *donc ce que je fais c'est que je vois au niveau de ses douleurs lombaires, donc il me dit si cela fait mal ou pas* » portée par T3/R3

### **La genèse du cycle**

*Le cadrage des activités par la tâche discrétionnaire le but du schème et la tâche effective à partager*

Il est identique dans ses principes à celui du cycle d'expérientiation T1/R1.

### **L'activation d'une Base d'Orientation consacrée aux Soins de Réadaptation du rachis Lombaire (BOSRL).**

La base d'orientation montre que la totalité des RPV 188 réseau (3) ont été utilisés. Ils se sont articulés avec les RPV (2) objet du soin et le RPV facteurs environnementaux. Les RPV ont généré des convergences de vue portant sur, 1 structure corporelle, 2 fonctions de l'organisme, 3 activités et participation, et 2 facteurs environnementaux.

---

<sup>188</sup> RPV : rapprochements des points de vue

La base d'orientation englobe 3 Groupements de Matériaux Expérientiels (GME) (Cf. Tableau 3)

**Tableau 110 : Une utilisation de la BOSRL par le cycle d'expérientiation T3/R3**

Un état de la base d'orientation BOSRL			
<i>Les acteurs "s'entre-définissent" dans les intermédiaires qu'ils mettent en circulation</i>		RPV réseau	1 <sup>er</sup> GME
Convergence de vue	« structure de la région pelviennes s740 » « douleur dans le dos b28013 » « sensibilité à la pression b2702»	RPV objet du soin	
<i>Une identification des actions des agents est possible à travers la production qu'ils vont diffuser, dans et à travers le réseau</i>		RPV réseau	2 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« interactions de base avec autrui d710 » : « relations formelles d740 » « Discussion avec plusieurs personnes d3551 »	RPV objet du soin	
<i>Un ensemble d'entités humaines et non humaines individuelles ou collectives (...) et les relations dans lesquelles elles entrent</i>		RPV réseau	3 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« professionnels de santé e355 » « médicaments e1101 »	RPV facteurs environnementaux	

(CIH-2) Fonctions de l'organisme : « sensibilité à la pression b2702», « douleur dans le dos b28013 » la stagiaire va tester certaines zones tissulaires (en effectuant de pressions, par des palpations sur des points anatomiques qu'elle aura localisé avec précisions) afin d'évaluer l'intensité des douleurs, le patient va devoir participer et accepter ces tests et donner son auto valuation.

(CIH-2) les activités et participation : « relations formelles d740 » la stagiaire va renseigner le patient sur le déroulement des tests et lui donner des explications sur leurs buts

(CIH-2) Les facteurs environnementaux : « professionnels de santé e355 » le stagiaire est un membre d'équipe soignante elle pourra avoir une influence par ses propos, avis, conseils prescriptions sur l'attitude du patient vis à vis de sa santé et dans la poursuite du projet thérapeutique, le patient à parfois renoncer à venir à ses séances de rééducation, à cause de ses douleurs ; « médicaments e1101 » les exercices de préparation à la marche appareillée et les tests tissulaires en lien avec le rachis lombaire nous les considérons comme faisant partie de la classification des médicaments.

Le 1er GME créera des PRExp en lien avec la biomécanique du rachis lombaire douloureux, la réalisation de tests tissulaires et de palpations morpho anatomiques. Le 2ème GME produira des PRExp en lien avec les méthodes d'investigation cliniques de la douleur qui demande une coopération entre les acteurs. Le 3ème GME créera des PRExp se rapportera

aux tests tissulaires réalisés par la stagiaire et à l'emploi les techniques d'investigations cliniques par autoévaluation, que nous considérons comme des médicaments.

#### *L'étayage du cycle d'expérimentation par les savoirs connaissances*

Le stagiaire a été en mesure de mobiliser des savoirs connaissances qui lui ont permis d'étayer le cycle d'expérimentation. Les modèles cognitif et/ou opératif dont nous percevons l'affleurement au travers du discours, ont été sollicités voire enrichis.

L'Affleurement des Modèles Cognitif et Opératif (AfMCO) se manifeste dans le(s) fragment(s) de conduite :

- > « ce que je fais c'est que je vois au niveau de ses douleurs lombaires, donc il me dit si cela fait mal ou pas »

L'AfMCO est un indicateur, de savoirs connaissances mobilisables (Cf. encadré et annexe du cas) que le stagiaire aurait pu mobiliser à partir de ses modèles, ou intégrer à ses modèles cognitif et opératif, nous exposons ceux qui sont à même d'avoir été mobilisés en priorité :

(PTV<sup>189</sup>) [Chez le patient douloureux les manifestations de la douleur peuvent être verbales et faire l'objet d'une auto-évaluation]

(PVT) [Le patient douloureux doit être considéré comme le seul en dernier ressort, en capacité d'apprécier sa douleur]

(PTV) [Au cours de la séance de rééducation il faut privilégier la rapidité de la passation aussi Il est fortement recommandé de réaliser systématiquement une auto-évaluation des douleurs par le patient à l'aide d'une échelle de mesure validée]

(PTV), [La composante sensori-discriminative de la douleur doit être investiguée en termes de qualité (brûlure, décharges électriques, torsion, etc.) de la durée (brève, continue, etc.) de l'intensité et de la localisation des messages nociceptifs]

#### **Une opérationnalisation du cycle d'expérimentation T3/R3**

Elle passe par la création d'un sous-but qu'appuie, le cas échéant, un aphorisme ou concept en acte/pragmatique véhiculé par les propos tenus par l'équipe soignante, les tuteurs etc.

##### *Le sous-but*

Tester chez le patient les zones anatomiques où ce sont manifestées des douleurs lombaires

##### *Le concept en acte*

Le CAct1 « *bilanter* » ; pilote la mise en œuvre et le suivi des testages-palpations réalisés sur la région lombaire.

##### *Le théorème en acte T3*

Au cours des séances de massokinésithérapie, les douleurs lombaires chez mon patient se manifestent par leurs composantes sensori-discriminatives.

---

<sup>189</sup> PTV : proposition tenue pour vrai

*La règle d'action R3*

**Si** je veux effectuer une évaluation de l'intensité des douleurs et en particulier la composante sensori-discriminative chez un patient lors de la séance

**Alors** j'utiliserai une méthode de passation rapide régulière et systématique basée sur l'autoévaluation

Le cycle d'expérientiation T4/R4

**Conduite** : « *mais bon, j'ai bien vu que c'était (...) assez constant* » portée par T4/R4

### **La genèse du cycle**

*Le cadrage des activités par la tâche discrétionnaire le but du schème et la tâche effective à partager*

Il est identique dans ses principes à celui du cycle d'expérientiation T1/R1.

### **L'activation d'une Base d'Orientation consacrée aux Soins de Réadaptation du rachis Lombaire (BOSRL).**

La base d'orientation montre que la totalité des RPV 190 réseau (3) ont été utilisés. Ils se sont articulés avec les RPV (2) objet du soin et le RPV facteurs environnementaux. Les RPV ont généré des convergences de vue portant sur, 1 structure corporelle, 2 fonctions de l'organisme, 3 activités et participation, et 2 facteurs environnementaux.

La base d'orientation englobe 3 Groupements de Matériaux Expérientiels (GME) (Cf. Tableau 113)

**Tableau 111 : Une utilisation de la BOSRL par le cycle d'expérientiation T4/R4**

Un état de la base d'orientation BOSRL			
<i>Les acteurs "s'entre-définissent" dans les intermédiaires qu'ils mettent en circulation</i>		RPV réseau	1 <sup>er</sup> GME
Convergence de vue	« Mobilité du bassin b7201 » « contrôle des mouvements volontaires simples b7600 » « douleur dans le dos b28013 »	RPV objet du soin	
<i>Un ensemble d'entités humaines et non humaines individuelles ou collectives (...) et les relations dans lesquelles elles entrent</i>		RPV réseau	3 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« professionnels de santé e355 » « médicaments e1101 »	RPV facteurs environnementaux	

Commentaires sur des convergences de vue et les GME :

(CIH-2) Fonctions de l'organisme : « douleur dans le dos b28013 » les points tissulaires douloureux, les mouvements, les postures seront analysés dans leurs effets sur la douleur, ainsi la posture assise longuement maintenue du patient au fauteuil roulant sera examinée.

<sup>190</sup> RPV : rapprochements des points de vue

La stagiaire tire une conclusion de ses observations fonctionnelles ainsi que celles issues des tests-palpations, des réponses aux questions qu'elle a obtenues (auto évaluation du patient).

Le 1er GME créera des PRExp en lien avec la biomécanique du bassin et des pathologies de la région lombaire, dans ses composants morpho-anatomiques des zones douloureuses attenantes et leurs évolutions qu'elle va synthétiser. Le 3ème GME créera des PRExp se rapportant aux contacts établis entre la stagiaire et le patient, et à l'emploi de techniques de bilans réguliers et systématiques des douleurs lombaires. La présence, les avis, les conseils et les directives données par la stagiaire auront une influence sur l'attitude du patient dans la préservation de sa région lombaire, à l'inverse la présence du patient et sa participation ainsi que la confiance qu'il accorde à la stagiaire, permettront à celle-ci d'infléchir son traitement en fonction de l'intensité des douleurs, de leur localisation, de leur impact fonctionnel, de la perception globale qu'elle aura de la souffrance du patient. Ces considérations concourront à la construction de la situation professionnelle. Les enquêtes-explorations ont visées l'impact des douleurs sur la fonction globale de mobilité du rachis lombaire et les risques que cela représentait pour l'obtention de la marche appareillée.

#### *L'étayage du cycle d'expérenciation par les savoirs connaissances*

Le stagiaire a été en mesure de mobiliser des savoirs connaissances qui lui ont permis d'étayer le cycle d'expérenciation. Les modèles cognitif et/ou opératif dont nous percevons l'affleurement au travers du discours, ont été sollicités voire enrichis.

L'Affleurement des Modèles Cognitif et Opératif (AfMCO) se manifeste dans le(s) fragment(s) de conduite :

- > « j'ai bien vu que c'était (...) assez constant »

L'AfMCO est un indicateur, de savoirs connaissances mobilisables (Cf. encadré et annexe du cas) que le stagiaire aurait pu mobiliser à partir de ses modèles, ou intégrer à ses modèles cognitif et opératif, nous exposons ceux qui sont à même d'avoir été mobilisés en priorité :

(PTV<sup>191</sup>) [La composante sensori-discriminative de la douleur doit être investiguée en termes de qualité (brûlure, décharges électriques, torsion, etc.) de la durée (brève, continue, etc.) de l'intensité et de la localisation des messages nociceptifs]

(PTV), [Chez le patient douloureux les manifestations de la douleur peuvent être verbales et non verbales et se rapporter à son comportement] (PVT)

(PVT) [Ces manifestations permettent d'inférer l'importance que revêt le problème de la douleur pour le patient]

#### **Une opérationnalisation du cycle d'expérenciation T4/R4**

Elle passe par la création d'un sous-but qu'appuie, le cas échéant, un aphorisme ou concept en acte/pragmatique véhiculé par les propos tenus par l'équipe soignante, les tuteurs etc.

#### *Le sous but*

Valuer l'évolution des douleurs lombaires

---

<sup>191</sup> PTV : proposition tenue pour vrai

### *Le concept en acte*

Le CAct1 « *bilanter* » ; pilote la mise en œuvre d'une synthèse des réponses, des observations, et des tests dans le but de valuer les douleurs lombaires et leurs évolutions.

### *Le théorème en acte T4*

Au cours des séances de massokinésithérapie, les douleurs lombaires chez mon patient se manifestent par leurs composantes sensori-discriminatives et comportementales

### *La règle d'action R4*

**Si** je dois effectuer une évaluation rapide systématique et régulière de la douleur chez mon patient au cours d'une séance en massokinésithérapie en vue de l'obtention d'une marche appareillée

**Alors** je relierai les évolutions des manifestations sensori-discriminatives et comportementales de la douleur d'une séance à l'autre, pour parvenir à une valuation globale des douleurs sur une période de temps.

## **L'horizon des donations**

Le cycle d'expérenciation T1/R1

**La conduite : « je lui demande toujours de, au niveau de ses douleurs là maintenant lombaires » portée par T1/R1**

### ***L'activité du stagiaire<sup>192</sup> : 1<sup>er</sup> étape dans la constitution des agrégats expérentiels, détecter des champs expérentiels***

La conduite évoquée s'est constituée en convoquant 5 champs expérentiels (Cf. Tableau 112). Ceux de la corporéité et de la technique d'observation clinique ont été les plus expérencées, avec au total 7 mises en mots. L'activation des 6 champs a donné lieu à la production de 13 mises en mots.

**Tableau 112 : Des champs expérentiels intégrés au fonctionnement de T1/R1 (cas n°5)**

Des champs expérentiels dans leur participation à l'expérenciation de l'objet du soin	
Phase d'élaboration perceptive	Phase de l'intégration du contenu linguistique et de l'énonciation
Convergences de vue vers l'objet du soin <sup>193</sup> Convocation des champs expérentiels	Convergences de vue vers l'objet du soin Mises en mots
corporéité	« <b>je lui demande toujours de</b> » SCH1 INF1, « au niveau de <b>ses douleurs là maintenant lombaires</b> » SCH1 INF2 (4)
technique d'observation clinique	« <b>au niveau de ses douleurs là maintenant lombaires</b> » SCH1 INF2 (3)

<sup>192</sup> Plus exactement, une reconstitution de la conduite du stagiaire.

<sup>193</sup> Les caractéristiques (CIH-2) relevées dans la base d'orientation des perceptions/valuations

valuation temporelle	« je lui demande <b>toujours</b> de » SCH1 INF1, « au niveau de ses douleurs là <b>maintenant</b> lombaires » SCH1 INF2 (2)
valuation	« <b>au niveau</b> de ses <b>douleurs là</b> maintenant lombaires » SCH1 INF2 (2)
réflexivité	« <b>je</b> lui demande toujours de » SCH1 INF1 (1)
technique de guidage et d'accompagnement relationnel	« <b>je lui demande toujours de</b> » SCH1 INF1 (1)

**L'activité du stagiaire: 2<sup>ème</sup> étape, créer/produire des Points de Réduction Expérientielle (PRExp).**

Les PRExp répondent d'un classement qui est fonction des stratégies de mobilisation des champs expérientiels (Cf. Tableau 113)

**Tableau 113 : Des PRExp de T1/R1 expérimentés selon le don/contre don (cas n°5)**

Un classement des PRExp et une formation d'agrégats expérientiels		
Stratégies expérientielles entrée par le/les systèmes d'activité	Fragments de conduite, reliés à l'activité du stagiaire	Fragments de conduite, reliés à l'activité du patient
	« je lui demande toujours de » SCH1 INF1	« au niveau de ses douleurs là maintenant lombaires » SCH1 INF2
1 <sup>er</sup> maillage interindividuel et tuilage	PRExp de la corporéité	PRExp de la corporéité
2 <sup>ème</sup> maillage interindividuel et tuilage	PRExp de la valuation temporelle	PRExp de la valuation temporelle
Tuilage		PRExp de la technique d'observation clinique
		PRExp de la valuation
	PRExp de la réflexivité	
	PRExp de la technique de guidage et d'accompagnement relationnel	

Agrégat par maillage interindividuel

Agrégat par tuilage

**L'activité du stagiaire: 3<sup>ème</sup> étape en vue de l'agencement des agrégats, utiliser les Points de Réduction Expérientielle (PRExp) pour s'entendre avec le patient sur une visée commune.**

Les dons/contre-dons des Fragments de Conduites (FC) :

- ✓ Le patient a donné en partage, ses FC par l'entremise, de sa corporéité (la région lombaire douloureuse, dans ses gestes), de son auto-évaluation temporelle (des manifestations des douleurs lombaires dans vie quotidienne revêt une importance majeur et scande sa journée), de son auto-observation de la clinique (ou ressentis cliniques de sa région lombaire lors de certains mouvements ou posture ou bien au cours de gestes divers, de la marche etc...), de son auto-évaluation de ses douleurs lombaires(en terme d'intensité, de durée, de localisation)
- ✓ La stagiaire a donné à en partage, ses FC par l'entremise de sa corporéité (comme évaluatrice), la valuation temporelle se fixe sur les douleurs (leur apparition originelle puis par leur fréquence d'apparition, le temps est scandé par ces événements) des manifestations cliniques (des douleurs lombaires sont observables qu'elle investiguera), de sa réflexivité (découlera une prise de distance, un regard critique par rapport aux observations cliniques), de son guidage et de son accompagnement ( en lien avec les réactions du patient lors de la survenue de ses douleurs.

Une visée commune : surveiller les douleurs lombaires comme le « lait sur le feu »

La stagiaire se teint aux aguets, elle surveille l'état clinique du patient tous les jours afin de déceler immédiatement, une nouvelle apparition des douleurs ou leur continuité, la temporalité du phénomène douloureux est mis en avant, c'est maintenant qu'il faut agir et ne pas attendre demain/ *le patient renseigne la stagiaire et les interactions prennent le pas sur les dimensions corporelles, le patient souhaite que l'information concernant sa douleur soit traitée très rapidement*<sup>194</sup>.

Le cycle d'expérenciation T3/R3

**La conduite: « donc ce que je fais c'est que je vois au niveau de ses douleurs lombaires, donc il me dit si cela fait mal ou pas » portée par T3/R3**

***L'activité du stagiaire*<sup>195</sup> : 1<sup>er</sup> étape dans la constitution des agrégats expérientiels, détecter des champs expérientiels**

La conduite évoquée s'est constituée en convoquant 5 champs expérientiels (Cf. Tableau 114). Ceux de la corporéité et de la technique d'observation clinique ont été les plus expérientées, avec au total de 12 mises en mots. L'activation des 5 champs a donné lieu à la production de 18 mises en mots !

**Tableau 114 : Des champs expérientiels intégrés au fonctionnement de T3/R3 (cas n°5)**

Des champs expérientiels dans leur participation à l'expérenciation de l'objet du soin	
Phase d'élaboration perceptive	Phase de l'intégration du contenu linguistique et de l'énonciation
Convergences de vue vers l'objet du soin <sup>196</sup> Convocation des champs	Convergences de vue vers l'objet du soin Mises en mots

<sup>194</sup> La partie en italique représente les apports du patient à la visée commune

<sup>195</sup> Plus exactement, une reconstitution de la conduite du stagiaire.

<sup>196</sup> Les caractéristiques (CIH-2) relevées dans la base d'orientation des perceptions/valuations

expérientiels	
corporéité	« donc ce que <b>je</b> fais c'est que je vois » SCH1 INF 6, « au niveau de ses <b>douleurs lombaires</b> » SCH1 INF7, «donc il me dit si <b>cela fait mal ou pas</b> » SCH1 INF8 (7)
technique instrumentale d'observation clinique	« donc <b>ce que je</b> fais c'est que je vois » SCH1 INF 6, « <b>au niveau de ses douleurs lombaires</b> » SCH1 INF7, «donc <b>il me dit si cela fait mal ou pas</b> » SCH1 INF8 (5)
valuation	« <b>au niveau</b> de ses <b>douleurs</b> lombaires » SCH1 INF7, «donc il me dit si cela <b>fait mal ou pas</b> » SCH1 INF8 (3)
réflexivité	« donc ce que <b>je</b> fais c'est que <b>je</b> vois » SCH1 INF 6 (2)
technique de guidage et d'accompagnement relationnel	« <b>donc il me dit si cela fait mal ou pas</b> » SCH1 INF8 (1)

### L'activité du stagiaire: 2<sup>ème</sup> étape, créer/produire des Points de Réduction Expérientielle (PRExp).

Les PRExp répondent d'un classement qui est fonction des stratégies de mobilisation des champs expérientiels (Cf. Tableau 115).

Tableau 115 : des PRExp de T3/R3 expérientiés selon le don/contre don (cas n°5)

Un classement des PRExp et une formation d'agrégats expérientiels			
Stratégies expérientielles entrée par le/les systèmes d'activité	Fragments de conduite, reliés à l'activité du stagiaire	Fragments de conduite, reliés à l'activité du patient	
	« donc ce que je fais c'est que je vois » SCH1 INF 6	« au niveau de ses douleurs lombaires » SCH1 INF7	«donc il me dit si cela fait mal ou pas » SCH1 INF8
1 <sup>er</sup> maillage interindividuel et tuilage	PRExp de la corporéité	PRExp de la corporéité	PRExp de la corporéité
2 <sup>ème</sup> maillage interindividuel et tuilage	PRExp de la technique d'observation clinique	PRExp de la technique d'observation clinique	PRExp de la technique d'observation clinique
Maillage individuel et tuilage		PRExp de la valuation.	PRExp de la valuation.
Tuilage	PRExp de la réflexivité		
			PRExp de la technique de guidage et d'accompagnement relationnel

Agrégat par maillage interindividuel

Agrégat par maillage individuel

Agrégat par tuilage

**L'activité du stagiaire: 3<sup>ème</sup> étape en vue de l'agencement des agrégats, utiliser les Points de Réduction Expérientielle (PRExp) pour s'entendre avec le patient sur une visée commune.**

Les dons/contre-dons des Fragments de Conduites (FC) :

- ✓ Le patient a donné en partage, ses FC par l'entremise de sa corporéité (région lombaire), de son auto-observation clinique ou ressentis cliniques (réactions aux tests), de son auto-valuation de ses douleurs lombaires, et sa participation aux interactions de guidage et d'accompagnement relationnel.
- ✓ Le stagiaire a donné à en partage, ses FC par l'entremise de sa corporéité (comme évaluatrice), de sa technique d'observation clinique (passation de tests), et de sa réflexivité ou prise de distance par rapport à la technique e d'observation clinique et aux résultats obtenus.

Une visée commune sur la manière d'œuvrer ensemble afin de valuer les douleurs

La stagiaire cherche à observer les manifestations de la douleur selon différents points de vue, leur localisation/ *le patient participe il est le premier concerné, il fait part de son auto-valuation dès que la stagiaire le lui demande.*

Le patient et la stagiaire ont dus rétroagir en temps réel pour, s'aidant l'un l'autre pour faire *avancer la tâche et conduire aux résultats*

Le cycle d'expérientiation T4/R4

**La conduite : « mais bon, j'ai bien vu que c'était (...) assez constant» portée par T4/R4**

***L'activité du stagiaire<sup>197</sup> : 1<sup>er</sup> étape dans la constitution des agrégats expérientiels, détecter les Affleurements d'EV<sup>198</sup> (AfEV)***

La conduite évoquée s'est constituée en convoquant 5 champs expérientiels (Cf. Tableau 116). Ceux de la corporéité, de la valuation, de la technique d'observation clinique, et de la valuation temporelle ont été les plus expérientées, avec au total 8 mises en mots ! L'activation des 5 champs a donné lieu à la production de 9 mises en mots.

**Tableau 116 : Des champs expérientiels intégrées au fonctionnement de T4/R4**

Des champs expérientiels dans leur participation à l'expérientiation de l'objet du soin	
Phase d'élaboration perceptive	Phase de l'intégration du contenu linguistique et de l'énonciation
Convergences de vue vers l'objet du soin <sup>199</sup> Convocation des champs expérientiels	Convergences de vue vers l'objet du soin Mises en mots

<sup>197</sup> Plus exactement, une reconstitution de la conduite du stagiaire.

<sup>198</sup> EV : Expérence-Vécue

<sup>199</sup> Les caractéristiques (CIH-2) relevées dans la base d'orientation des perceptions/valuations

corporéité	« <b>j'ai</b> bien vu que » SCH1 INF9, « c'était, <b>que c'était assez constant</b> » SCH1 INF10 (2)
valuation	« j'ai <b>bien</b> vu que » SCH1 INF9, « c'était, que c'était <b>assez constant</b> » SCH1 INF10 (2)
technique instrumentale d'observation clinique	« <b>j'ai bien vu que</b> » SCH1 INF9, « c'était, <b>que c'était assez constant</b> » SCH1 INF10 (2)
valuation temporelle	« <b>c'était</b> , que <b>c'était</b> assez constant » SCH1 INF10 (2)
réflexivité	« <b>j'ai</b> bien vu que » SCH1 INF9 (1)

**L'activité du stagiaire: 2<sup>ème</sup> étape, créer/produire des Points de Réduction Expérientielle (PRExp).**

Les PRExp répondent d'un classement qui est fonction des stratégies de mobilisation des champs expérientiels (Cf. Tableau 117).

**Tableau 117 : des PRExp de T4/R4 expérimentés selon le don/contre don (cas n°5)**

Un classement des PRExp et une formation d'agrégats expérientiels		
Stratégies expérientielles entrée par le/les systèmes d'activité	Fragments de conduite, reliés à l'activité du stagiaire	Fragments de conduite, reliés à l'activité du patient
	« j'ai bien vu que » SCH1 INF9	« c'était, que c'était assez constant » SCH1 INF10
1 <sup>er</sup> maillage interindividuel et tuilage	PRExp de la corporéité	PRExp de la corporéité
2 <sup>ème</sup> maillage interindividuel et tuilage	PRExp de la valuation.	PRExp de la valuation.
3 <sup>ème</sup> maillage interindividuel et tuilage	PRExp de la technique d'observation clinique	PRExp de la technique d'observation clinique
Tuilage		PRExp de la valuation temporelle
	PRExp de la réflexivité	

Agrégat par maillage interindividuel

Agrégat par tuilage

**L'activité du stagiaire: 3<sup>ème</sup> étape en vue de l'agencement des agrégats, utiliser les Points de Réduction Expérientielle (PRExp) pour s'entendre avec le patient sur une visée commune.**

Les dons/contre-dons des Fragments de Conduites (FC) :

- ✓ Le patient a donné en partage, ses FC par l'entremise de sa corporéité (comme personne sujette à des douleurs lombaires répétées), de son auto-valuation (des douleurs lombaires, ses ressentis clinique, après les massage et les mobilisations du rachis lombaires, ou après la position assise prolongée au fauteuil roulant), la technique d'observation clinique (sa participation aux bilans répétés selon des méthodologies diverses, question, observation, test), de sa valuation temporelle (liée à une période de son hospitalisation, et à son état clinique évolutif avec comme marqueur temporel la survenu des douleurs), de la réflexivité (au moment des bilans avec une distanciation due aux échanges avec la stagiaire)
- ✓ La stagiaire a donné à en partage ses FC par l'entremise de sa corporéité (comme membre de l'équipe soignante, et par les techniques manuelle du plan de soin elle agit sur le corps du patient), de sa valuation des douleurs lombaires (avec le différentes modalités, qu'elle est remarquée que les douleurs empêchaient de progresser), de sa technique d'observation clinique (établissement de bilans répétés

selon des méthodologies diverses, question, observation, test) et de sa réflexivité (prise de distance en regard de ses choix méthodologiques et des résultats obtenus).

Une visée commune sur les douleurs lombaires et leur évolution

La stagiaire a suivi sur le plan clinique l'évolution des douleurs du patient en utilisant différents tests. Elle a synthétisé, ses valuations dans une appréciation globale. Elle s'est aussi appuyée sur les séances à visée antalgiques qui lui ont permis chaque jour de faire le point. Elle n'a constaté aucune amélioration, la douleur reste constante/ *le patient suit les directives de la stagiaire et participe aux tests, il transmet son autoévaluation, ses manifestations douloureuse perdurent il en souffre constamment et avec la même intensité.*

## L'étude de cas n°6

### La composition de l'extrait par le schème d'action n°4

Tableau 118 : La décomposition du schème action n°4

Le but et l'OCP	Séquençage de l'extrait par le schème d'action			Le récit	
	Théorème en acte / Règle d'action	concepts	Possibilités d'inférences		
<p>But 4 : Mettre en œuvre une anamnèse psychosociale Schème 4 → <b>OCP4 l'état cutané</b></p>	<p>Théorème en acte / Règles d'action (Th/R) :</p> <p><b>SCH4 T8/R8 :</b> « et ce que sa femme nous a dit parce que lui il ne nous l'a jamais dit, alors qu'il le savait »</p> <p><b>SCH4 T9/R9 :</b> « c'était que son épouse, mettait des protections genre, quelque chose qui va s'apparenter à des couches, quelque chose de vraiment très épais, pour éviter que les sangles ne viennent entre guillemets lacérées un petit peu la peau quoi</p> <p><b>SCH4 T10/R10 :</b> « et cela il ne nous l'a pas dit (...) il ne nous l'a pas dit mais volontairement (...) probablement, probablement volontairement en tous cas »</p>	<p>Concepts en acte:</p> <p>CAct 5 → Coopérer à l'enquête</p> <p>CAct 6 → Mettre des protections cutanées</p> <p>CAct 7 → Adhésion au traitement</p>	<p>Les indices :</p> <p>SCH4 INF33 : «et ce que sa femme (nous) a dit»</p> <p>SCH4 INF34 : « nous »</p> <p>SCH4 INF35 : «parce que lui il ne (nous) l'a jamais dit »</p> <p>SCH4 INF36 : «alors qu'il le savait »</p> <p>SCH4 INF37 : « c'était que son épouse »</p> <p>SCH4 INF38 : « mettait des protections »</p> <p>SCH4 INF39 : « genre, quelque chose qui va s'apparenter à des couches »</p>	<p>SCH4 INF40 : «quelque chose de vraiment très épais »</p> <p>SCH4 INF41 : « pour éviter que les sangles »</p> <p>SCH4 INF42 : « ne viennent entre guillemets lacérées »</p> <p>SCH4 INF43 : « un petit peu la peau quoi »</p> <p>SCH4 INF44 : « et cela il (ne nous) l'a pas dit »</p> <p>SCH4 45 « Il (ne nous) l'a pas dit »</p> <p>SCH4 INF46 : « ne nous »</p> <p>SCH4 INF47 : « mais volontairement (...) probablement, probablement volontairement en tous cas »</p>	<p><b>D :</b> « et ce que sa femme nous a dit parce que lui il ne nous l'a jamais dit, alors qu'il le savait, //c'était que son épouse, mettait des protections genre, quelque chose qui va s'apparenter à des couches, quelque chose de vraiment très épais, pour éviter que les sangles ne viennent entre guillemets lacérées un petit peu la peau quoi, //et cela il ne nous l'a pas dit (...) il ne nous l'a pas dit mais volontairement (...) probablement, probablement volontairement en tous cas »</p>

## **Les objets de savoirs/connaissances potentiellement mobilisés/mobilisables par le stagiaire pour la mise en travail de l'objet du soin (5 thématiques)**

### *Thématique 1 : l'anamnèse psychosociale*

#### La notion de milieu

« Il met l'accent sur le fait que l'individu n'est pas une entité autosuffisante et isolée mais qu'il vit dans un milieu familial, professionnel, social, riche en interactions et qu'il est donc primordial de tenir compte du patient centré dans son milieu psychosocial» (Chambouleyron, Lasserre-Moutet, Vanistendael, Lagger, & Golay, 2007, p. 200)

#### Les deux types d'anamnèse

« L'anamnèse médicale à but diagnostique devrait se coupler avec une anamnèse psychosociale» (Chambouleyron, Lasserre-Moutet, Vanistendael, Lagger, & Golay, 2007, p. 200)

### *Thématique 2 : la personne ressource, l'aidant familial*

#### La personne ressource

« Une personne ressource, un projet ou un trait de caractère peuvent aider une personne à surmonter les épreuves de la vie. La notion de ressources est alors centrale dans la capacité de l'individu à « métaboliser » l'événement stressant, et à poursuivre sa vie. Le patient gère donc sa maladie chronique au quotidien grâce à ses propres ressources. Or, il est impossible de s'appuyer sur des ressources dont on n'a pas ou plus conscience. Le patient ne voit souvent plus que ses handicaps et limites. Le soignant, accompagnateur privilégié de la personne malade, devrait pouvoir l'aider à chercher ses ressources. » (Chambouleyron, Lasserre-Moutet, Vanistendael, Lagger, & Golay, 2007, p. 200)

#### L'aidant familial et le retour à domicile

« Le patient regagne son domicile malgré des déficiences physiques, cognitives et comportementales. Il ne peut plus assumer les mêmes rôles qu'avant et son conjoint doit reprendre ces rôles et assurer un rôle d'aidant, l'ensemble déséquilibrant profondément les relations de couple. L'aidant familial est bien souvent en première ligne pour rendre possible le retour à domicile. » (Jourdan, 2016, p.9)

### *Thématique 3 : la gestion de la relation thérapeutique et l'information*

#### La prise en compte de l'aidant

« Prendre en compte l'aidant dans la trajectoire des patients: une pratique fréquente pour mieux gérer la relation thérapeutique et l'information ; Pour les professionnels qui identifient un aidant, l'enjeu est donc à la fois d'obtenir des informations concernant le patient mais aussi d'en transmettre. L'aidant est d'abord identifié comme un vecteur d'information dans la relation thérapeutique:

Identifier qui est l'aidant c'est important pour moi parce que c'est à eux qu'on s'adresse quand on a des demandes et pour savoir comment ça se passe au quotidien, si dans la vie de tous les jours les patients suivent les conseils, s'ils font des progrès dans la vie de tous les jours. Dans certaines pathologies le proche c'est un partenaire parce que parfois c'est à eux qu'on doit donner les instructions parce que les patients ne nous écoutent pas nous mais écoutent plus les proches, on est obligé de les driver.» (Hervouet, Alla, & Affret, 2019, p.24)

## La prise en compte de l'aidant par les masseurs kinésithérapeutes

Ainsi, la majorité des professionnels (74%) sollicite régulièrement les proches aidants pour obtenir des informations sur leurs patients dépendant/en ALD et leur prise en charge (systématiquement pour 25% d'entre eux et souvent pour 61% d'entre eux) » (Hervouet, Alla, & Affret, 2019, p.24)

### *Thématique 4 : sur l'adhérence ou l'adhésion thérapeutique*

« L'OMS définit l'adhérence ou l'adhésion thérapeutique comme «une appropriation réfléchie de la part du patient de la prise en charge de sa maladie et de ses traitements associée à la volonté de persister dans la mise en pratique d'un comportement prescrit ». L'adhésion correspond donc au degré d'acceptation du patient vis-à-vis de sa thérapeutique. De plus, avec cette définition, le caractère dynamique, variable dans le temps et dans la forme de l'observance apparaît. Il faut également souligner que les fluctuations dépendent du type de prise en charge (médicamenteuse, diététique, activité physique) et de facteurs psychosociaux, motivationnels et du contexte. L'adhérence se synthétise donc comme un rapport entre ce que le patient fait de manière acceptée et ce que le soignant dit de faire en essayant de convaincre » (Cottina, Lorgisa, Gudjoncika, Buffeta, Brulliarda, Hacheta, Grégoire, Germina, Zellerb, p.292-293)

### *Thématique 5 : l'empowerment*

« Une seconde notion importante à connaître est le processus d'«empowerment » qui se définit comme la capacité d'un individu à prendre des décisions lorsqu'il est confronté à une situation problématique comme la maladie et sa prise en charge thérapeutique, seul ou en interaction avec des personnes ressources (entourage, professionnels de santé et/ou toute personne identifiée par le patient comme aidante ou ayant un impact sur sa capacité d'agir dans le but de s'adapter à cette situation) » (Cottina, Lorgisa, Gudjoncika, Buffeta, Brulliarda, Hacheta, Grégoire, Germina, Zellerb, p. 293)

**Le schème d'action et sa mise en correspondance avec la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé**

Étude de cas n°6

**Tableau 119 : Des correspondances entre le schème d'action n°4 et la CIH-2**

Correspondances		
But du schème	Cycles d'expérientiation	les structures corporelles, fonctions organiques, les activités et participation, les facteurs environnementaux (CIH-2)
<p>But 4 : Mettre en œuvre une anamnèse psychosociale Schème 4→ <b>OCP4 l'Etat cutané</b></p>	<p><i>SCH4 T8/R8 :</i> « et ce que sa femme nous a dit parce que lui il ne nous l'a jamais dit, alors qu'il le savait »</p>	<p><b>Fonctions organiques :</b> « fonctions psychosociales globales b122 fonctions mentales générales qui se développent au cours de la vie, nécessaires pour comprendre et pour intégrer de manière constructive les fonctions mentales qui président à la formation des aptitudes aux relations sociales réciproques permettant les interactions en société, tant en termes de significations que finalité » (ibid., p.39)</p>
		<p><b>Activités et participation :</b> « Discussion avec plusieurs personnes d3551 engager, poursuivre et mettre fin à l'examen d'une question donnée ou d'engager dans un débat avec plus d'une personne » (ibid., p. 108) « Faire face à une crise d2402 effectuer les actions simples ou complexes et coordonnées qu'une personne doit accomplir pour réagir comme il le faut dans des situations décisives ou en présence d'un danger imminent ou de difficultés » (ibid., p. 105)</p>
		<p><b>Facteurs environnementaux :</b> « famille proche e310 personnes liées par la naissance, par alliance ou par d'autres relations, culturellement reconnues comme constituant la famille immédiate, comme les conjoints, partenaires, parents, frères et sœurs, enfants parents adoptifs et grands-parents » (ibid., p.148) « professionnels de santé e355 tous les prestataires de soins travaillant dans le cadre du système de santé, comme les médecins, infirmières, physiothérapeute, ergothérapeute, logopèdes, audiométriciens, prothésistes, travailleurs médicosociaux, et autres fournisseurs de soins »</p>
	<p><i>SCH4 T9/R9 :</i> « c'était que son épouse, mettait des protections genre, quelque chose qui va s'apparenter à des couches, quelque chose de vraiment très épais, pour éviter que les sangles ne viennent</p>	<p><b>Structure corporelle :</b> « structure des aires de la peau s810 » (ibid., p.98)</p> <p><b>Activités et participation :</b> « résoudre des problèmes d175 trouver la réponse à des questions ou la solution à des situations en cernant et en analysant les questions qui se posent, en mettant au point des options ou des solutions, et en évaluant les effets potentiels de ces solutions, par ex. en résolvant une dispute entre deux personnes » (ibid., p. 101) « Acquérir un savoir-faire complexe d1551 apprendre des</p>

	<p><i>entre guillemets lacérées un petit peu la peau quoi »</i></p>	<p>ensembles intégrés d'actions, suivre les règles, enchaîner des mouvements l'un après l'autre, coordonner ses propres mouvements avec ceux d'autres personnes, comme apprendre à jouer au football ou à utiliser un outil » (ibid., p. 101)</p>
	<p><i>SCH4 T10/R10 : « et cela il ne nous l'a pas dit (...) il ne nous l'a pas dit mais volontairement (...) probablement, probablement volontairement en tous cas »</i></p>	<p><b>Facteurs environnementaux :</b> « Produits et systèmes techniques destinés à faciliter la mobilité et le transport à l'intérieur et à l'extérieur e120 produits, équipements et systèmes techniques, y compris ceux qui sont adaptés ou spécialement conçus, utilisés pour se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur des bâtiments, situés dans, sur ou près de la personne qui les utilise » (ibid., p. 138) « famille proche e310 personnes liées par la naissance, par alliance ou par d'autres relations, culturellement reconnues comme constituant la famille immédiate, comme les conjoints, partenaires, parents, frères et sœurs, enfants parents adoptifs et grands-parents » (ibid., p.148)</p> <p><b>Fonctions organiques :</b> « Fonctions du tempérament et de la personnalité b126 fonctions mentales générales du caractère constitutionnel de l'individu qui le font d'une certaine manière à des situations, y compris l'ensemble des caractéristiques mentales qui distinguent l'individu des autres » (CIH-2, 2000, p. 39)</p> <p><b>Activités et participation :</b> « Discussion avec plusieurs personnes d3551 engager, poursuivre et mettre fin à l'examen d'une question donnée ou d'engager dans un débat avec plus d'une personne » (ibid., p. 108) « Faire face à une crise d2402 effectuer les actions simples ou complexes et coordonnées qu'une personne doit accomplir pour réagir comme il le faut dans des situations décisives ou en présence d'un danger imminent ou de difficultés » (ibid., p. 105) « Résoudre des problèmes d175 trouvé la réponse à des questions ou la solution à des situations en cernant et en analysant les questions qui se posent, en mettant au point des options ou de solutions, et en évaluant les effets potentiels de ces solutions, » (ibid., p. 101)</p> <p><b>Facteurs environnementaux :</b> « professionnels de santé e355 tous les prestataires de soins travaillant dans le cadre du système de santé, comme les médecins, infirmières, physiothérapeute, ergothérapeute, logopèdes, audiométriciens, prothésistes, travailleurs médicosociaux, et autres fournisseurs de soins »</p>

## Les autres cycles d'expérimentation en rapport avec les horizons des soins et des donations.

### L'horizon des soins

Le cycle d'expérimentation T8/R8

**La conduite :** « *et ce que sa femme nous a dit parce que lui il ne nous l'a jamais dit, alors qu'il le savait* » portée par T8/R8

#### La genèse des cycles

Elle a été suscitée chez le stagiaire par 5 facteurs ou conditions expérientielles : la tâche discrétionnaire issue du dispositif technique des soins, le but du schème, la tâche effective à partager ces deux facteurs sont en lien avec un besoin pragmatique partagé en rapport avec l'objet du soin : *l'état cutané*, le facteur qui suit, est celui des convergences de vues des acteurs qui se concrétiseront au travers d'une Base d'Orientation(BO), le dernier facteur se rapporte aux savoirs/connaissances présumés mobilisés par le stagiaire.

*Le cadrage des pratiques par la tâche discrétionnaire le but du schème et la tâche effective à partager*

La tâche discrétionnaire, elle relève du projet thérapeutique, elle est émise par le prescripteur, elle s'énonce comme suit :

- > Traiter les escarres (lésions cutanées) en cours et préserver le patient de toutes complications cutanées à venir dans le service de MPR

Le but du schème n°1 est :

- > Prévenir les risques de lésion cutanée tout en dirigeant le processus de cicatrisation des plaies existantes

Une tâche effective à partager qui appellera une collaboration des deux acteurs.

- > Identifier le mécanisme lésionnel survenu dans le service afin d'appliquer des mesures de prévention adéquates.

#### **L'activation d'une Base d'Orientation consacrée aux soins de Plaie et cicatrisation et de Prévention des Risques de Complication cutanée (BOPPRC)**

La base d'orientation montre sur que la totalité des RPV 200réseau (3) ont été utilisés. Ils se sont articulés avec les RPV (2) objet du soin et le RPV facteurs environnementaux. Les RPV ont généré des convergences de vue portant sur, 1 fonction de l'organisme, 3 activités et participation, et 2 facteurs environnementaux.

La partie de la base d'orientation activée, englobe 3 Groupements de Matériaux Expérientiels (GME) (Cf. Tableau 122).

Tableau 120 : Une utilisation de la BOPPRC par le cycle d'expérimentation T8/R8

Un état de la base d'orientation BOPPRC		
<i>Les acteurs « s'entre-définissent » dans les intermédiaires qu'ils mettent en circulation</i>	RPV réseau	1 <sup>er</sup> GME

<sup>200</sup> RPV : rapprochements des points de vue

Convergence de vue	« Fonctions du tempérament et de la personnalité b126»	RPV <i>objet du soin</i>	
<i>Une identification des actions des agents est possible à travers la production qu'ils vont diffuser, dans et à travers le réseau</i>		RPV <i>réseau</i>	2 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« interactions de base avec autrui d710 » « Discussion avec plusieurs personnes d3551 » « Faire face à une crise d2402»	RPV <i>objet du soin</i>	
<i>Un ensemble d'entités humaines et non humaines individuelles ou collectives (...) et les relations dans lesquelles elles entrent</i>		RPV <i>réseau</i>	3 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« famille proche e310 » « professionnels de santé e355 »	RPV <i>facteurs environnementaux</i>	

Commentaires sur des convergences de vue et les GME :

(CIH-2) les fonctions organiques : « Fonctions du tempérament et de la personnalité b126» c'est l'attitude du patient qui est mis en question avec comme supposition son caractère et sa personnalité en opposition avec les règles de sociabilité.

(CIH-2) les activités et participation : « Discussion avec plusieurs personnes d3551» les propos du stagiaire sont empreint d'une colère sourde, il reproche au patient de ne pas avoir pris la peine de venir parler aux soignants.

Le 1er GME créera des PRExp en lien avec le tempérament et la personnalité des acteurs. Le 2ème GME produira des PRExp en lien avec les interactions et les communications interhumaines, et les actions menées par les acteurs pour faire face à une complication cutanée. Le 3ème GME créera des PRExp en rapport avec l'anamnèse psychosociale.

*L'étayage du cycle d'expérientiation par les connaissances savoirs*

Le stagiaire a été en mesure de mobiliser des savoirs connaissances qui lui ont permis d'étayer le cycle d'expérientiation. Les modèles cognitif et/ou opératif dont nous percevons l'affleurement au travers du discours, ont été sollicités voire enrichis.

L'Affleurement des Modèles Cognitif et Opératif (AfMCO) se manifeste dans le(s) fragment(s) de conduite :

- > «ce que sa femme (nous) a dit» INF<sup>201</sup> 33, « parce que lui il ne (nous) l'a jamais dit» INF35, «alors qu'il le savait» INF37

L'AfMCO est un indicateur, de savoirs connaissances mobilisables (Cf. encadré et annexe du cas) que le stagiaire aurait pu mobiliser à partir de ses modèles, ou intégrer à ses modèles cognitif et opératif, nous exposons ceux qui sont à même d'avoir été mobilisés en priorité :

PTV202), [Chez des patients souffrants de lésions ayant un caractère de chronicité (ex. lésés médullaires) les anamnèses médicale et paramédicale à but de diagnostic se doivent d'être complétées par une anamnèse psychosociale]

<sup>201</sup> INF : inférence

(PTV) [Les soignants peuvent faire appel à l'aidant familial afin de gérer la relation thérapeutique et l'information]

### **Une opérationnalisation du cycle d'expérientiation<sup>203</sup> T8/R8**

Elle passe par la création d'un sous-but qu'appuie, le cas échéant, un aphorisme ou concept en acte/pragmatique véhiculé par les propos tenus par l'équipe soignante, les tuteurs etc.

#### *Le sous but*

« Valuer l'aidante familiale et le patient dans la transmission de l'information concernant ce qui relève de la survenue de complications cutanées dans le service »

#### *L'aphorisme, le concept en acte, mobilisé par le stagiaire*

Le CAct5 «coopérer» pilote la mise en œuvre de l'anamnèse psychosociale et les interactions sociales qui en découlent.

Le cycle est étayé par le but du schème d'action clinicothérapeutique (à distance de l'objet du soin/en rapport avec la tâche discrétionnaire) par le sous but (en proximité de l'objet du soin/en rapport avec la tâche effective à partager), et l'aphorisme. Un cycle s'opérationnalise.

#### *Le théorème en acte T8*

Les anamnèses psychosociales médicale et paramédicale déclenchées dans le service, suite à la survenue de complications cutanées chez un patient lésé médullaire, se sont avérées infructueuses parce que ce dernier n'a pas voulu coopérer à l'enquête.

#### *La règle d'action R8*

**Si** ces conditions particulières devaient se reproduire ; que la relation thérapeutique entre le patient lésé médullaire et l'équipe soignante (incluant moi-même en tant que stagiaire) soit grandement altérée et que, d'autre part les anamnèses médicale et paramédicale à but de diagnostic se soient révélées être insuffisantes pour éclairer les causes d'une complication cutanée survenue dans le service de MPR.

**Alors** nous (incluant moi-même en tant que stagiaire) effectuerons une anamnèse psychosociale en faisant appel, en priorité, à l'aidante familiale et ce dans le but d'éclairer les causes d'une complication cutanée survenue dans le service.

---

<sup>202</sup> PTV : proposition tenue pour vrai

<sup>203</sup> Le cycle d'expérientiation incarné-situé

Le cycle d'expérientiation T10/R10

**La conduite « Et cela il ne nous l'a pas dit (...) il ne nous l'a pas dit mais volontairement (...) probablement, probablement volontairement en tous cas » portée par T10/R10.**

**Une genèse du cycle**

Se rapporter à T8/R8

*Le cadrage des pratiques par la tâche discrétionnaire le but du schème et la tâche effective à partager*

Il est identique dans ses principes à celui du cycle d'expérientiation T8/R8.

**L'activation d'une Base d'Orientation consacrée aux soins de Plaie et cicatrisation et de Prévention des Risques de Complication cutanée (BOPPRC)**

Un état de la base d'orientation (Cf. Tableau 123) montre sur que la totalité des RPV 204 réseau (3) ont été utilisés. Ils se sont articulés avec les RPV (2) objet du soin et le RPV facteurs environnementaux. Les RPV ont généré des convergences de vue portant sur, 1 fonction de l'organisme, 3 activités et participation, et 1 facteur environnemental.

**Tableau 121 : Une utilisation de la BOPPRC par le cycle d'expérientiation T10/R10**

Un état de la base d'orientation <i>BOPPRC</i>			
<i>Les acteurs « s'entre-définissent » dans les intermédiaires qu'ils mettent en circulation</i>		RPV réseau	1 <sup>er</sup> GME
Convergence de vue	« Fonctions du tempérament et de la personnalité b126 »	RPV objet du soin	
<i>Une identification des actions des agents est possible à travers la production qu'ils vont diffuser, dans et à travers le réseau</i>		RPV réseau	2 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« Discussion avec plusieurs personnes d3551 » « Faire face à une crise d2402 » « résoudre des problèmes d175 »	RPV objet du soin	
<i>Un ensemble d'entités humaines et non humaines individuelles ou collectives (...) et les relations dans lesquelles elles entrent »</i>		RPV réseau	3 <sup>ème</sup> GME
Convergence de vue	« professionnels de santé e355 »	RPV facteurs environnementaux	

Commentaires sur une convergence de vue entre soignants et les GME :

(CIH-2) les activités et participation : « Faire face à une crise d2402 » ce qui est le plus reproché au patient, c'est d'avoir en décider de refuser d'apporter son aide à l'équipe soignante.

Le 1er GME créera des PRExp en lien avec le tempérament et la personnalité des acteurs. Le 2ème GME produira des PRExp en lien avec les discussions entre le patient et l'équipe soignante qui n'ont pas eu lieu, les actions qui auraient dû être menées par le patient pour

<sup>204</sup> RPV : rapprochements des points de vue

faire face à ses complications cutanées et résoudre le problème du mécanisme lésionnel cutané lors de l'utilisation du lève-personne mobile. Le 3ème GME créera des PRExp qui se rapporteront aux des professionnels qui sont restés aux côtés du patient, et de leurs interactivités lors des soins.

#### *L'étayage du cycle d'expérenciation par les connaissances/savoirs*

Le stagiaire a été en mesure de mobiliser des savoirs connaissances qui lui ont permis d'étayer le cycle d'expérenciation. Les modèles cognitif et/ou opératif dont nous percevons l'affleurement au travers du discours, ont été sollicités voire enrichis.

L'Affleurement des Modèles Cognitif et Opératif (AfMCO) se manifeste dans le(s) fragment(s) de conduite ou inférence(s) :

- > « Et cela il (ne nous) l'a pas dit» INF<sup>205</sup>45, « mais volontairement (...) probablement, probablement volontairement en tous cas » INF49

L'AfMCO est un indicateur, de savoirs connaissances mobilisables (Cf. encadré et annexe du cas) que le stagiaire aurait pu mobiliser à partir de ses modèles, ou intégrer à ses modèles cognitif et opératif, nous exposons ceux qui sont à même d'avoir été mobilisés en priorité :

(PTV<sup>206</sup>) [Chez des patients souffrants de lésions ayant un caractère de chronicité (ex. lésés médullaires) le maintien d'un état de santé optimal dépend chez eux de capacités, comme celles ; d'adhérer à la prévention des complications en général et des complications cutanées en particulier ; de prendre des décisions adaptées en général (empowerment), dans un cas particulier, celui de la survenue d'une escarre](PTV)

(PTV) [Ces capacités sont évaluées dans le cadre d'une anamnèse psychosociale]

#### **Une opérationnalisation du cycle d'expérenciation<sup>207</sup> T10/R10**

Elle passe par la création d'un sous-but qu'appuie, le cas échéant, un aphorisme ou concept en acte/pragmatique véhiculé par les propos tenus par l'équipe soignante, les tuteurs etc.

##### *Le sous but*

« Valuer l'adhésion du patient»

##### *L'aphorisme, le concept en acte, mobilisé par le stagiaire*

Le CAct 7« adhérer» pilote la valuation de l'action d'adhérer au traitement chez le patient, par les interactions sociales, il guide en cela l'avancée de l'anamnèse psychosociale, et permet ainsi au stagiaire, dans le but de prévenir les risques de récurrences de lésions cutanées dans le service de MPR, de modifier sa stratégie relationnelle et de faire appel à l'aidante familiale.

---

<sup>205</sup> INF : inférence

<sup>206</sup> PTV : proposition tenue pour vrai

<sup>207</sup> Le cycle d'expérenciation incarné-situé

### *Le théorème en acte T10*

Le patient n'a pas accepté de participer à l'anamnèse psychosociale alors que son épouse, l'aidante familiale s'y est conformée, en voulant bien répondre aux questions de l'équipe soignante sur le mécanisme lésionnel et les moyens de prévention adaptés.

### *La règle d'action R10*

**Si** un patient lésé médullaire et atteint d'une complication d'ordre cutanée dans le service de MPR, ne veut pas coopérer à la démarche de l'anamnèse psychosociale qui lui est proposée en vue de prévenir la récurrence.

**Alors** je me dois de porter une évaluation négative dans son dossier de soin quant à ses capacités d'adhésion au traitement préventif ainsi que sur son empowerment.

### **L'horizon des donations**

Le cycle d'expérimentation T8/R8

**La conduite:** « et ce que sa femme nous a dit parce que lui il ne nous l'a jamais dit, alors qu'il le savait » et portée par T8/R8

**L'activité du stagiaire<sup>208</sup> : 1<sup>er</sup> étape dans la constitution des agrégats expérimentiels, détecter des champs expérimentiels**

La conduite évoquée s'est constituée en convoquant 5 champs expérimentiels (Cf. Tableau 122). Celui de la corporéité a été le plus expérimenté, avec 5 mises en mots. L'activation des 5 champs a donné lieu à la production de 15 mises en mots.

**Tableau 122 : Des champs expérimentiels intégrés au fonctionnement de T8/R8 (cas n°6)**

Des champs expérimentiels dans leur participation à l'expérimentation de l'objet du soin	
Phase d'élaboration perceptive	Phase de l'intégration du contenu linguistique et de l'énonciation
Convergences de vue vers l'objet du soin <sup>209</sup> Convocation des champs expérimentiels	Convergences de vue vers l'objet du soin Mises en mots
corporéité	«et ce que sa femme (nous) a dit» SCH4 INF 33, « nous » SCH4 INF34, «parce que lui il ne (nous) l'a jamais dit» SCH4 INF35 « nous » SCH4 INF36, «alors qu'il le savait»SCH4 INF37 (5)
la technique d'observation clinique	«et ce que sa femme (nous) a dit» SCH4 INF 33, «parce que lui il ne (nous) l'a jamais dit» SCH4 INF35, «alors qu'il le savait»SCH4 INF37 (3)

<sup>208</sup> Plus exactement, une reconstitution de la conduite du stagiaire.

<sup>209</sup> Les caractéristiques (CIH-2) relevées dans la base d'orientation des perceptions/évaluations

technique instrumentale de soin	«et ce que sa femme (nous) a dit» SCH4 INF 33, «parce que lui il ne (nous) l'a jamais dit» SCH4 INF35, «alors qu'il le savait»SCH4 INF37 (3)
la technique de guidage et d'accompagnement relationnel	«et ce que sa femme (nous) a dit» SCH4 INF 33, «parce que lui il ne (nous) l'a jamais dit» SCH4 INF35 (2)
valuation temporelle	«parce que lui il ne (nous) l'a jamais dit» SCH4 INF35, «alors qu'il le savait» SCH4 INF37 (2)

**L'activité du stagiaire: utiliser les affleurements d'EV pour créer des Points de Réduction Expérientielle (PRExp).**

**L'activité du stagiaire: 2<sup>ème</sup> étape, créer/produire des Points de Réduction Expérientielle (PRExp).**

Les PRExp répondent d'un classement qui est fonction des stratégies de mobilisation des champs expérientiels (Cf. Tableau 123).

**Tableau 123 : Des PRExp de T8/R8 expérimentés selon le don/contre don (cas n°6)**

Un classement des PRExp et une formation d'agrégats expérientiels						
Stratégies expérientielles entrée par le/les systèmes d'activité	Fragments de conduite, reliés à l'activité de l'épouse		Fragments de conduite, reliés à l'activité du stagiaire (collectif soignant)		Fragments de conduite, reliés à l'activité du patient	
	«et ce que sa femme (nous) a dit» SCH4 INF 33	« nous » SCH4 INF34	« nous » SCH4 INF36	«parce que lui il ne (nous) l'a jamais dit» SCH4 INF35	«alors qu'il le savait»SCH4 INF37	
1 <sup>er</sup> maillage interindividuel	PRExp de la corporéité	PRExp de la corporéité	PRExp de la corporéité	PRExp de la corporéité	PRExp de la corporéité	
2 <sup>ème</sup> maillage interindividuel	PRExp de la technique d'observation clinique			PRExp de la technique d'observation clinique	PRExp de la technique d'observation clinique	
3 <sup>ème</sup> maillage interindividuel	PRExp de la technique instrumentale de soin			PRExp de la technique instrumentale de soin	PRExp de la technique instrumentale de soin	
4 <sup>ème</sup> maillage interindividuel	PRExp de la technique de guidage et d'accompagnement relationnel			PRExp de la technique de guidage et d'accompagnement relationnel		
Maillage individuel				PRExp de la valuation temporelle	PRExp de la valuation temporelle	

Agrégat par maillage interindividuel

Agrégat par maillage individuel

## Agrégat par tuilage

### Lecture du tableau et interprétations

**Les activités reliées** : toutes les afEV expérimentés, participent à des activités reliées sauf l'afEV valuation temporelle.

Une lecture dans le plan horizontal :

L'afEV de la corporéité par sa condensation optimale<sup>210</sup>. L'état cutané, (l'objet du soin) est perçu comme le point de convergence vers lequel se tournent tous les acteurs. C'est un réseau de soin qui est décrit auquel le patient participe, à domicile, et ce par l'intermédiaire de son épouse.

Trois techniques de soins sont mises en œuvre et hiérarchisées.

Pour l'aidante familiale (l'opératrice) :

1<sup>er</sup> but : Observer constamment à la fois le patient et les points de contacts entre le patient, sa peau (*l'objet du soin : état cutané*) et le lève-personne i.e. les sangles, leur capitonnage et leur positionnement, c'est une condition de sécurisation du transfert afin de prévenir entre autres, les risques de lésion cutanée,

2<sup>ème</sup> but : Manipuler lève-personne mobile pour réaliser le déplacement du patient i.e., de son lit vers son fauteuil,

3<sup>ème</sup> but : Entretenir une relation de guidage et d'accompagnement i.e., écouté, expliquer, guidé, reconforter.

Cette activité du soignant doit se coupler avec celle du patient qui se développera en complémentarité selon la même trame opérationnelle. Nous sommes dans le cadre d'une coactivité avec un motif commun, celui de la mobilité de la personne dans son espace de vie, au quotidien.

Dans le plan vertical :

Sous l'inférence « et ce que sa *femme* (nous) a dit » SCH4 INF 33 »

Nous trouvons les trois techniques évoquées ci-dessus et la trame opérationnelle. À l'échelle fonctionnelle du cycle d'expérimentation, le mécanisme de donation expérientielle a été optimisé entre les membres de l'équipe soignante (stagiaire inclut) et l'aidante familiale.

Sous l'inférence « parce que *lui il* ne (nous) l'a jamais dit » SCH4 INF35

Nous retrouvons à l'identique, en écho les trois techniques de soin. Le mécanisme de don /contre don n'a pas eu lieu.

**L'activité du stagiaire: 3<sup>ème</sup> étape en vue de l'agencement des agrégats, utiliser les Points de Réduction Expérientielle (PRExp) pour s'entendre avec l'aidante familiale sur une visée commune.**

*Les dons/contre-dons des Fragments de Conduites (FC) :*

L'épouse a donné en partage, ses FC à l'équipe soignante incluant le stagiaire par l'entremise :

- ⇒ De la corporéité (*se présenter comme aidante familiale au service de son époux, utilisatrice du lève-personne mobile*),
- ⇒ De la technique d'observation clinique (*discuter des risques de complication cutanée lors des transferts avec le lève-personne mobile si les moyens de prévention idoine n'étaient pas mis en œuvre*),

---

210 Le maillage est optimisé, toutes les inférences/fragments de conduite des deux acteurs sont concernées par l'expérimentation de la corporéité.

- ⇒ De la technique instrumentale (*Décrire la solution technique à adopter pour prévenir les complications cutanées lors du transfert avec le lève-personne mobile*),
- ⇒ De la technique de guidage et d'accompagnement relationnel (*montrer son attitude coopérative vis à vis de l'équipe soignante incluant le stagiaire, faciliter les transmissions des informations-clés relevant du transfert avec le lève-personne mobile à domicile*).

Le stagiaire a donné à en partage, ses FC à l'épouse par l'entremise :

- ⇒ De la corporéité (*se présenter comme membre stagiaire de l'équipe soignante, utilisateur du lève-personne mobile identique à celui du domicile, dans le service de rééducation*)
- ⇒ De la technique d'observation clinique (*rendre compte des lésions cutanées et leur stade d'évolution, et leur site au niveau du bassin. Discuter des causes de l'altération de l'état cutané*).
- ⇒ De la technique instrumentale (*entendre la solution technique, l'utilisation du lève personne et les moyens à adopter pour prévenir une récurrence*)
- ⇒ De la technique de guidage et d'accompagnement relationnel (*apprécier l'aide et tenir compte de ses avis et conseils*)

Le patient n'a pas donné en partage, ses FC à l'équipe soignante incluant le stagiaire.

Une visée commune

Le but de l'anamnèse est de porter un éclairage sur la manière d'utiliser le lève-personne mobile au domicile du patient. Demander à l'aidante familiale, son épouse de bien vouloir nous transmettre des informations attenantes/*Participer de bonne grâce à l'enquête menée par l'équipe soignante en les informant sur ma façon de manier le lève-personne sans risquer de léser sa peau* <sup>211</sup>/

Le cycle d'expérimentation T10/R10

**La conduite:** « **et cela il ne nous l'a pas dit (...) il ne nous l'a pas dit mais volontairement (...) probablement, probablement volontairement en tous cas** » et portée par T10/R10

***L'activité du stagiaire***<sup>212</sup> : **1<sup>er</sup> étape dans la constitution des agrégats expérientiels, détecter des champs expérientiels**

La conduite portée par T10/R10 s'est constituée en convoquant 5 champs expérientiels (Cf. Tableau 124). Celui la valuation a été le plus expérientié, avec 5 mises en mots. L'activation des 5 champs a donné lieu à la production de 16 mises en mots.

**Tableau 124 : Des champs expérientiels intégrés au fonctionnement de T10/R10**

Des champs expérientiels dans leur participation à l'expérimentation de l'objet du soin	
Phase d'élaboration perceptive	Phase de l'intégration du contenu linguistique et de

<sup>211</sup> L'italique signale la partie de la visée commune du point de vue de l'épouse

<sup>212</sup> Plus exactement, une reconstitution de la conduite du stagiaire.

	l'énonciation
Convergences de vue vers l'objet du soin <sup>213</sup> Convocation des champs expérientiels	Convergences de vue vers l'objet du soin Mises en mots
la valuation	«et cela il (ne nous) l'a <b>pas</b> dit» SCH4 INF45, « <b>ne nous</b> » SCH4 INF46 «Il (ne nous) l'a <b>pas</b> dit » SCH4 INF47, « <b>ne nous</b> » SCH4 INF48 « mais <b>volontairement</b> (...) probablement, probablement <b>volontairement</b> en <b>tous cas</b> » SCH4 INF49 (5)
technique instrumentale de soin	«et <b>cela</b> il (ne nous) <b>l'a pas</b> dit» SCH4 INF45, «Il (ne nous) <b>l'a pas</b> dit » SCH4 INF47 (3)
la technique d'observation clinique	«et <b>cela</b> il (ne nous) <b>l'a pas</b> dit» SCH4 INF45, «Il (ne nous) <b>l'a pas</b> dit » SCH4 INF47 (3)
corporéité	« et cela <b>il</b> (ne nous) l'a pas dit » SCH4 INF45, « <b>ne nous</b> » SCH4 INF46 « <b>Il</b> (ne nous) l'a pas dit » SCH4 INF47, « <b>ne nous</b> » SCH4 INF48 (4)
la technique de guidage et d'accompagnement relationnel	«et cela <b>il (ne nous) l'a pas dit</b> » SCH4 INF45, « <b>Il (ne nous) l'a pas dit</b> » SCH4 INF47 (2)

**L'activité du stagiaire: 2<sup>ème</sup> étape, créer/produire des Points de Réduction Expérientielle (PRExp).**

Les PRExp répondent d'un classement qui est fonction des stratégies de mobilisation des champs expérientiels (Cf. Tableau 125).

<sup>213</sup> Les caractéristiques (CIH-2) relevées dans la base d'orientation des perceptions/valuations

Tableau 125 : Des PRExp de T10/R10 expérimentés selon le don/contre don (cas n°6)

Un classement des PRExp et une formation d'agrégats expérientiels					
Stratégies expérientielles entrée par le/les systèmes d'activité	Fragments de conduite, reliés à l'activité du stagiaire		Fragments de conduite, reliés à l'activité du patient		
	« ne nous » SCH4 INF46	« ne nous » SCH4 INF48	« et cela il (ne nous) l'a pas dit » SCH4 INF45	« Il (ne nous) l'a pas dit » SCH4 INF47	« mais volontairement (...) probablement, probablement volontairement en tous cas » SCH4 INF49
1 <sup>er</sup> maillage interindividuel et tuilage	PRExp de la valuation	PRExp de la valuation	PRExp de la valuation	PRExp de la valuation	PRExp de la valuation
1 <sup>er</sup> maillage individuel et tuilage			PRExp de la technique instrumentale de soin	PRExp de la technique instrumentale de soin	
1 <sup>er</sup> maillage individuel et tuilage			PRExp de la technique d'observation clinique	PRExp de la technique d'observation clinique	
2 <sup>ème</sup> maillage interindividuel et tuilage	PRExp de la corporéité	PRExp de la corporéité	PRExp de la corporéité	PRExp de la corporéité	
3 <sup>ème</sup> maillage individuel et tuilage			PRExp de la technique de guidage et d'accompagnement relationnel	PRExp de la technique de guidage et d'accompagnement relationnel	

Agrégat par maillage interindividuel

Agrégat par maillage individuel

Agrégat par tuilage

### Une interprétation en rapport avec une tâche collective et les systèmes d'activité des acteurs

Une tâche collective est esquissée par le stagiaire, elle aurait pu se réaliser si le patient avait collaboré avec l'équipe soignante et le stagiaire. C'est le constat d'un échec qui est exposé, celui d'une tâche collective qui n'a pas eu lieu. L'esquisse est composée de trois agrégats.

Une minorité de champs expérientiels, 2 sur 5, participe à l'agrégat par maillage interindividuel. Cette mobilisation dénote potentiellement, la présence de relations interindividuelles (Barthe & Quéinnec, p.674) d'une / de rencontres entre le stagiaire et le patient (Olry, 2015, p. 56°) celles-ci se seraient appuyées sur les champs de la valuation et de la corporéité. Des tâches dépendantes voir mutuellement dépendantes aurait pu voir le

jour en ciblant des informations sur la manière de modifier les sangles du lève-personne mobile en vue de préserver l'état cutané du patient lors du soulèvement par la machine.

L'agrégat par maillage prédomine par le nombre de champ expérientiels mobilisés 3 sur 5, la richesse expérientielle relative qui en résulte est en rapport avec les connaissances supputées du patient qui sait et ne dit rien, les trois champs de la technique sont mobilisés ce qui montre indirectement la complexité à la fois de l'adaptation des sangles et d'une communication appropriée (contenu et temporalité) qui aurait dû s'y rattacher. En effet, les transmissions-clés n'ont pas eu lieu au début de l'hospitalisation ce qui aurait évité les lésions cutanées, et cette absence de transmission a perduré après que se soient produites les lésions cutanées. Cette répétition d'une attitude chez le patient de "fermeture à ceux qui le soignent" à certainement choqué le stagiaire.

À noter que la grande majorité des PRExp, 11 sur 15, aurait pu être créée produite par les fragments de conduites liés au patient.

**L'activité du stagiaire: 3<sup>ème</sup> étape en vue de l'agencement des agrégats, utiliser les Points de Réduction Expérientielle (PRExp) pour s'entendre avec le patient sur une visée commune.**

*Les dons/contre-dons des Fragments de Conduites (FC) :*

Le patient aurait pu donner en partage, ses FC à l'équipe soignante incluant le stagiaire, par l'entremise :

- ⇒ De la valuation (de l'importance de la transmission d'informations-clés au moment opportun le début d'hospitalisation).
- ⇒ De la technique instrumentale de soin (la solution technique préconisée par l'épouse à domicile pour prévenir les complications cutanées lors du transfert avec le lève-personne mobile, solution transférable dans le service de MPR),
- ⇒ De la technique d'observation clinique (des complications cutanées qui surviennent très rapidement chez lui au niveau du bassin)
- ⇒ De la corporéité (comme patient tétraplégique dépendant de l'action de l'équipe soignante pour ses déplacements quotidiens de son lit à son fauteuil roulant et vice versa)
- ⇒ De la technique de guidage et d'accompagnement relationnel (comme patient coopératif, facilitateur du maintien d'une relation d'aide avec le collectif soignant incluant la personne du stagiaire).

*Une visée individuelle:*

Ce fut une grande déception pour le stagiaire, de ne pas avoir pu recueillir des informations essentielles pour la prévention des complications cutanées. Le patient aurait pu lui faire partager ses expériences des transferts à domicile avec ce type de lève-personne mobile. L'aider à comprendre les causes des lésions cutanées survenue dans le service de MPR, ce qui à première vue, lui paraissait incompréhensible, puisque le modèle du lève personne mobile su service était identique à celui utilisé chez lui.

## Résumé

Le stage en milieu hospitalier est un passage obligé pour que la professionnalisation des étudiants en instituts de formation aux métiers du soin, puisse s'opérer. La thèse expose les rapports humains qui se nouent entre les patients en situation de handicap et les stagiaires qui suivent un cursus en massokinésithérapie et en soins infirmiers. Les rencontres avec le patient en situation de handicap permettront aux stagiaires d'apprendre leur métier. Pour creuser cette thématique, nous questionnerons tout au long de la thèse, les notions de milieu, d'expérimentation, d'objet du soin, d'objet clinique à partager, de schème d'enquête exploration. Nous présenterons six cas de mise en stage, cinq en rapport avec le métier de masseur-kinésithérapeute et un en lien avec le métier d'infirmier. Nous les analyserons avec l'aide d'un outil, la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé. Nous articulerons notre analyse à partir de la situation professionnelle traversée par les processus de réhabilitation et de professionnalisation et reliée à une situation d'enquête exploration. Nous introduirons trois horizons expérientiels, celui des apprentissages, celui des soins et celui des donations, un espace transactionnel porté par l'objet clinique à partager, ainsi qu'un schème d'enquête exploration et son cycle d'expérimentation incarné situé et ce, afin de proposer une vue synthétique de l'expérimentation du stagiaire. Nous découvrirons que les stagiaires sont en mesure d'identifier l'état de fonctionnement et de handicap d'une personne et de prodiguer des soins à la fois empreint de sensibilité et de rationalité en réalisant des réductions expérientielles. Nous n'aurons pas quitté tout au long de ce parcours de recherche, la didactique professionnelle, nous utiliserons ses outils que sont le schème d'action et ses composants.

**Mots-clés** : milieu, expérimentation, handicap, situation professionnelle, schème d'enquête exploration, cycle d'expérimentation incarné situé

### **Approached his profession of caregiver with a patient in situation of handicap**

#### **Introduction of analyzers: the matrix and the experiential keyboard Abstract**

The internship in a hospital environment is a necessary step for the professionalization of students in training institutes for careers to take place. The thesis exposes the human relationships that are formed between patients with disabilities and trainees who follow a course in massokinesithery and nursing. Meetings with disabled patients will allow trainees to learn their trade. To explore this theme, we will question throughout the thesis, the notions of environment, experience, clinical object to be shared and ecological action scheme. We will present six internship cases, five related to the profession of physiotherapist and one related to the profession of nurse. We will analyze them with the help of a tool, the International Classification of Disability Functioning and Health. We will articulate our analysis on the basis of the professional situation traversed by the rehabilitation and professionalization processes and linked to an exploration survey situation. We will introduce three experiential horizons, that of learning, that of care and that of donations, a transactional space carried by the clinical object to be shared, as well as a schema of exploration investigation and its embodied experience cycle located and this, in order to offer a synthetic view of the trainee's experience. We will find that trainees are able to identify a person's state of functioning and disability and to provide care that is both sensitive and rational by making experiential reductions. We will find that trainees are able to identify a person's state of functioning and disability and to provide care that is both sensitive and rational by making experiential reductions. Throughout this research journey, we will not have left professional didactics; we will use its tools, which are the action scheme and its components.

**Keywords**: environment, experience, handicap, professional situation, exploration survey scheme, embodied experience cycle located