



HAL
open science

La modélisation de la structure conceptuelle du triage par raisonnement clinique en situation d'accès direct du kinésithérapeute et les rôles sociaux de diagnostics d'exclusion, d'inclusion et d'orientation. Résultats de recherche et recommandations. La kinésithérapie devient par l'identification et la formation à de nouveaux savoirs experts une profession médicale à compétences définies au service de l'accès aux soins, de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

Etienne Panchout

HAL Id: tel-04198125

<https://theses.hal.science/tel-04198125>

Submitted on 6 Sep 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.

► **To cite this version:**

Etienne Panchout. La modélisation de la structure conceptuelle du triage par raisonnement clinique en situation d'accès direct du kinésithérapeute et les rôles sociaux de diagnostics d'exclusion, d'inclusion et d'orientation. Résultats de recherche et recommandations. La kinésithérapie devient par l'identification et la formation à de nouveaux savoirs experts une profession médicale à compétences définies au service de l'accès aux soins, de la qualité des soins et de la sécurité des patients.. Education. Université Paul Valéry - Montpellier III, 2022. Français. NNT : 2022MON30076 . tel-04198125



THÈSE

Pour obtenir le grade de
Docteur

Délivré par **Université de Montpellier 3**

Préparée au sein de l'Ecole Doctorale 58
Langues, Littératures, Cultures, Civilisations

Et de l'unité de recherche EA 3749
Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche en Didactique Education et
Formation

Spécialité : Epistémologie, Didactique, Education et Formation

Présentée par **Etienne Panchout**

La modélisation de la structure conceptuelle du triage par raisonnement clinique en situation d'accès direct du kinésithérapeute et les rôles sociaux de diagnostics d'exclusion, d'inclusion et d'orientation. Résultats de recherche et recommandations.

La kinésithérapie devient par l'identification et la formation à de nouveaux savoirs experts une profession médicale à compétences définies au service de l'accès aux soins, de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

Soutenue le 10/09/2022 devant le jury composé de

Franck Gatto, Maître de Conférences, HDR, Université Montpellier 3
Denis Mulleman, Professeur en rhumatologie, HDR, Université de Tours
Marie-Claude Audétat, Professeure associée, HDR, Université de Genève
Joseph Omer Dyer, Professeur agrégé, HDR, Université de Montréal
Nancy Rodriguez, Maître de conférences, Université de Montpellier

Directeur de thèse
Président du jury
Examinatrice
Rapporteur
Examinatrice



Remerciements

Il y a 6 ans, je rêvais d'écrire ces remerciements. Il y a 6 ans, je n'imaginai pas à quel point cette aventure individuelle serait une aventure collective. Il y a 6 ans, j'espérais vivre une aventure scientifique. Elle l'a été. Elle a été aussi une aventure humaine.

Mes remerciements vont tout d'abord à mon directeur de thèse, Franck Gatto, Maître de Conférences en sciences de l'éducation, Habilité à Diriger les Recherches à l'Université Paul Valéry – Montpellier 3. Franck Gatto a joué un rôle déterminant lors de mon Master 2 en sciences de l'éducation, et il a poursuivi ce rôle de catalyseur en me permettant d'entrer dans l'aventure de la thèse. C'est à partir des résultats de certains des travaux de Franck Gatto que j'ai construit mon dispositif de recherche en thèse. Il m'a accompagné avec ses conseils précis et précieux. Merci !

Ensuite, je tiens à remercier les membres de mon comité de suivi de thèse : Dyer Joseph-Omer, professeur agrégé à l'École de réadaptation de l'Université de Montréal et membre du Groupe interdisciplinaire de recherche en cognition et raisonnement professionnel du Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal au Canada, Pasquet Guy-Noël, maître de conférences associé en sciences de l'éducation, Habilité à Diriger les Recherches à l'Université Paul Valéry - Montpellier 3 et Couillandre Annabelle, maître de conférences à l'Université Paris Saclay. Ils ont suivi mon travail du début à la fin. Ils ont su me donner confiance en mes capacités. Ils ont su prendre le temps de comprendre mon travail et d'y apporter leurs expériences diverses et multiples. Merci !

Au niveau professionnel, il y a, dans ce genre d'aventure, des personnes qui ne se rendent pas compte de l'importance qu'ils ont jouée.

Premièrement, il y a les étudiants et l'ensemble de l'équipe pédagogique et administrative de l'EUK-CVL de ces 6 dernières années. Cependant, j'aimerais m'attarder sur deux d'entre eux. Il y a Launay Frédéric, cadre de santé formateur et kinésithérapeute, incroyable tant par ses connaissances que par sa curiosité permanente. Il y a Belliot Alice, kinésithérapeute, qui a été un binôme de travail aidant, stimulant, compréhensif et d'une énergie impressionnante.

Deuxièmement, il y a les patients et mes collègues de ma structure de soins libérale à Blois qui m'ont toujours nourri de positif avec leurs encouragements. Je pense tout particulièrement à mes consœurs kinésithérapeutes Memic Sejla, Jouet Vanessa et Pilon Charlène.

Troisièmement, il y a les membres de la Société internationale francophone d'éducation médicale (SIFEM), et tout particulièrement Charlin Bernard, professeur titulaire à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal au Canada, Pelaccia Thierry, professeur des universités

praticien hospitalier à la Faculté de médecine de Strasbourg, Deemester Anne, maître de conférences à l'Institut national supérieur du professorat et de l'éducation d'Aix-Marseille, et Jouquan Jean, rédacteur en chef de la revue « *Pédagogie Médicale* », qui ont à un moment, sans même le savoir, éclairé mon travail et m'ont permis d'avancer.

Dernièrement, il me tient à cœur de remercier l'ensemble des auteurs des articles ou livres que j'ai pu lire. Ils ont tous une responsabilité dans ma production.

Merci à la communauté scientifique pour le travail fourni qui m'a permis de produire le mien. Merci aux sciences de l'éducation de m'avoir fait grandir et voir le monde autrement.

Enfin, au niveau personnel, l'ensemble de mes proches sont à remercier. Mais je tiens à remercier plus particulièrement mes parents, mon frère, mes quatre enfants et ma femme.

En ce qui concerne mes parents et mon frère, il faut qu'ils sachent qu'ils ont su me donner le bien le plus précieux : leur confiance.

En ce qui concerne Héloïse, Lucile, Timothée et Alexine, mes quatre enfants, leur insouciance et leur regard d'enfant curieux ont été, et restent une puissante source de motivation. Je les remercie de leurs encouragements, de leurs patiences, de leurs joies de vivre, de leurs sourires, de leurs larmes, de leurs interrogations ; de leurs présences...

Pour finir, mes remerciements vont à Florence, ma supportrice numéro un, mon soutien sans faille, ma relectrice hors pair, ma compagne. Merci infiniment pour ta patience, ton ouverture d'esprit, ton intelligence, ton enthousiasme...

Pour conclure, il y a celles et ceux qui mettent le pied à l'étrier, celles et ceux qui guident, celles et ceux qui soutiennent, celles et ceux qui motivent, celles et ceux qui aiment. Il y a aussi, tous les autres qui n'ont pas été cités et qui ont croisé mon chemin avant ou pendant ce travail et qui y ont participé de près ou de loin. Merci à toutes et tous.

Table des matières

Résumé.....	8
Liste des tableaux.....	10
Liste des figures.....	11
Liste des sigles et acronymes.....	13
Introduction.....	14
Première partie : LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE.....	16
1 Le métier de masseur-kinésithérapeute ou de physiothérapeute.....	17
1.1 Une définition qui évolue.....	17
1.2 La masso-kinésithérapie vers une émancipation et vers une discipline en masso-kinésithérapie.....	21
1.3 Le cadre législatif et règlementaire de l'exercice de la masso-kinésithérapie.....	28
1.4 L'accès direct pour les kinésithérapeutes.....	29
1.5 Rôles et identités des masseurs-kinésithérapeutes.....	31
1.6 La formation en masso-kinésithérapie : la mutation de 2015.....	37
1.6.1 L'accès à la formation et l'organisation des études.....	37
1.6.2 Le programme de formation en masso-kinésithérapie.....	37
1.7 Une nouvelle formation tournée vers la recherche.....	40
2 Raisonner : une macro-capacité.....	45
2.1 Le raisonnement de l'Antiquité aux neurosciences.....	45
2.2 Système 1 et système 2, l'intuition et la logique.....	47
2.3 Le raisonnement analytique : le système 2.....	48
2.4 Matrice théorique du raisonnement.....	49
2.5 Vers le raisonnement clinique.....	50
3 La macro-capacité à raisonner en situation de soins : le raisonnement clinique.....	50
3.1 Les concepts connexes.....	51

3.2	Étymologie du raisonnement clinique	52
3.3	Définitions du raisonnement clinique.....	53
3.4	Les étapes du raisonnement clinique	56
3.5	Modélisation des étapes de la consultation en masso-kinésithérapie.....	61
4	<i>La prise de décision en situation de soins : une question de paradigme</i>	61
4.1	Le paradigme de l'analyse décisionnelle.....	61
4.2	Le paradigme de la résolution de problème.....	64
4.3	Les processus du paradigme de la résolution de problème	65
4.3.1	Processus cognitifs	66
4.3.2	Processus interactifs.....	67
4.4	Interactions entre raisonnement clinique analytique (système 2) et raisonnement clinique non analytique (système 1).....	68
4.5	Modélisation du raisonnement clinique	71
5	<i>Le raisonnement clinique des masseurs-kinésithérapeutes et le diagnostic kinésithérapique</i>	71
5.1	Savoirs théoriques et savoirs expérientiels.....	71
5.2	Théorie de l'action et raisonnement clinique.....	74
5.3	Les obstacles à l'apprentissage du raisonnement clinique.....	76
5.4	Diagnostic masso-kinésithérapique et capacité de triage par raisonnement clinique	78
5.5	Réforme de 2015 : le diagnostic masso-kinésithérapique, un concept lié aux mouvements	80
5.6	L'utilisation de la Classification Internationale du Fonctionnement.....	82
5.7	Le BDK : une transcription incomplète du raisonnement clinique du masseur-kinésithérapeute	85
5.8	Apports des derniers travaux de recherches en sciences de l'éducation sur le raisonnement clinique du masseur-kinésithérapeute	86
6	<i>Didactique professionnelle, analyse du travail, analyse de l'activité</i>	88
6.1	Didactique disciplinaire, didactique professionnelle et activité	88
6.1.1	Le modèle opératif comme objet d'étude	89

6.1.2	L'analyse de la tâche prescrite puis de l'activité	89
6.2	La didactique professionnelle à la recherche du modèle opératif du sujet	90
6.3	Schème et conceptualisation dans l'action	91
6.4	Le concept pragmatique, concept en actes, invariant opératoire	92
6.5	La structure conceptuelle d'une situation.....	93
6.6	Concept de transposition didactique.....	96
6.7	Cadres conceptuels retenus pour la thèse	101
7	<i>Problématisation théorique et question de recherche</i>	102
	<i>Deuxième partie : LE DISPOSITIF METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE.....</i>	108
8	<i>Le terrain de recherche : un paradigme phénoménologique</i>	109
8.1	Réflexions sur la méthodologie de recherche	109
8.1.1	Taxonomie dans le but de la transposition didactique de la capacité de triage par raisonnement clinique. 109	
8.1.2	La simulation : un outil d'observation du raisonnement clinique	110
8.1.3	Les méthodes d'enquête d'observation directe du raisonnement clinique	112
8.1.4	L'approche en deux étapes (Pelaccia et al., 2017)	113
8.1.5	L'entretien d'explicitation une méthode de recueil d'information.....	114
8.1.6	L'entretien d'auto-confrontation : méthode d'analyse de l'action située avec utilisation de traces filmées	116
8.2	Dispositif de recherche	118
8.2.1	Le déroulement du dispositif de recherche	118
8.2.2	Population	118
8.2.3	Choix de la situation clinique et rédaction du scénario	118
8.2.4	La séance de simulation : organisation technique	131
8.2.5	L'entretien d'auto-confrontation et le guide d'entretien	132
8.2.6	Une enquête par questionnaire post expérimentation pour tenir compte de la charge cognitive et vérifier l'utilisation des données recueillies	136
8.2.7	La transcription des données et la convention de retranscription adoptée	136
	<i>Troisième partie : LES RESULTATS.....</i>	139
9	<i>Population étudiée</i>	140
9.1	Caractéristiques des participants	140

9.2	Enquête par questionnaire post expérimentation : sélection des entretiens à analyser	
	142	
9.2.1	Méthode et outil d'enquête.....	142
9.2.2	Résultats.....	145
9.2.3	Discussion et sélection des entretiens à analyser.....	150
9.3	Diagramme de flux des participants.....	153
10	Analyse des entretiens d'auto-confrontation.....	153
10.1	Caractéristiques des entretiens et des séances de simulation.....	153
10.2	Lecture flottante : la frustration de « ne pas soigner » et le « risque » pour le patient comme thèmes émergents.....	154
10.3	Analyse verticale des données et catégorisation.....	155
10.3.1	Tableau d'indexation thématique du discours de AA (Tableau 11).....	158
10.3.2	Tableau d'indexation thématique du discours de AB (Tableau 12).....	170
10.3.3	Tableau d'indexation thématique du discours de AC (Tableau 13).....	184
10.3.4	Tableau d'indexation thématique du discours de AD (Tableau 14).....	195
10.3.5	Tableau d'indexation thématique du discours de AF (Tableau 15).....	205
10.4	Analyse croisées des données.....	212
10.4.1	Des processus cognitifs qui déterminent le triage par raisonnement clinique.....	212
10.4.2	Des processus interactifs au cœur d'un « dilemme », d'une « dispute » ou d'un « conflit ».	215
10.4.3	Le triage par raisonnement clinique en accès direct en masso-kinésithérapie : une frustration liée au dilemme « soigner le patient - soigner la pathologie ».....	220
10.4.4	La structure conceptuelle de la situation de triage par raisonnement clinique en accès direct (Figure 27)	222
11	Prise en compte des limites méthodologiques.....	226
11.1	La population en question.....	226
11.1.1	Effet râteau.....	226
11.1.2	Biais de sélection.....	226
11.2	L'intervention du chercheur.....	227
11.3	Les difficultés de l'auto - confrontation simple.....	228
11.4	Le biais de confirmation et effet Othello.....	228
11.5	La standardisation de la situation en question.....	229
11.6	Le phénomène de surperposition, biais de désirabilité sociale.....	230

11.7	Le laconisme des experts	230
12	<i>Les savoirs experts au service de la pédagogie active et de la compétence</i>	231
12.1	Le stage et le portfolio	233
12.2	Les groupes d'analyse de pratiques.....	233
12.3	La simulation en santé.....	234
12.4	La formation par concordance et test de concordance.....	234
12.5	Les cartes conceptuelles	234
12.6	Le patient partenaire, patient expert	235
13	<i>La thèse et les recommandations.....</i>	236
14	<i>Projections et perspectives de recherche</i>	243
	<i>Annexes.....</i>	260
	<i>Annexe 1 : cachet de l'actrice</i>	261
	<i>Annexe 2 : questionnaire post-expérimentation</i>	262
	<i>Annexe 3 : retranscription de l'entretien avec AA</i>	264
	<i>Annexe 4 : retranscription de l'entretien avec AB</i>	267
	<i>Annexe 5 : retranscription de l'entretien avec AC.....</i>	270
	<i>Annexe 6 : retranscription de l'entretien avec AD</i>	272
	<i>Annexe 7 : retranscription de l'entretien avec AF.....</i>	274

Résumé

Cette recherche s'inscrit dans le prolongement des conclusions de Lagniaux (2013) et Jeulin (2014) sur la nécessité d'une part de la production de savoirs experts spécifiques en kinésithérapie, et d'autre part de s'appuyer sur des spécialistes du domaine des sciences humaines pour l'enseignement et la recherche autour du raisonnement clinique. La conceptualisation dans l'action comme cadre théorique de la didactique professionnelle proposé par Pastré (2011) permet d'identifier des savoirs experts.

La question de recherche était de chercher à repérer la structure conceptuelle de la situation de triage par raisonnement clinique en accès direct pour un kinésithérapeute.

A partir de cinq entretiens d'auto-confrontation suite à une séance simulée haute-fidélité non instrumentale standardisée, nous avons mobilisé l'analyse de contenu préconisée par Bardin (1977) en tenant compte de la théorie de la charge cognitive dans la sélection des résultats (Tricot et Sweller, 2016). La thèse a permis d'identifier les savoirs experts du kinésithérapeute lors du triage par raisonnement clinique en situation d'accès direct. Ces savoirs experts sont les éléments clés de la décision du triage par raisonnement clinique.

Les savoirs experts sont constitués par les concepts pragmatiques de la situation de triage par raisonnement clinique de la personne malade en accès direct. Il s'agit de l'anamnèse et de l'examen clinique de la fonction douleur, les indicateurs et les variables en lien avec ces savoirs (Figure 27). Ces savoirs experts comprennent aussi le moment de la prise de décision de triage qui s'effectue essentiellement lors de l'étape de catégorisation, regroupant l'anamnèse et l'examen physique. Enfin, ces savoirs experts montrent que les kinésithérapeutes les plus expérimentés utilisent préférentiellement des processus cognitifs non analytiques, c'est-à-dire le raisonnement clinique non analytique (système 1), associés à des processus interactifs.

Ces résultats de recherche permettent le processus de transposition didactique décrit initialement par Chevallard (1985) et développé par Perrenoud (1998), grâce aux données issues de l'activité réelle à utiliser comme outil pédagogique et à associer à des méthodes de pédagogie active dans l'apprentissage de la macro-capacité du raisonnement clinique, et de la capacité de triage par raisonnement clinique tant en formation initiale qu'en formation continue.

Par ailleurs, des dilemmes inhérents à cette situation de triage par raisonnement clinique en accès direct sont mis en lumière dans la continuité du travail de Balas (2012) : « *soigner le patient* » ou « *soigner la pathologie* », « *collaborer avec les autres professionnels du soin* » ou « *camper sur ses positions* », et « *kiné bien être* » ou « *kiné soignant* ». Ces conflits identifiés

sont à explorer à travers des méthodologies permettant d'avoir accès à la dimension transpersonnelle du métier (Clot, 2000) de kinésithérapeute pour construire et assoir la logique identitaire de profession médicale à compétences définies produite par Roquet, Gatto et Vincent (2015).

Liste des tableaux

Tableau 1 : matrice théorique du raisonnement	49
Tableau 2 : les processus de raisonnement clinique (Higgs et al., 2008).....	65
Tableau 3 : macro-capacité "raisonner" (Parent et Jouquan, 2016)	106
Tableau 4 : macro-capacité de raisonner (Parent et Jouquan, 2016).....	107
Tableau 5 : planning de la journée d'expérimentation.....	132
Tableau 6: convention de retranscription des entretiens	137
Tableau 7 : caractéristiques et codage des interviewers.....	138
Tableau 8 : caractéristiques de la population étudiée.....	141
Tableau 9 : réponses au questionnaire post expérimentation	145
Tableau 10 : caractéristiques des séances et des entretiens.....	154
Tableau 11 : tableau d'indexation thématique du discours de AA	158
Tableau 12 : tableau d'indexation thématique du discours de AB.....	170
Tableau 13 : tableau d'indexation thématique du discours de AC.....	184
Tableau 14 : tableau d'indexation thématique du discours de AD	195
Tableau 15 : tableau d'indexation thématique du discours de AF	205

Liste des figures

Figure 1 : synthèse du rapport (Roquet, Gatto et Vincent, 2015)	36
Figure 2 : modélisation complexe de la maquette de formation (Panchout et al., 2019).....	42
Figure 3 : blocs de compétences de la maquette expérimentale de l'EUKCVL (Panchout et al., 2021).....	43
Figure 4 : maquette expérimentale de l'EUKCVL (Panchout et al., 2021).....	44
Figure 5 : processus de raisonnement clinique de l'université de Montréal (Charlin et al., 2012)	59
Figure 6 : les étapes du processus de raisonnement clinique de l'université de Montréal (Charlin et al., 2012).....	60
Figure 7 : les étapes de l'entrevue en masso-kinésithérapie	61
Figure 8 : modélisation du raisonnement clinique du masseur-kinésithérapeute.....	71
Figure 9 : l'apprentissage expérientiel (Kolb, 1984).....	73
Figure 10 : exemple de structure conceptuelle : la taille de vigne (Caens-Martin, 2005).....	95
Figure 11 : transposition didactique à partir de pratiques (Perrenoud, 1998)	100
Figure 12 : liens activités, les compétences et les dispositifs pédagogiques de la situation d'accès direct en masso-kinésithérapie	105
Figure 13 : les étapes d'une séance de simulation (HAS, 2012)	111
Figure 14 : avantages et désavantages du point de vue externe et du point de vue du praticien (Pelaccia et al., 2017)	113
Figure 15 : déroulement de l'expérimentation.....	118
Figure 16 : questionnaire post expérimentation	143
Figure 17: dimensions et indicateurs du questionnaire post expérimentation	144
Figure 18: stress en comparaison d'une séance classique	146
Figure 19: niveau de déstabilisation due à la présence de caméra lors de l'entretien d'auto-confrontation	147
Figure 20: niveau de déstabilisation due à la présence de caméra lors de la consultation.....	147
Figure 21 : niveau de satisfaction sur la participation à l'expérimentation	148
Figure 22 : émotion ressentie après l'expérimentation	149
Figure 23 : sentiment de jugement sur la performance technique durant l'expérimentation..	150
Figure 24 : diagramme de flux des participants à l'expérimentation	153
Figure 25 : extrait de l'analyse verticale de l'entretien de AB	156

Figure 26 : présentation schématique des 9 dilemmes identifiés dans les activités des masseurs-kinésithérapeutes (Balas, 2012).....	217
Figure 27 : structure conceptuelle de la situation de triage par raisonnement clinique en accès direct en kinésithérapie.....	223
Figure 28 : « red flags » pour un patient présentant une lombalgie (HAS, 2019)	225
Figure 29 : modélisation du triage par raisonnement clinique en masso-kinésithérapie.....	237
Figure 30 : échelle de préoccupation (Chauvet, Chevrier et Desjardins, 2021).....	237
Figure 31 : échelle de préoccupation et diagnostics.....	238
Figure 32 : les 6 recommandations issues de la thèse	243

Liste des sigles et acronymes

BDK : bilan diagnostic kinésithérapeute

CIF : classification internationale du fonctionnement

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CNOMK : conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes

CNU : conseil national des universités

DE : diplôme d'Etat

DEMK : diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute

DREES : direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques

DU : diplôme universitaire

EBP : « *evidence based practice* »

EBM : « *evidence based medicine* »

EC : élément constitutif

ECTS : « *european credits transfer system* »

EUK-CVL : école universitaire de kinésithérapie centre val de Loire

HAS : haute autorité de santé

INT : interviewer

FDK : fiche de décision kinésithérapique

FNEK : fédération nationale des étudiants en kinésithérapie

IFMK : institut de formation en masso-kinésithérapie

IRFMK : institut régional de formation en masso-kinésithérapie

JFK : journées francophones de la kinésithérapie

SNIFMK : syndicat national des instituts de formation en masso-kinésithérapie

TMO : thérapie manuelle orthopédique

UE : unité d'enseignement

UI : unité d'intégration

UNCAM : union nationale des caisses d'assurance maladie

Introduction

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a conduit la profession de masseur-kinésithérapeute à réfléchir aux réformes nécessaires pour garantir la sécurité et la qualité des soins apportés aux patients en améliorant les compétences des professionnels de santé en France. C'est dans ce contexte que l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute (DEMK) propose dans l'annexe V des référentiels d'activités et de compétences ainsi qu'une maquette de formation. Cette réforme de la formation initiale modifie l'apprentissage en masso-kinésithérapie. Dans cette maquette de formation, de nombreux apports viennent des Sciences Humaines et Sociales et en particulier des sciences de l'éducation, et l'approche par compétence visant l'universitarisation de la profession renforce la place de l'approche socio-constructiviste dans le cursus des étudiants.

La recherche de compréhension de la relation thérapeutique et la recherche d'autonomie dans le raisonnement clinique ont déterminé mon parcours professionnel et universitaire. En effet, une fois le DEMK obtenu je me suis orienté vers une formation me permettant d'agir en autonomie, indépendamment de la prescription médicale en devenant masseur-kinésithérapeute ostéopathe en 2010. Ce diplôme me permet à la fois un accès direct à la patientèle et l'exercice du raisonnement clinique d'orientation diagnostique. Par accès direct est entendu la possibilité de prendre en soin un patient sans la nécessité pour le patient d'avoir obtenu au préalable une prescription médicale.

Par la suite, conscient de l'importance des sciences de l'éducation dans mon métier de masseur-kinésithérapeute, je me suis orienté vers un parcours universitaire au sein de l'Université de Montpellier en obtenant le Master 2 Responsable d'Evaluation, de Formation et d'Encadrement avec l'aide précieuse de mon directeur de mémoire Franck Gatto maître de conférences habilité à diriger les recherches à l'Université de Montpellier 3. Cette formation m'a permis de découvrir les théories de l'apprentissage, les modèles de santé, les modèles de l'évaluation, les théories de la communication entre autres. Elle est aussi synonyme de découverte et de première utilisation de méthodes de recherche. Ce diplôme m'a permis de devenir enseignant en masso-kinésithérapie au sein de l'Institut régional de formation en masso-kinésithérapie (IRFMK) d'Orléans, devenu en 2019 l'École universitaire de kinésithérapie centre val de Loire (EUK-CVL). Je m'investis depuis dans la formation des étudiants en masso-kinésithérapie tout en continuant mon travail de masseur-kinésithérapeute ostéopathe en libéral. En tant que formateur

permanent à l'IRFMK d'Orléans à partir de 2015 puis maître de conférences associé à l'Université d'Orléans depuis septembre 2020, maître de stage dans mon cabinet libéral et directeur de mémoire de fin d'étude des étudiants de l'EUK-CVL, j'ai l'occasion d'être confronté à la difficulté de transmettre, expliquer et évaluer la compétence du raisonnement clinique. Avec la réforme des études de masso-kinésithérapie en 2015, je me suis naturellement intéressé à cet enseignement et aux différentes théories sur le raisonnement clinique. L'enseignement du raisonnement clinique se doit de répondre à l'exigence de sécurité et de qualité demandée à la profession de masseur-kinésithérapeute. Mes recherches lors de la préparation des enseignements sur le raisonnement clinique m'ont conduit à m'interroger sur la spécificité du raisonnement clinique des masseurs-kinésithérapeutes en France et sur sa modalité d'enseignement. J'ai alors demandé, en 2016, à Franck Gatto de me soutenir dans mon travail de doctorat en sciences de l'éducation dans le but d'approfondir le thème du raisonnement clinique des masseurs-kinésithérapeutes en France et dans le but de proposer des stratégies pédagogiques en vue de l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins dispensés aux patients et de valoriser la profession de masseur-kinésithérapeute.

Première partie : LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE

1 Le métier de masseur-kinésithérapeute ou de physiothérapeute

D'après le rapport de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES, 2015) concernant les professions de santé, on comptait, au 1er janvier 2015, sur l'ensemble du territoire français, 83619 masseurs-kinésithérapeutes en exercice, libéral, salarié ou mixte, dont 80740 en métropole. Les praticiens étaient répartis en 50% de femmes et 50% d'hommes. L'activité libérale ou mixte représentait 80% des effectifs, l'activité salarié hospitalier représente 16% des effectifs et l'activité salarié autre représente 4% des effectifs. Au 1^{er} janvier 2020, 90 315 kinésithérapeutes sont inscrits au tableau de l'Ordre. Parmi eux, 13 280 professionnels sont inscrits dans le collège salarié et exercent exclusivement selon cette modalité, représentant ainsi 14,7 % de l'effectif total des kinésithérapeutes inscrits.

Par ailleurs, 77 035 kinésithérapeutes sont inscrits dans le collège libéral et exercent selon un exercice mixte ou libéral exclusif, représentant ainsi 85,3 % des professionnels inscrits (CNOMK, 2021). L'offre de poste salarié n'est pas responsable de ces données car 15% des postes de masseurs-kinésithérapeutes salariés sont vacants en France (Pinsault, 2020). Millien (2018) explique que dans l'hypothèse où les comportements seraient constants et les politiques en vigueur maintenues, le nombre de masseurs-kinésithérapeutes devrait augmenter de 57 % entre 2016 et 2040 pour s'élever à 133 000 en 2040.

1.1 Une définition qui évolue

Le terme masseur-kinésithérapeute viendrait du grec. Il se découpe en « *massein* » signifiant pétrir, « *kinêsis* » signifiant mouvement et « *therapeia* » signifiant traitement. Le gymnaste suédois Carl Augustus Georgii (1847) aurait créé ce terme dans son ouvrage « *Kinésithérapie ou traitement des maladies par le mouvement selon la méthode de Ling et Branling* ». Cependant, ce n'est qu'à partir de 1945 qu'il s'est répandu. En France, la loi n°46-857 du 30 avril 1946 appelée loi Guibert, fait apparaître ce terme au journal officiel. Cette date correspond à la création du DEMK et à la publication de la définition de la masso-kinésithérapie dans le code de la santé publique « *La profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale* ».

Cette définition n'évoluera pas jusqu'en 2016 et la loi de modernisation du système de santé. Cependant, des textes de droit viennent préciser le rôle de la masso-kinésithérapie dans le système de soin français. Par exemple, le décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute précisent l'objectif de la masso-kinésithérapie :

La masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Ils sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques.

Le conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK) ajoute un versant réflexif et éducatif à la masso-kinésithérapie :

La masso-kinésithérapie (physiothérapie) est une discipline de santé, une science clinique de l'Humain et un art. Elle est centrée sur le mouvement et l'activité de la personne. La masso-kinésithérapie exercée dans un but thérapeutique ou non, intervient à partir d'un diagnostic kinésithérapique et de l'évaluation concomitante à l'acte, notamment au moyen de techniques éducatives, manuelles et instrumentales. Elle favorise le maintien ou l'amélioration de la santé physique, psychique et sociale, la gestion du handicap et le mieux-être des personnes (CNOMK, 2009).

Le CNOMK publie le référentiel du métier et des compétences des masseurs-kinésithérapeutes écrit par Le Boterf (2011). Dans le recensement des savoir-faire cliniques, le rapport contient parmi les savoir-faire techniques et méthodologiques : « *mettre en œuvre une méthode de raisonnement hypothético-déductif appliquée à la clinique* ». De plus, divers domaines des sciences humaines et sociales figurent dans les ressources en connaissances et savoir-faire à mobiliser dans les situations professionnelles : « *Education thérapeutique. Education du mouvement. Communication interpersonnelle. Psychologie. Anthropologie de la santé et du corps. Approche conceptuelle de la compétence* ».

Ce référentiel (Le Boterf, 2011) propose la description des « *critères de réalisation souhaitable de l'activité* » pour certaines situations rencontrées par les masseurs-kinésithérapeutes. Les situations types 2 et 3 sont respectivement le fait « *d'assurer des soins de masso-kinésithérapie dans le cas d'une pathologie non chronique* » et « *d'assurer des soins de masso-kinésithérapie dans le cas d'une pathologie chronique* ». Dans les critères de démarche de ces situations types, les auteurs soulignent l'utilisation du raisonnement clinique lors du bilan initial par le masseur-kinésithérapeute : « *en procédant à une anamnèse soutenue par un raisonnement hypothético-déductif recherchant les causes des déficiences des mouvements* ».

Par la suite, Gatto & Roquet (2012) dans le référentiel du masseur-kinésithérapeute et du masseur-kinésithérapeute ostéopathe, définissent ainsi la masso-kinésithérapie :

Une discipline de santé est une science clinique. Elle est centrée sur le mouvement et l'activité de la personne humaine à tous les âges de la vie, que ce soit dans un but thérapeutique ou pour favoriser le maintien ou l'amélioration de la santé physique, psychique et sociale, la gestion du handicap et le mieux-être des personnes. Les interventions de masso-kinésithérapie s'inscrivent dans les politiques de santé et participent aux actions de santé publique. Tenant compte de l'activité des autres professions de santé, la masso-kinésithérapie met au cœur de sa pratique le patient et vise à le rendre co-auteur dans la gestion de ses capacités fonctionnelles, de son autonomie et de santé.

L'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute définit ainsi les rôles du masseur-kinésithérapeute : *« le masseur-kinésithérapeute a plusieurs rôles : un expert en masso-kinésithérapie, un praticien, un formateur, un communicant, un éducateur, un gestionnaire, un responsable au regard de la déontologie. »*

Nous constatons donc l'évolution, au fil des ans, du masseur-kinésithérapeute technicien vers le masseur-kinésithérapeute *« expert »*, *« éducateur »*, ou encore ingénieur.

L'annexe II de ce même arrêté attribue aux masseurs-kinésithérapeutes onze compétences, la compétence étant définie par Tardif (2006) comme *« un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations »*, qui illustrent cette évolution :

- Compétence n°1 : analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique ;
- Compétence n°2 : concevoir et conduire un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie, adapté au patient et à sa situation ;
- Compétence n°3 : concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage ;
- Compétence n°4 : concevoir, mettre en œuvre et évaluer une séance de masso-kinésithérapie ;
- Compétence n°5 : établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie ;
- Compétence n°6 : concevoir et mettre en œuvre une prestation de conseil et d'expertise dans le champ de la masso-kinésithérapie ;
- Compétence n°7 : analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle ;

- Compétence n°8 : rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques ;
- Compétence n°9 : gérer ou organiser une structure individuelle ou collective en optimisant les ressources ;
- Compétence n°10 : organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs ;
- Compétence n°11 : informer et former les professionnels et les personnes en formation.

La définition de la masso-kinésithérapie a évolué depuis son apparition concrète au vu des textes de droit depuis 1946. Cette définition va encore évoluer. Le terme masseur-kinésithérapeute est même en discussion pour certains auteurs (Remondière, 2017). En effet, le terme masseur-kinésithérapeute est spécifique à la France. A l'international, notre profession correspond à l'activité professionnelle de « *physiotherapist* » en anglais souvent raccourci sous le terme « *PT* ». Physiothérapie et masso-kinésithérapie ont une histoire très largement commune y compris en France (Monet, 2010). C'est dans ce contexte que se situe ce travail avec une frontière de plus en plus floue entre masso-kinésithérapie et physiothérapie comme le souligne Remondière (1998, 2017). Certains auteurs proposent un changement de nom pour cette profession afin de tenir compte de sa mobilité identitaire et de son évolution (Roquet, Gatto et Vincent, 2015).

Par la suite, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2016 donne à la masso-kinésithérapie une nouvelle définition :

La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement : 1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne 2° Des déficiences ou altérations des capacités fonctionnelles. Le masseur-kinésithérapeute peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche. Le masseur-kinésithérapeute exerce en toute indépendance et pleine responsabilité conformément aux dispositions du code de déontologie mentionné à l'article L. 4321-21. Dans le cadre des pathologies héréditaires, congénitales, ou acquises, stabilisées ou évolutives impliquant une altération des capacités fonctionnelles, le masseur-kinésithérapeute met en œuvre les moyens manuels, instrumentaux et éducatifs, et participe à leur coordination. Dans l'exercice de son art, seul le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les savoirs disciplinaires et les savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie qu'il estime les plus adaptés à la situation et à la personne, dans le respect des dispositions du code de déontologie précité. La définition des actes professionnels de masso-kinésithérapie dont les actes médicaux prescrits par un médecin est précisée par un décret en Conseil d'Etat,

après avis de l'Académie nationale de médecine. Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sur prescription médicale et peut adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an, dans des conditions définies par décret. Il peut prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de sa profession. La liste de ces dispositifs médicaux est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Académie nationale de médecine. En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention. Le prochain chapitre présente l'histoire de la profession de masseur-kinésithérapeute en France.

1.2 La masso-kinésithérapie vers une émancipation et vers une discipline en masso-kinésithérapie

La profession s'est construite autour du massage et de la gymnastique, dans la Grèce et la Rome antique (Borsarello, 1971). Cette pratique était réalisée dans le cadre de la remise en forme et de la préparation des jeux du stade.

L'histoire de la masso-kinésithérapie en France est liée à celle de la médecine (Vaillant, 2002). Le terme de masseur apparaît dans le dictionnaire en 1779 après la création de la société royale de médecine en 1778 sous l'impulsion de l'Etat. Le début du XIX^{ème} siècle représente un tournant décisif dans le développement de la médecine sous l'impulsion de grands noms tels que Corvisart, Laennec ou Bichat avec le rapprochement entre médecin et chirurgien. Les thermes sont en plein essor. Apparaissent alors les prémisses de la rééducation avec la mécano-thérapie de Zander et l'introduction d'une gymnastique médicale auprès des jeunes filles choréiques en 1854.

En 1886, l'académie de médecine engage la campagne des hygiénistes, une campagne de prévention, d'éducation. Une campagne de gymnastique obligatoire à l'usage des écoles primaires est lancée. Basée sur des exercices militaires, cette gymnastique vise à prévenir le surmenage intellectuel et la sédentarité dans les écoles, et à améliorer les capacités physiques des jeunes français scolarisés. Des promenades au grand air et des exercices respiratoires sont utilisés pour essayer de lutter contre la tuberculose.

En 1899, la Société de Kinésithérapie est fondée. Elle prévient ses membres que le massage médical et plus généralement la masso-kinésithérapie ne pourront être exercés que par des personnes ayant obtenu le diplôme de docteur en médecine, seul le massage banal hygiénique

pouvant être pratiqué sans ordonnance. Comme le rappelle Monet (2003), à cette époque « *pour savoir bien masser, il faut être médecin, savoir son anatomie, la physiologie, la pathologie, avoir acquis par une longue expérience une finesse du tact* ».

La première guerre mondiale va accélérer l'histoire de la masso-kinésithérapie. Il y a une nécessité de déléguer les soins car le nombre de médecins est insuffisant pour faire face aux nombreux soldats blessés et mutilés. Il faudra soigner au plus vite pour que les soldats puissent récupérer rapidement. Les masseurs, gymnastes, infirmiers masseurs, masseurs aveugles, mécano thérapeutes répondent alors à la demande par délégation. La formation est courte, une quinzaine de jours. Elle est construite à la hâte sur le terrain. La mécano thérapie permet à cette époque de faire travailler plusieurs patients à la fois et faire face ainsi à la foule de blessés. C'est dans ce contexte particulier que l'on voit émerger une para-médicalisation des soins jusque-là réservés et contrôlés par les médecins (Vaillant, 2002). Dès 1889, les écoles de gymnastique et de massage se développent toujours sous l'impulsion du corps médical. Les premières écoles sont privées et délivrent jusqu'en 1922 des diplômes aux appellations diverses et de niveaux inégaux.

En 1922, afin de contrôler l'exercice du massage, le diplôme d'infirmier masseur est créé.

En 1942, le diplôme d'Etat de moniteur de gymnastique médicale apparaît sous la tutelle de l'éducation nationale. Sous le régime de Pétain, deux diplômes sont créés : moniteur de gymnastique médicale et masseur médical. Ces deux professions ont des statuts d'auxiliaires médicaux. Cependant, l'absence d'autonomie, de responsabilité et d'autorité est marquante. Aussi, les professionnels de ces deux professions s'organisent et proposent par l'intermédiaire de leurs syndicats de fusionner. L'apprentissage de la profession se fait selon le modèle du compagnonnage en utilisant principalement l'empirisme. Wirotius (1999) explique que :

C'est pendant cette période que vont se développer des pratiques rééducatives présentées comme des « méthodes » tirant leurs principales justifications de la notoriété et du charisme de leurs auteurs. C'est ainsi que l'on trouve la méthode de Troisier, celle de Bobath, de Kabat, de Delorme et Watkins, de Sohler, de Frenkel, de Klapp, Mézières... et bien d'autres techniques ou méthodes accolées à un nom propre.

Cette présentation dogmatique est basée sur la notoriété et le charisme des intervenants. Nous sommes bien éloignés de l'« *evidence based practice* » (EBP) recommandée en masso-kinésithérapie actuellement (Regnaud et al., 2009). Ce n'est qu'après la création de la sécurité sociale, en 1945, qui sont créés en 1946 le conseil supérieur de la kinésithérapie et un diplôme

d'état (DE) réunissant les deux aspects de la profession, le DEMK : « *Nul ne peut exercer la profession de masseur-kinésithérapeute, c'est à dire pratiquer le massage et la gymnastique médicale, s'il n'est pas français et muni du diplôme d'Etat de masso-kinésithérapie* » (Loi n°46-857 du 30 avril 1946 ation de l'exercice des professions de masseur gymnaste médical, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure, 1946).

Le conseil supérieur de la kinésithérapie est chargé de fixer le choix des sujets des examens, de définir les membres du jury et le contenu des programmes. Ce conseil était composé essentiellement de médecins. C'est certainement une des raisons pour lesquelles le nouveau texte inscrit la prescription médicale comme étant qualitative et quantitative, gardant le contrôle sur la profession. Les études en masso-kinésithérapie s'organisent et se structurent de façon importante. Avec une durée d'études de 3 mois en 1938, la durée des études passe à 2 ans puis à 3 ans en 1969, à 4 ans en 2015, et dernièrement en 2021 à 5 ans en conférant le grade de master (Décret n° 2021-1085 du 13 août 2021 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute conférant le grade de master, 2021).

En 1962, la première convention entre la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et les masseurs-kinésithérapeutes, avec la mise en place d'une nomenclature générale des actes professionnels, est signée. La profession de masseur-kinésithérapeute devient une profession conventionnée.

En 1967, le certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur est créé, ce qui permet un pas de plus vers l'émancipation. Ce certificat donne accès aux masseurs-kinésithérapeutes au poste de formateur dans les écoles, postes auparavant occupés par des médecins. En 1976, le diplôme de moniteur est créé. Il est ensuite remplacé par un diplôme cadre de santé commun à l'ensemble des auxiliaires médicaux. Les années 81-89 vont mobiliser les paramédicaux sur des domaines centrés sur la formation et les conditions d'admission dans les écoles ainsi que leurs agréments. La mise en place de quotas annuels au sein des IFMK est actée.

En 1985, le décret n°85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute paraît et complète significativement le champ de compétence.

En 1996, c'est la création du diagnostic masso-kinésithérapique conjointement à l'apparition du libre choix des actes et des techniques. Ce diagnostic classiquement nommé bilan diagnostic kinésithérapique (BDK) est le parent sémantique du raisonnement clinique du masseur-kinésithérapeute, objet d'intérêt de ce travail. Il établit une procédure intellectuelle lors du bilan en masso-kinésithérapie. Par ailleurs, le champ de compétence s'élargit à la prévention, au conseil et à la recherche.

En 2002 la suppression possible par le médecin de la notion quantitative et qualitative de la prescription médicale permet une autonomie supplémentaire. Il faut noter ici que bien qu'acquise par les textes, cette autonomie du traitement n'est pas toujours vérifiée sur le terrain (Bonnal et al., 2009).

L'année 2004 voit la création d'un ordre professionnel pour les masseurs-kinésithérapeutes ayant pour rôle principal le respect du code de déontologie des professionnels.

Vaillant (2002) montre le lien fort et la dépendance de notre profession à la médecine. Malgré l'autonomie apparente et le développement de la masso-kinésithérapie, celle-ci semblent être toujours sous la dépendance de la discipline médicale.

Il écrit :

Le développement des connaissances par la recherche est inaccessible à la profession, même en milieu hospitalier. Cet aspect est dévolu en France aux seuls médecins. De ce fait, le corpus de connaissances des kinésithérapeutes s'est constitué sur les "délaissés" de la médecine. [...] La profession a été placée dans un rôle subalterne, "interdite" de recherche, travaillant manuellement sur le corps dans une société valorisant la technologie et ne pouvant travailler que sur prescription médicale qualitative et quantitative. Le manque de connaissances propres et de champ propre reconnu ne crée pas une structure identitaire très forte. Les kinésithérapeutes expriment leur exercice en regard des disciplines médicales (la neurologie, la traumatologie, la rhumatologie font partie des sciences médicales), des pathologies ou des traitements chirurgicaux (amputés, blessés médullaires, fixateurs externes).

Vaillant (2002) place ici comme principal obstacle au développement de la profession de masseur-kinésithérapeute l'accès à la recherche en masso-kinésithérapie. Certains professionnels prennent la voie de la recherche en passant par des disciplines existantes en reprenant des cursus universitaires permettant le questionnement et la valorisation de la profession.

A l'image de Gatto (2005), les sciences de l'éducation ont permis de mettre en lumière certaines compétences acquises par l'expérience et non enseignées auprès des étudiants.

Pour Gatto et Ravestein (2003) :

La kinésithérapie utilise des savoirs issus de différentes disciplines (biologie, médecine, pharmacologie, physiologie, bio mécanique, psychologie, sciences de l'éducation, [...]). La kinésithérapie a constitué et didactisé son propre savoir [...] Le masseur-kinésithérapeute possède un savoir qu'il essaie de transmettre au patient pour répondre à un double objectif, soulager la douleur et favoriser l'autonomie de connaissance, de compréhension et d'action du sujet par rapport à ses troubles fonctionnels.

Le fait de didactiser son propre savoir pousse les chercheurs dont Lagniaux (2013) et Jeulin (2014) à prendre position sur la création d'une discipline en masso-kinésithérapie intégrée à l'université dont l'enseignement serait réalisé par des enseignants-chercheurs masseurs-kinésithérapeutes.

En effet, Lagniaux (2013) montre tout l'intérêt de la création d'une discipline en masso-kinésithérapie :

L'intérêt majeur serait de réaliser les enseignements en masso-kinésithérapie par des enseignants-chercheurs qui pensent, écrivent, discutent, agissent différemment des formateurs en formation initiale et en formation continue. Il est donc indispensable pour la sécurité du patient et pour la qualité des soins que la formation initiale et la formation continue en masso-kinésithérapie soient réalisées dans le cadre d'une discipline en masso-kinésithérapie sous la responsabilité d'enseignants-chercheurs en masso-kinésithérapie.

Jeulin (2014) en travaillant sur les compétences du masseur-kinésithérapeute renforce cette demande de création d'une discipline en masso-kinésithérapie en précisant les mécanismes de cette création nécessaire :

La création d'une discipline résulte de multiples mécanismes (sociaux, économiques, politiques). Ces mécanismes devront être orientés selon 4 axes :

- La profession : conceptualiser, théoriser et didactiser les savoirs, connaissances et pratiques de la profession.

- La discipline envisagée : travail du contexte de la discipline, publication d'articles de recherche en respectant les critères de l'université, existence de concepts dans la discipline.

- La société : utilité liée à une demande pour répondre à des questions sociétales.

- L'institution universitaire : reconnaissance du Conseil National des Universités, des ministères de tutelle, du monde médical et paramédical.

C'est dans cette lignée que se situe le travail présenté ici. En effet, à travers le thème du raisonnement clinique du masseur-kinésithérapeute, l'ambition de ce travail est de conceptualiser, théoriser, didactiser le concept de raisonnement clinique du masseur-kinésithérapeute dans certaines situations professionnelles.

Gatto et al. (2016) montrent l'intérêt d'une formation « à et par la recherche » comme le propose l'arrêté de septembre 2015, ils précisent qu'« il serait nécessaire de créer une discipline en kinésithérapie pour produire au sein de laboratoires de recherche des savoirs disciplinaires et des savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie ».

C'est donc sur la voie de l'autonomisation et de l'universitarisation que la profession de masseur-kinésithérapeute se trouve actuellement. Les disciplines universitaires sont fixées par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur. A l'heure actuelle, les disciplines universitaires du Conseil National des Universités (CNU) Santé sont au nombre de 26 pour 92 disciplines au total. Chaque discipline, encore nommée section, comprend deux collègues représentatifs avec d'une part les professeurs d'université et d'autre part des maîtres de conférences siégeant au CNU. Ce conseil est régi par le décret n°92-70 du 16 janvier 1992 consolidé le 14 mai 2017. Le CNU se prononce sur les mesures individuelles relatives à la qualification, au recrutement et à la carrière des professeurs des universités et des maîtres de conférences. Il s'agit pour la masso-kinésithérapie d'intégrer cette institution qu'est l'université à travers une discipline propre à la profession. Les revendications syndicales professionnelles

et étudiantes, dès 2017, lors des négociations conventionnelles avec la CPAM, portent sur l'acte à rémunération unique, la reconnaissance au grade Master, l'accès à la recherche et l'accès direct au patient entre autres, témoignant de la demande d'autonomisation de plus en plus pressante de la profession de masseur-kinésithérapeute ou de physiothérapeute vers une discipline universitaire (Roquet, Gatto et Vincent, 2015). C'est chose en partie faite par le décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019 modifiant le décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil National des Universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques, 2019. Ce décret porte la création de trois nouvelles sections au sein du CNU pour les disciplines de santé : la maïeutique, les sciences de la rééducation et réadaptation et les sciences infirmières. Le CNOMK, la fédération nationale des étudiants en kinésithérapie (FNEK) et le Syndicat national des instituts de formation en masso-kinésithérapie (SNIFMK) se félicitent de cette avancée majeure dans le processus d'intégration universitaire de la kinésithérapie par voie de communiqué de presse en 2019 en précisant que :

L'universitarisation de ces disciplines de santé permettra assurément de combler le retard accumulé par la France en termes de production scientifique dans des domaines porteurs d'innovation tels que la rééducation. La création de ces sections au sein du Conseil National des Universités favorisera également la recherche et facilitera la gestion de carrière et l'identification des enseignants-chercheurs aujourd'hui disséminés dans d'autres disciplines.

Il est à regretter que, pour le moment, il n'existe pas de laboratoires de recherche et de formation doctorale dans ces nouvelles disciplines et particulièrement en sciences de la rééducation et de la réadaptation. Il n'existe pas non plus de sous-section qui se nomme masso-kinésithérapie. Manifestement, il n'est pas possible en France de soutenir une thèse en masso-kinésithérapie. Cet état de fait empêche la production de savoirs scientifiques en masso-kinésithérapie et empêche que les enseignements soient réalisés majoritairement par des enseignants-chercheurs en masso-kinésithérapie.

Comme toute profession, le cadre législatif et réglementaire fixe les règles et conditions d'exercice du métier de masseur-kinésithérapeute qui n'est pas encore pleinement intégrée à la formation universitaire. Cette intégration universitaire reste une étape importante en vue de la production de savoirs propres à la profession de masseur-kinésithérapeute grâce à la possibilité d'intégrer des équipes de recherche à travers des laboratoires spécifiques à la profession.

Plus récemment, le décret n° 2021-1085 du 13 août 2021 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute confère le grade Master aux étudiants en masso-kinésithérapie pour les diplômés de 2021 et les suivants.

L'évolution de la profession de masseur-kinésithérapeute se poursuit dans le contexte législatif et réglementaire qui permet de fixer les règles de l'exercice professionnel des kinésithérapeutes.

1.3 Le cadre législatif et réglementaire de l'exercice de la masso-kinésithérapie.

Les abrogations et modifications par décrets ou arrêtés concernant l'exercice de la masso-kinésithérapie sont principalement liées à l'évolution des rapports conventionnels entre les professionnels et l'Union nationale des caisses d'assurances maladie (UNCAM). A ce jour, hors urgence et dans un cadre précis décrit par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, l'exercice de la masso-kinésithérapie dans un cadre thérapeutique demeure soumis à une prescription médicale. Les masseurs-kinésithérapeutes sont des auxiliaires médicaux dont l'activité est régie par le décret n° 2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le décret n° 96-879 du 8 octobre 1996. Cet exercice est conditionné par l'obtention du DEMK et l'inscription au tableau de l'Ordre du département d'exercice. Ils exercent leur activité sur prescription médicale lorsque les techniques utilisées sont à but thérapeutique.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé crée le principe de démocratie sanitaire : le patient devient co-auteur, co-évaluateur, co-décideur de sa santé (Gatto et al., 2007).

L'arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire, a instauré le droit de prescription pour les masseurs-kinésithérapeutes. Il a fixé la liste des dispositifs médicaux qu'ils sont autorisés à prescrire. Nous pouvons voir dans cet arrêté une volonté du législateur de favoriser un changement dans la posture en allant vers plus d'autonomie. Par exemple, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, parue au journal officiel du 27 janvier 2016 autorise la prescription de substituts nicotiques pour les masseurs-kinésithérapeutes.

Par ailleurs, la création de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes prend forme par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Son décret d'application n° 2006-270 est publié au Journal officiel le 9 mars 2006. L'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes a pour mission, entre autres, d'élaborer le code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes. Ce dernier se voit intégré au Code de la santé publique par le décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant sur le code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi « *Hôpital Patient Santé Territoire* » dans son article 1161-1 précise que :

L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. [...] Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret.

Cette loi réaffirme la fonction éducative des professionnels de santé. Ainsi les sciences de l'éducation rentrent de plain-pied dans le champ de la santé en participant à l'amélioration des résultats thérapeutiques via le changement des pratiques et l'évolution de la relation thérapeutique.

C'est dans cette évolution législative décrite en détails par Macron (2015) que s'inscrit la réforme des études en masso-kinésithérapie de 2015 avec une place importante des sciences humaines et sociales intégrée dans la définition de la profession en 2016 et dans le référentiel de formation qui sera présenté dans une prochaine partie.

1.4 L'accès direct pour les kinésithérapeutes

L'accès direct au kinésithérapeute est la possibilité pour un kinésithérapeute d'effectuer un acte de masso-kinésithérapie dans un contexte de soin à un patient sans que celui-ci ait obtenu une prescription médicale au préalable. L'accès direct est une des vingt situations professionnelles de l'exercice des masseurs-kinésithérapeutes décrite par Roquet et al. (2015).

Une évolution importante pour l'autonomie de la profession a lieu en janvier 2016. L'article L4321-1 du code de la santé publique modifié le 16 janvier 2016 ouvre l'accès en première intention ou accès direct au masseur-kinésithérapeute. Dans le cas de l'urgence, la prescription médicale n'est plus une obligation légale. En effet, il est écrit qu'« *en cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention.* ».

Il s'agit là d'une avancée significative de la profession. Cette modification est en cohérence avec l'expérience des professionnels retrouvée par Roquet et al. (2015). Par ailleurs, de nombreux exemples internationaux offrent aux physiothérapeutes cet accès en première intention ou accès direct.

Les résultats sont unanimes sur son efficacité (Middleton, 2017) :

- Une diminution du nombre de séances de traitement en kinésithérapie ;
- Une diminution du recours aux médicaments ;
- Une diminution du recours à l'imagerie ;
- Une diminution des consultations médicales ;
- Une augmentation de la satisfaction du patient.

L'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes semble permettre une amélioration du parcours de soin du patient.

Notons que l'article L4321-1 du code de la santé publique modifié le 16 janvier 2016 ne définit pas la notion d'urgence. Or, selon le dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, l'urgence peut être sociale ou géographique, fausse, ressentie, variable, extrême, vitale ou absolue. Dans tous les cas, cette urgence nécessite de la part du masseur-kinésithérapeute une capacité de triage ou de tri par raisonnement clinique. Il doit être en capacité d'effectuer un diagnostic d'exclusion, c'est-à-dire de ne pas soigner par la masso-kinésithérapie ou renvoyer vers un médecin le patient selon la situation clinique. Ce diagnostic d'exclusion doit donc faire partie intégrante de son raisonnement clinique face au patient.

A ce propos, le CNOMK discute de la notion d'urgence lors d'un séminaire aux journées françaises de la kinésithérapie (JFK) le 28 avril 2017 regroupant l'ensemble des représentants de la profession « *Accès direct en kinésithérapie : le cas de l'urgence* ». Par la suite, le CNOMK emboîte le pas de ce texte de loi en promouvant l'accès direct au masseur-kinésithérapeute dans le cadre de l'entorse de cheville en mai 2017 par un clip vidéo diffusé sur les réseaux sociaux. Les masseurs-kinésithérapeutes continuent leur mutation.

Comme déjà mentionné précédemment, notre travail s'inscrit dans la recherche de solutions pédagogiques efficaces pour l'enseignement du raisonnement clinique, essentiel à l'efficacité ultérieure de celui-ci en situation de soin, sur prescription ou en accès direct, favorisant la sécurité du patient, notamment par l'intermédiaire du diagnostic d'exclusion.

L'arrêté du 10 septembre 2020 modifiant les arrêtés du 6 mars 2020 autorisant les protocoles de coopération relatifs aux soins non programmés permet aux kinésithérapeutes dans un contexte précis et réduit la mise en place de l'accès direct dans la cadre de protocole de coopération pour les patients souffrant d'entorse de cheville et de lombalgie. Ces dispositifs nouvellement permis sont complexes à organiser mais s'inscrivent dans la continuité de l'évolution de la profession de kinésithérapeute. L'arrivée de ces dispositifs doit entraîner une transformation de la formation des masseurs-kinésithérapeutes pour répondre à ces nouvelles

responsabilités données depuis 2016. Une de ces responsabilités concerne l'accès direct dont l'expérimentation est incluse dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 (Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 (1), 2021).

La formation initiale a subi, elle aussi, des modifications importantes en 2015, qui vont être présentées ci-après afin de planter le décor pédagogique et institutionnel dans lequel s'inscrit ce travail de recherche.

1.5 Rôles et identités des masseurs-kinésithérapeutes

Le référentiel de compétences des masseurs-kinésithérapeutes produit a mis à jour les sept rôles professionnels (Gatto et Roquet, 2012). Ces rôles se retrouvent dans la nouvelle définition de la profession de 2015. Les rôles sont :

- Un expert ;
- Un praticien ;
- Un éducateur ;
- Un communicant ;
- Un formateur ;
- Un gestionnaire ;
- Un responsable au regard de la déontologie professionnelle.

Le rapport de recherche de Roquet, Gatto et Vincent (2015) faisant suite au référentiel de compétences pose la question suivante : « *Peut-on parler d'une nouvelle identité du masseur-kinésithérapeute : mobile, plus marquée par des engagements et des projets différenciés ?* ». Les auteurs expliquent que les « *masseurs-kinésithérapeutes ont été confrontés dans leurs pratiques à ces formes de dérégulation et ont développé des stratégies personnelles et professionnelles pour y faire face.* ».

Ce rapport vise à :

Continuer à rendre visible les pratiques invisibles, les pratiques et les rôles des masseurs-kinésithérapeutes non-inscrits dans les textes de droit et donc non reconnus et à identifier les constructions identitaires actuelles des masseurs-kinésithérapeutes dans la société. Cela pour les faire exister et reconnaître.

Ce rapport a permis d'identifier vingt situations types que rencontrent les masseurs-kinésithérapeutes dans l'exercice de leurs activités.

Ces situations sont :

- Les situations de dépistage ;
- Les situations de prévention ;
- Les situations de coordination ;
- Les situations de maintien de l'autonomie ;
- Les situations de soins aux artistes ;
- Les situations de troubles vestibulaires ;
- Les situations de lombalgies ;
- Les situations post-opératoires ;
- Les situations uro-gynécologiques ;
- Les situations de massages ;
- Les situations de rééducation des fonctions vitales ;
- Les situations de soin en milieu rural ;
- Les situations de soin en milieu urbain ;
- Les situations d'accès direct au travers du diagnostic kinésithérapique ;
- Les situations d'urgence respiratoire ;
- Les situations d'accessibilité aux soins ;
- Les situations de soins auprès des sportifs ;
- Les situations de continuité des soins ;
- Les situations de bilans ;
- Les situations d'évaluations.

Dans ces situations, les diagnostics d'exclusion et différentiel permettent des soins de qualité. A partir de ces vingt situations, les auteurs de ce rapport ont utilisé une méthode qualitative à l'aide d'entretiens semi-directifs auprès de quinze professionnels experts pour déterminer les rôles sociaux du masseur-kinésithérapeute. Les rôles sociaux repérés par cette recherche sont reconnus par les patients, les fédérations sportives, les sportifs, les artistes, certains masseurs-kinésithérapeutes, et certains médecins.

Ces rôles sociaux sont :

- *Le diagnostic kinésithérapique ;*
- *Le diagnostic kinésithérapique d'exclusion ;*
- *Le diagnostic différentiel ;*
- *Le diagnostic kinésithérapique d'orientation ;*
- *Les soins en accès direct ;*
- *La décision thérapeutique en autonomie avec le patient partenaire ;*
- *Les réponses aux besoins et aux demandes implicites et explicites du patient ;*
- *Les activités de relation, d'éducation et de communication concomitantes aux activités de rééducation ;*
- *L'inventivité, la créativité, la conceptualisation, la décision ;*
- *L'innovation conceptuelle et technique au cours des pratiques ;*
- *La prévention, l'éducation à la santé du patient et de son entourage ;*
- *Le soin de la naissance à la fin de vie ;*
- *Le conseil ;*
- *L'alternative à l'hospitalisation ;*
- *Le maintien à domicile ;*
- *Le soin du patient et de son entourage inscrit dans une approche globales soins en concordance avec la logique du système de santé actuel.*

Comme le précise le rapport :

Les nouveaux rôles professionnels et sociaux acquis par l'expérience et par adaptation pour répondre aux besoins des patients et de leur entourage viennent d'être reconnus par l'Etat et par les textes de droit au journal officiel le 05 septembre 2015.

Ces rôles sociaux sont constitutifs de l'identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute. Le rapport met en évidence la durabilité et la pérennité des rôles construits et l'existence d'une inscription historique de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes. Pour les auteurs du rapport :

L'association des 7 rôles professionnels et des rôles sociaux permet de saisir les constructions identitaires des masseurs-kinésithérapeutes dans leur mouvance et leur transformation, ce que l'on peut nommer l'identité mobile des masseurs-kinésithérapeutes. L'identité mobile indique la stabilité, la pérennité et l'utilité d'une profession dans la société. Cette identité mobile doit être reconnue par les masseurs-kinésithérapeutes et par la société. La naissance de cette nouvelle identité permet de différencier, de valoriser et de stabiliser définitivement la profession dans la société.

Cette « *identité mobile* » des masseurs-kinésithérapeutes correspond à trois logiques identitaires retrouvées dans cette enquête :

- « *La logique identitaire vocationnelle*
- *La logique identitaire évolutive*
- *La logique identitaire d'expertise* ».

A partir de cette recherche dont les résultats sont représentés ci-dessous, les auteurs formulent plusieurs recommandations :

Ces résultats sont à diffuser, pour être reconnus, appropriés et compris par : les masseurs-kinésithérapeutes, les étudiants en kinésithérapie, les médecins, les patients et les politiques.

De nombreuses pratiques exercées depuis longtemps par les kinésithérapeutes (diagnostic d'exclusion, diagnostic différentiel, diagnostic d'orientation, accès direct...) devraient être reconnues par les textes de droit.

La création d'une discipline en kinésithérapie sera utile à la société pour produire des savoirs et de techniques en kinésithérapie et pour former les étudiants et les formateurs en kinésithérapie.

La kinésithérapie devrait changer de nom pour officialiser une nouvelle reconnaissance.

Les perspectives de recherche seront de réaliser des travaux de recherche qualitatifs et quantitatifs sur le même objet auprès des patients et des étudiants en kinésithérapie.

La kinésithérapie pourrait ainsi être prête pour obtenir le statut de profession médicale (Roquet, Gatto et Vincent, 2015).

Les auteurs proposent une modélisation de leur résultats de recherche (Figure 1).

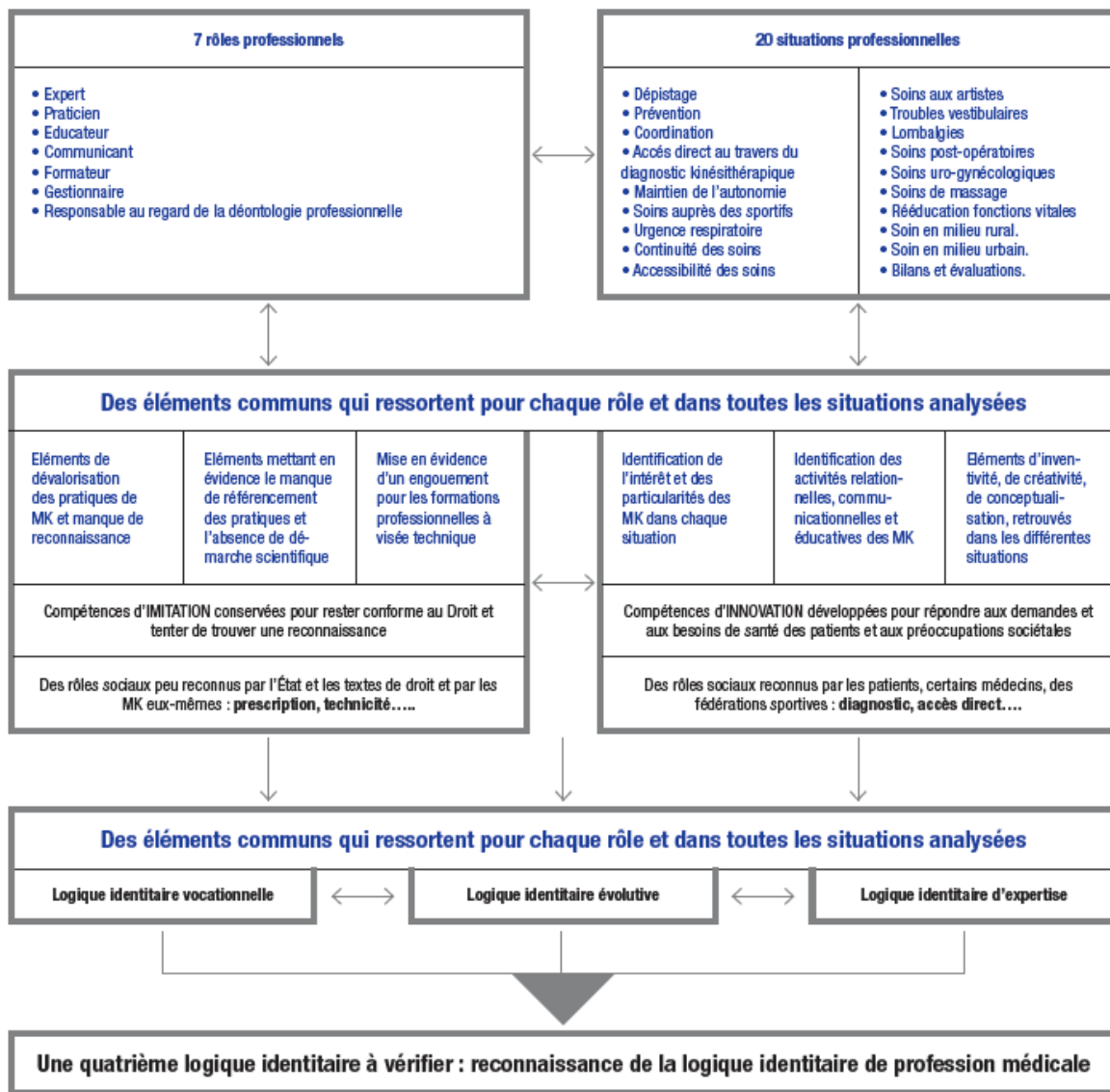


Figure 1 : synthèse du rapport (Roquet, Gatto et Vincent, 2015)

Notre intention dans le travail à suivre est d'évaluer les pratiques professionnelles des masseurs-kinésithérapeutes dans les situations professionnelles suivantes : « accès direct au travers du diagnostic kinésithérapique » et « bilans et évaluations ». Pour effectuer cette recherche, nous interrogerons l'utilisation des rôles sociaux particulièrement en lien avec ces situations. Il s'agit des rôles sociaux en lien avec la notion de diagnostic : diagnostic kinésithérapique, diagnostic kinésithérapique d'exclusion, diagnostic kinésithérapique différentiel, diagnostic kinésithérapique d'orientation et soins en accès direct.

La traduction didactique de ces rôles sociaux dans des situations professionnelles connues et retrouvées dans la pratique courante des professionnels doit permettre le renfort de la logique identitaire d'expertise du masseur-kinésithérapeute. Cette production de savoir pourrait permettre aux étudiants et aux formateurs en masso-kinésithérapie de tenir compte en formation

initiale de la grande mobilité de l'identité professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes en la transposant dans le curriculum de l'étudiant.

Les rôles sociaux sélectionnés pour notre travail sont liés aux notions de raisonnement, raisonnement clinique et de prise de décision qu'il convient de définir.

1.6 La formation en masso-kinésithérapie : la mutation de 2015

La formation en masso-kinésithérapie subit une mutation en 2015 en passant de trois à quatre années d'étude.

1.6.1 L'accès à la formation et l'organisation des études

L'arrêté du 16 juin 2015 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute expose les dispositions générales, transitoires et finales relatif l'admission dans ces instituts.

Les articles D.4321-14 à 25 du code de la santé publique définissent les modalités d'obtention du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute.

Les articles D.4381-89 et 4381-90 du code de la santé publique évoquent les dispositions relatives aux sportifs de haut niveau pour l'admission dans les instituts de formation en masso-kinésithérapie.

L'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute expose la formation et la certification correspondant aux modalités d'obtention du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute ainsi les modalités de validation des « *European Credits Transfer System* » ECTS au cours de la formation.

1.6.2 Le programme de formation en masso-kinésithérapie

Le programme de formation en masso-kinésithérapie est fixé par les annexes de l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute.

L'annexe I « *référentiels d'activités* » fixe :

- Les rôles et missions ;
- Les conditions d'exercice ;
- Le champ d'intervention et la population concernée ;
- Le contexte d'intervention ;
- Les activités.

Les activités sont détaillées. On y retrouve :

- La réalisation du bilan et de l'évaluation clinique ;
- L'élaboration du diagnostic en masso-kinésithérapie ;
- La conception d'un projet thérapeutique et d'une stratégie de prise en charge clinique ;
- La prise en charge individuelle ou collective en masso-kinésithérapie dans différents contextes ;
- La prévention et le dépistage, le conseil, l'éducation thérapeutique et la santé publique ;
- L'organisation et la coopération avec les différents acteurs contribuant à la prise en charge de la personne soignée ;
- La gestion de projet, des ressources et du management ;
- La veille professionnelle et les actions d'amélioration des pratiques professionnelles ;
- La recherche et les études en masso-kinésithérapie ;
- La formation et l'information des professionnels et des futurs professionnels.

L'annexe I place le raisonnement clinique au cœur des activités du masseur-kinésithérapeute
On peut en effet y lire :

La masso-kinésithérapie s'appuie sur une démarche d'évaluation posant un diagnostic portant sur trois niveaux et débouchant sur une vision fonctionnelle du patient dans son environnement [...]. Elles utilisent des méta-activités (car permanentes et indissociables de la décision et de l'action) qui sont : évaluation et éducation.

Les termes « *diagnostic* », « *décision* » puis « *action* » sont au cœur de ce qui est nommé le raisonnement clinique.

Toujours dans l'annexe I, dans la description des activités on peut également lire : « *1 - Réalisation du bilan et de l'évaluation clinique en masso-kinésithérapie, 2 - Elaboration du diagnostic en masso-kinésithérapie, 3- Conception d'un projet thérapeutique et d'une stratégie de prise en charge clinique* ».

L'activité n°2 est ensuite détaillée ainsi « *formulation permanente des hypothèses en cours de test dans une démarche hypothético-déductive* ».

Le raisonnement clinique en masso-kinésithérapie est l'élément permanent et central de l'activité thérapeutique du clinicien kinésithérapeute.

L'annexe II présente le référentiel de compétences qui détaille les onze compétences du masseur-kinésithérapeute.

L'annexe III est la maquette de formation des masseurs-kinésithérapeutes.

Elle comprend deux cycles :

- Cycle 1 : il comprend les unités d'enseignement (UE) 1 à 13 pour un total de 120 ECTS sur quatre semestres ;
- Cycle 2 : il comprend les UE 14 à 32 pour un total de 120 ECTS sur quatre semestres.

Dès la première année de formation, les bases théoriques nécessaires à la compréhension et l'assimilation ultérieure du raisonnement clinique sont posées avec l'UE6.

Cette UE a pour objectif de « *connaître la démarche du raisonnement clinique en masso-kinésithérapie et adapter sa relation professionnelle à la personne traitée, sa situation, son entourage en collaboration avec les autres professionnels intervenants* ».

Dans les éléments de contenu de cette UE, il est en effet indiqué : « *cadre d'analyse et de référence pour le raisonnement clinique, de l'intervention et de la relation en kinésithérapie, les différentes étapes du processus kinésithérapique, cadres théoriques et modèles de communication professionnelle en santé, en rééducation et en kinésithérapie* ».

Par ailleurs, chacun des cycles comprend une unité d'intégration (UI) portant sur l'étude des situations cliniques rencontrées en masso-kinésithérapie, UI 10 pour le cycle 1 « *démarche et pratique clinique : élaboration du raisonnement professionnel et analyse réflexive* » et UI 29 pour le cycle 2 « *analyse et amélioration de la pratique professionnelle* ». Le raisonnement clinique du masseur-kinésithérapeute fait partie intégrante de cette nouvelle formation à la recherche et par la recherche, central dans cette formation, apparaissant de manière transversale dans les deux cycles.

Ces deux cycles sont composés de 240 ECTS. Au total la formation est composée de 895 heures de cours magistraux, 1085 heures de travaux dirigés, 1470 heures de formation à la pratique intégrant les temps de stage et 3220 heures de temps personnel.

L'annexe IV reprend chaque UE sous forme de fiche de synthèse.

L'annexe IV bis reprend le contenu de la formation en détaillant les finalités de la formation, les principes pédagogiques, la durée de la formation, l'organisation de la formation théorique et pratique en rapprochant les compétences du masseur-kinésithérapeute des UE enseignées, l'organisation de la formation à la pratique masso-kinésithérapique en structure d'accueil et enfin les attributions des crédits.

L'annexe V est le portfolio intégrant la feuille d'évaluation de stage.

Le raisonnement clinique est donc nommément cité et placé au centre de cette nouvelle maquette de formation. Au sein de cette maquette, il est également nommé « *processus kinésithérapique* ». Voyons comment interpréter cette dénomination.

La norme ISO9001 définit ainsi la procédure et le processus. Un processus est un ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforment des éléments d'entrée en éléments de sortie. La procédure est une manière spécifiée d'effectuer une activité ou un processus. Le raisonnement clinique des masseurs-kinésithérapeutes serait donc l'ensemble des activités et interactions en masso-kinésithérapie permettant d'amener un patient à améliorer sa qualité de vie et son état de santé.

1.7 Une nouvelle formation tournée vers la recherche

Le référentiel de formation de 2015 propose à la profession de masseur-kinésithérapeute un changement de paradigme. En effet, en se basant sur les travaux d'Ardoino (2000) sur la posture, le masseur-kinésithérapeute avant 2015 se contentait de pouvoir adopter au regard des textes de droit la posture d'agent. Avec l'évolution de la profession, les masseurs-kinésithérapeutes ont développé des compétences d'innovation dans divers domaines et notamment les sciences humaines et sociales et prétendent, par la recherche, montrer leurs capacités d'innovation et de réflexivité. Cette réforme de 2015 propose à la masso-kinésithérapie une formation à et par la recherche multi référentielle qualitative et quantitative dans ce qu'elle a de plus caractéristique : le doute permanent, l'incertitude, la pensée dialogique, le non-dogmatisme, la pluriréférentialité. Cela inclut une « *formation à l'esprit scientifique* » (Bachelard, 1938), à la « *pensée complexe* » (Morin, 1990), à la « *logique de la découverte scientifique* » (Popper, 1934). Il s'agit avec cette réforme de profiter de l'offre qui est faite à la profession de former des praticiens cliniciens réflexifs adaptés aux besoins actuels de santé publique.

Comme l'écrivent Gatto, Vincent et Michel (2016),

Le nouveau programme de formation permettra aux kinésithérapeutes de construire les méta-compétences de réflexivité et d'innovation indispensables pour une approche globale du patient qui tient compte de sa singularité évolutive et de son environnement. En effet, ces compétences seront construites par une formation « à la recherche par la recherche » multi référentielle qualitative et quantitative.

Ils ajoutent :

La formation « à la recherche par la recherche » multi référentielle permet que tous les enseignements de savoirs et de techniques conduisent les professionnels en formation à développer des méta-compétences pour comprendre et s'approprier la complexité et le caractère dynamique des savoirs en jeu , leur dimension problématique, la nécessité de dépasser les évidences, les opinions, les croyances, les dogmes pour s'appuyer sur des données scientifiques afin de penser, de discourir et d'agir avec pertinence dans les situations de soins et d'éducation [...] La formation professionnelle exige que les responsables de formation déclarent clairement comment ils réalisent l'inventaire permanent des questions qui se posent à la profession et comment s'opère la construction continuée, scientifiquement fondée, des réponses que la formation apportera à ces questions.

Ce travail de recherche sur le raisonnement clinique des masseurs-kinésithérapeutes vise à répondre à l'exigence auprès des formateurs proposée par Gatto, Vincent et Michel (2016).

Concernant la maquette de formation en masso-kinésithérapie, nous proposons cinq modélisations de la maquette de formation en masso-kinésithérapie avec nos collègues de l'Université d'Orléans (Panchout et al., 2019). Nous aboutissons à la proposition d'une « *modélisation complexe* » (Figure 2). Cette modélisation donne une place centrale aux unités d'intégration (UI 10 et UI29) et aux stages, plaçant le raisonnement clinique comme axe central de cette nouvelle maquette. La qualité de la prise de décision est l'orientation prioritaire de la formation des étudiants en masso-kinésithérapie.

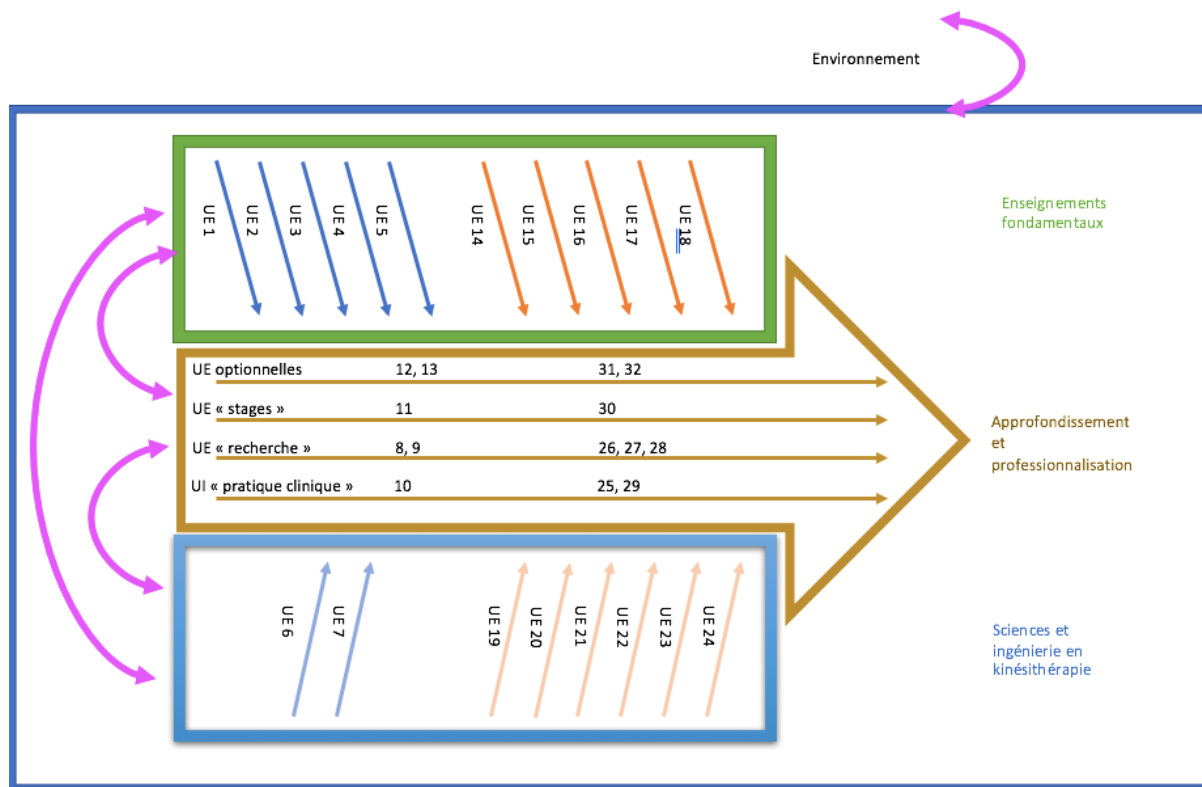


Figure 2 : modélisation complexe de la maquette de formation (Panchout et al., 2019)

Notre travail utilise les deux premières étapes puis les deux dernières étapes de la technique combinatoire décrite par Mucchielli (2009). Enfin nous proposons des orientations pour une nouvelle maquette de formation tenant compte de la logique évolutive de l'identité professionnelle des kinésithérapeutes. En 2020, le décret n° 2020-553 du 11 mai 2020 relatif à l'expérimentation des modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche permet la proposition et la mise en œuvre d'expérimentation de nouvelles maquettes de formation.

Nous présentons alors, aux JFK 2021, un poster présentant une nouvelle maquette de formation pour les masseurs-kinésithérapeutes de EUK-CVL de l'Université d'Orléans. La Figure 3 permet la visualisation de la connexion entre ces blocs de compétences et les compétences cibles du référentiel de compétences des kinésithérapeutes.

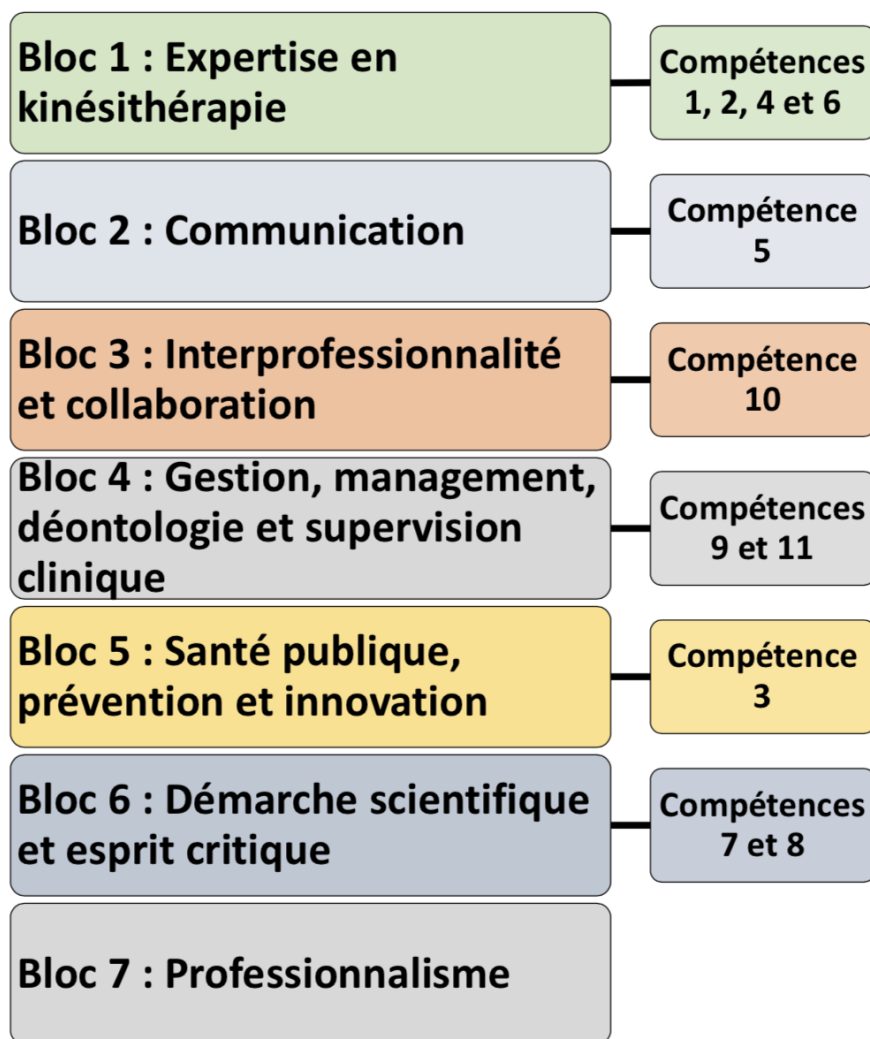


Figure 3 : blocs de compétences de la maquette expérimentale de l'EUKCVL (Panchout et al., 2021)

La Figure 4 fait apparaître les UE et éléments constitutifs (EC) des UE. Nous voyons que cette maquette expérimentale propose clairement au cycle Master dans le bloc 1, un EC « accès direct » en réponse à l'évolution réglementaire et législative. Cette proposition de maquette a été acceptée et est mise en œuvre dès la rentrée 2021 à l'Université d'Orléans. Cette maquette comprend sept blocs de compétences : expertise en masso-kinésithérapie ; communication ; interprofessionnalité et collaboration ; gestion, management, déontologie et supervision clinique ; santé publique, prévention et innovation ; démarche scientifique et esprit critique ; et professionnalisme.

LICENCE			L2		L3	
BLOC	Unité d'Enseignement	Elément Constitutif	S3 ECTS	S4 ECTS	S5 ECTS	S6 ECTS
1	Sciences du mouvement	Physiologie générale et processus pathologique	4	5	3	3
		Effets des interventions en kinésithérapie				
		Anatomie / cinésiologie / biomécanique				
		Perception, cognition, émotion, action				
	Expertise en kinésithérapie	Sémiologie médicale, pharmacologie et examen clinique	8	9	8	8
		Pronostic et élaboration du plan de traitement				
		Intervention en kinésithérapie				
Mise en situation (ECOS, simulation, stages)						
2	Communication	Sciences humaines et sociales (SHS 4 et 5)*	2	2	2	2
		Mise en situation (ECOS, simulation, stages)				
3	Interprofessionnalité et collaboration	Sciences sociales (SHS 2 et 3)*	2	2	2	2
		Psychologie des groupes, travail d'équipe et gestion de conflit				
4	Gestion, management, déontologie et supervision clinique	Mise en situation (ECOS, simulation, stages)				
		Gestion, ressources, données et déontologie (SHS 1)*	4	3	2	3
		Hygiène, soins primaires et pratique sécuritaire				
		Supervision clinique				
		Projet				
Mise en situation (ECOS, simulation, stages)						
5	Santé publique, prévention et innovation	Santé publique (SHS 2 et 3)*	3	2	2	1
		Actions en santé publique				
		Mise en situation (ECOS, simulation, stages)				
6	Démarche scientifique et esprit critique	Démarche scientifique	3	4	3	4
		Esprit critique				
		Anglais recherche				
		Mise en situation (mémoire, ECOS, simulation, stages)				
7	Professionnalisme	Société, intégrité et résilience	4	3	8	7
		Stages				
			30	30	30	30
* la nomenclature est celle des sciences de l'homme et de la société éditée en 2010 par le MESRI						
MASTER			M1		M2	
BLOC	Unité d'Enseignement	Elément Constitutif	S7 ECTS	S8 ECTS	S9 ECTS	S10 ECTS
1	Physiologie, sémiologie, expertise en kinésithérapie	Sémiologie médicale, pharmacologie et examen clinique	10	11	17	1
		Pronostic et élaboration du plan de traitement				
		Intervention en kinésithérapie				
		Vieillesse, oncologie, santé mentale, périnéologie et sexualité				
		Accès direct				
		Mise en situation (ECOS, simulation, stages)				
2	Communication	Sciences humaines et sociales (SHS 4 et 5)	2	2	2	1
		Mise en situation (ECOS, simulation, stages)				
3	Interprofessionnalité et collaboration	Collaboration	2	2	1	1
		Mise en situation (ECOS, simulation, stages)				
4	Gestion, management, déontologie et supervision clinique	Gestion, démarche qualité et déontologie (SHS 1)*	3	4	3	1
		Supervision clinique				
		Projet				
		Mise en situation (ECOS, simulation, stages)				
5	Santé publique, prévention et innovation	Approfondissements et innovation	3	2	2	1
		Intégration d'une démarche de santé publique				
		Mise en situation (ECOS, simulation, stages)				
6	Démarche scientifique et esprit critique	Démarche scientifique	3	3	5	6
		Esprit critique				
		Anglais recherche				
		Mise en situation (mémoire, ECOS, simulation, stages)				
7	Professionnalisme	Société, intégrité et résilience	7	6	0	19
		Stages				
			30	30	30	30

Figure 4 : maquette expérimentale de l'EUKCVL (Panchout et al., 2021)

C'est dans ce contexte mouvant que le raisonnement clinique devient un objet d'étude qui doit être valorisé et analysé afin de permettre son enseignement notamment en situation d'accès direct.

2 Raisonner : une macro-capacité

2.1 Le raisonnement de l'Antiquité aux neurosciences

Aristote traduit par Tricot (1992) en définissant le syllogisme, parle du raisonnement ainsi : « *Un discours tel que, certaines choses étant posées, quelque autre chose en résulte nécessairement par cela seul que les premières sont posées.* ». Il évoque deux grands principes régulateurs du raisonnement dans « *Les topiques* », la vérité du principe commande celle de la conséquence et la fausseté de la conséquence présuppose celle du principe. Autrement dit, l'hypothèse de départ induit la solution et si la solution au problème n'est pas la bonne il faut se poser la question de l'hypothèse de départ, Aristote traduit par Tricot (1992) l'écrit ainsi :

En considérant la thèse en discussion, chercher une proposition dont la vérité implique celle de cette thèse, ou qui soit nécessairement vraie si elle est vraie. Si l'on veut établir la thèse, on cherchera une proposition dont la vérité implique la sienne (car si l'on montre que cette proposition est vraie, on aura du même coup démontré la thèse) ; et si l'on veut la réfuter, on cherchera une proposition qui soit fausse si elle est fausse, c'est-à-dire, qui soit une conséquence logique de la première (car si nous montrons qu'un conséquent de la thèse n'est pas vrai, nous aurons du même coup réfuté la thèse).

A partir d'Aristote, Houdé (2014) revient sur le raisonnement au travers d'une vision historique. Il précise que le XIX^{ème} siècle est marqué par le raisonnement hypothético déductif d'observation de Bernard (1865). Au XX^{ème} siècle la psychologie expérimentale avec la connaissance de la fonction biologique du cerveau amène le raisonnement vers la connaissance du raisonnement lui-même. Piaget (1974) à partir de ses travaux sur l'enfant, expose un cerveau qui raisonne et expérimente. Ses travaux sont au départ des recherches actuelles du XXI^{ème} siècle avec les neurosciences cognitives.

Avec l'avènement de techniques d'imagerie cérébrale fonctionnelle, l'étude du raisonnement prend un tournant neuroscientifique. On cherche à comprendre le plus finement possible les zones cérébrales impliquées dans le raisonnement, la cinétique d'activation de ces zones et les différents facteurs d'influence anatomiquement visualisables à l'aide de ces techniques.

L'analyse qualitative issue des sciences humaines est complétée par une approche en « *sciences dures* ».

Cet intérêt est marqué par les investissements colossaux dans la recherche aux Etats-Unis par le projet « *SyNAPSE* » ou encore dans la recherche en France et en Europe par le projet « *Human Brain Project* ». Les neurosciences ont permis de mettre en évidence l'intérêt de positionner un apprenant dans un environnement enrichi en informations afin de développer ses connexions neuronales. En effet, le cerveau est influencé par l'expérience jusqu'à un âge très avancé (Kolb & Whishaw, 2008). Le raisonnement utilise un ensemble de sensations et s'améliore avec le temps en étant stimulé par l'expérience. Le cerveau interprète les sensations pour raisonner. Aberkane (2016) en parlant du massage, donne un exemple de cette « *interprétation du cerveau* » :

C'est au système nerveux que nous devons le délice d'un massage, précisément parce qu'il est organisé dans un système complet, où des parties distantes peuvent s'influencer les unes les autres. Le plaisir d'un massage des pieds, ou des mains, tient à l'écrasement de nos terminaisons nerveuses, et en particulier des nocicepteurs, et la sensation qu'il nous procure est un phénomène subjectif fascinant, parce qu'il témoigne de ce que notre système sensoriel présente plusieurs régimes de fonctionnement, portés sur le même système de codage : la voie de la douleur est aussi celle du plaisir, tout dépend de la pression exercée.

Dans le raisonnement, c'est le traitement par le cerveau de l'ensemble des sensations de notre environnement qui permet en fonction des expériences antérieures d'élaborer une hypothèse à la résolution d'un problème. Nos comportements motivés sont traités essentiellement dans l'hypothalamus, le système limbique et les lobes frontaux. Ces mêmes aires cérébrales sont aussi le siège de l'émotion (Belzung, 2022). Les considérations neurophysiologiques permettent de comprendre la complexité de notre comportement lors d'une situation avec un problème à résoudre, la complexité de la prise de décision, la complexité du raisonnement.

On comprend alors aisément qu'émotion, apprentissage et résolution de problèmes sont intimement liés.

De nos jours, comme le souligne Houdé (2014), le spécialiste du raisonnement et de la prise de décision est Kahneman (2012). Son travail concerne la compréhension du fonctionnement du raisonnement en économie. Il reçoit le prix Nobel d'économie en 2012. Nous allons utiliser son travail pour conceptualiser le raisonnement.

2.2 Système 1 et système 2, l'intuition et la logique

Une modélisation de la pensée ou du raisonnement est donnée ainsi par Kahneman (2012) : « *je décris la vie mentale grâce à la métaphore de deux agents, le Système 1 et le Système 2, chacun se chargeant respectivement de la pensée rapide et de la pensée lente.* ». Dans cette modélisation, il propose de lutter contre « *notre incapacité apparente à reconnaître l'étendue de notre ignorance et de l'incertitude du monde dans lequel nous vivons.* »

Il donne une définition de ces deux systèmes :

Le Système 1 fonctionne automatiquement et rapidement, avec peu ou pas d'effort et aucune sensation de contrôle délibéré. Le Système 2 accorde de l'attention aux activités mentales contraignantes qui le nécessitent, y compris des calculs complexes. Le fonctionnement du Système 2 est souvent associé à l'expérience subjective de l'action, du choix, et de la concentration (Kahneman, 2012).

Le système 1 est particulièrement sensible à l'émotion. Ces deux Systèmes sont en interactions l'un avec l'autre : « *les opérations automatiques du Système 1 engendrent des enchaînements d'idées étonnamment complexes, mais seul le Système 2, plus lent, peut élaborer des pensées en série ordonnée d'étapes.* » (Kahneman, 2012).

Tout se passe comme si le système raisonnement comprenait deux sous-systèmes en interaction. Par ailleurs, la résolution de problème ou la prise de décision complexe oblige le système 2 à « *se livrer à une gestion plus détaillée et adaptée* » de la situation. Le fonctionnement interactif du système 1 et du système 2 est ainsi résumé :

Les systèmes 1 et 2 sont tous les deux actifs dès que nous sommes éveillés. Le Système 1 fonctionne automatiquement et le Système 2 est normalement installé dans un confortable mode mineur, qui n'implique qu'une fraction de ses capacités. Le Système 1 émet constamment des suggestions pour le Système 2 : des impressions, des intuitions, des intentions et des sentiments. Si elles sont approuvées par le Système 2, les impressions et les intuitions se transforment en convictions, et les impulsions en actions délibérées (Kahneman, 2012).

En conclusion, le Système 2 est :

Un second rôle persuadé d'être le héros [...] les pensées et les actes que le Système 2 croit avoir choisis sont souvent guidés par le personnage central de l'histoire, le Système 1. Toutefois, certaines tâches vitales ne peuvent être accomplies que par le Système 2, parce qu'elles requièrent un effort et un contrôle de soi qui dépassent les intuitions et les impulsions du Système 1 (Kahneman, 2012).

Le système 1 et le système 2 sont comparables à l'histoire de Cyrano de Bergerac. Cyrano, laid et intelligent, et son ami Christian, bellâtre peu instruit, sont amoureux de Roxane. Christian arrive à séduire Roxane grâce aux poèmes écrits par Cyrano : le personnage principal de l'histoire n'est pas celui que l'on croit.

Cependant, comme nous allons le voir ci-après, les descriptions analytiques qui ont été faites du raisonnement éludent le plus souvent le système 1 pour ne se concentrer que sur le système 2, qui, pourtant, « *n'est pas le personnage central de l'histoire* ».

2.3 Le raisonnement analytique : le système 2

Une division traditionnelle répartit les raisonnements en deux groupes complémentaires, opposés par le sens de leur démarche : la déduction et l'induction.

Le syllogisme d'Aristote peut être assimilé à la déduction comme l'atteste la définition qu'il en donne. Quant à l'induction, elle est considérée comme une inversion de la méthode suivie par le syllogisme ou la déduction.

Par la suite, ces deux termes ont élargi leurs champs d'utilisation. Pour Bacon (2006) l'induction est la méthode par excellence des sciences expérimentales. Cependant, certains auteurs rejettent l'induction hors de la théorie du raisonnement en estimant que cette démarche n'est pas rigoureuse. Whewell (1938) écrit par exemple "*l'induction n'est pas un raisonnement, mais une autre manière, différente du raisonnement de parvenir à la vérité*". Selon le sémioticien et philosophe américain Peirce (Morandi, 2004) fondateur du courant pragmatiste en sémiologie, l'abduction est une troisième forme de raisonnement, qui complète la déduction et de l'induction. Selon lui, l'abduction est le seul mode de raisonnement par lequel on peut aboutir à des connaissances. Eco cité par Caisson (1995) nomme l'abduction ainsi : « *la méthode du détective* ». L'abduction propose de choisir la ou les hypothèses les plus plausibles pour expliquer un fait observé.

Tout laisse à envisager le raisonnement selon deux modes de fonctionnement distinct, complémentaire et en interaction. D'un côté le raisonnement analytique lié aux termes réflexif ou explicite correspondant à un traitement volontaire et actif des informations.

Il correspond au système 2. Et, de l'autre, le raisonnement non analytique lié aux termes intuitif, heuristique, involontaire, automatique, rapide correspondant au système 1.

2.4 Matrice théorique du raisonnement

Le Tableau 1 permet de visualiser les mots clés des raisonnements analytique et non analytique.

Tableau 1 : matrice théorique du raisonnement

<p>Raisonnement non analytique</p> <p>↔</p> <p>Système 1</p>	<p>Intuitif</p> <p>Heuristique</p> <p>Analogique</p> <p>Automatique</p> <p>Métaphorique</p>
<p>Raisonnement analytique</p> <p>↔</p> <p>Système 2</p>	<p>Logique</p> <p>Actif</p> <p>Calculé</p> <p>Rationnel</p> <p>Procédural</p> <p>Lent</p> <p>Couteux</p>

2.5 Vers le raisonnement clinique

Pour Pottier et Planchon (2011), les activités mentales au cours du raisonnement clinique médical diagnostique sont incluses dans trois types de raisonnement issus du système 2 :

Le raisonnement inductif chemine de la plainte du patient vers la solution au problème [...] au cours de ce processus inductif, du sens est progressivement donné aux faits observés sans qu'aucune hypothèse ne soit posée à priori [...]. Le raisonnement abductif consiste à rechercher parmi l'ensemble des théories explicatives celles qui conviennent le mieux à un phénomène observé [...] il correspond à la phase de recherche et de génération des hypothèses [...]. Le raisonnement déductif chemine en sens inverse des précédents, des hypothèses vers la solution en ne faisant intervenir que secondairement des données cliniques complémentaires [...] la probabilité des hypothèses est estimée en recherchant des critères cliniques d'acceptabilité ou de réfutabilité.

Ici, l'induction permet la construction du problème. Dans le cas où ce problème n'a pas de solution évidente, l'abduction autorise la génération d'hypothèses pendant que la déduction va valider ou invalider ces hypothèses créées par l'abduction. L'induction, l'abduction et la déduction sont trois activités mentales simplifiant la compréhension du raisonnement clinique mais oubliant l'influence et le rôle du système 1, de l'intuitif. Nous voyons encore ici les influences d'Aristote (1992), de Peirce (Morandi, 2004), Bacon (2006) sur des définitions modernes du raisonnement faisant la part belle au système 2, à la logique, en négligeant le fameux système 1 ; le raisonnement clinique non analytique.

Les démarches ou postures d'induction, de déduction ou de d'abduction font partie du raisonnement. Limiter le raisonnement à ces procédures est une erreur à ne pas commettre au vu de l'importance de l'usage du système 1 dans la réflexion humaine. Les procédures ou méthodes ne suffisent pas à comprendre le raisonnement. Les processus cognitifs méritent de participer à la définition du raisonnement.

3 La macro-capacité à raisonner en situation de soins : le raisonnement clinique

A l'image d'une simple addition l'ajout d'un terme à un autre en change le résultat et donc la définition. L'association du terme clinique au raisonnement apporte une signification particulière à cette expression. Le raisonnement clinique a stimulé de nombreuses recherches en

grande partie en raison du développement des sciences médicales et de la recherche médicale dans un premier temps.

3.1 Les concepts connexes

Côté et Tribble (2012), deux canadiennes s'intéressant aux sciences cliniques en rapport avec la profession d'infirmière, ont cherché à définir le raisonnement clinique. Dans un premier temps, elles ont identifié et défini les concepts connexes ou associés au concept de raisonnement clinique :

- Le raisonnement diagnostique en citant Jones, Jensen et Edwards (2000) : « *Raisonnement dont le but est de révéler les troubles, les maladies, les handicaps du patient donc d'arriver à un diagnostic* » ;
- La prise de décision en citant Mcallister et Rose (2000) : « *Génération d'une décision, résultat du raisonnement clinique tangible.* » ; et Matteson et Hawkins (1990) : « *Choisir entre des options, agir.* » ;
- La résolution de problème en citant Le Dictionnaire (2011) : « *Action de résoudre, de trouver une solution à un problème* » ;
- L'heuristique en citant Simmons (2010) : « *Stratégies informelles de la pensée servant de guide à l'investigation d'un problème* » ;
- Le jugement clinique en citant Psiuk (2010) : « *Conclusion clinique provenant de la collecte des données issues des observations du patient grâce à l'utilisation des opérations mentales hypothético-déductives, dans le respect de l'autonomie professionnelle* » ;
- Le jugement clinique en citant Benner, Tanner et Chesla (1992) : « *Habilités à reconnaître certaines récurrences, à concentrer les données recueillies, à évaluer selon les priorités.* », Benner (1984) : « *Façon dont les infirmières comprennent les problèmes impliquant les patients* », et Tanner (2006) : « *Activité de résolution de problème qui commence par l'évaluation et le diagnostic infirmier, suivis de la planification et de l'intervention infirmière dirigée vers la résolution de problème diagnostiqué.* » ;
- La pensée critique en citant Da Silva et al. (2010) : « *Processus, orientation de la pensée incorporant le domaine de la cognition et le domaine affectif, impliquant des habiletés et des attitudes nécessaires pour le développement du raisonnement clinique.* » ; et, Fonteyn et Ritter (2000) : « *Utilisation du jugement professionnel pour évaluer les connaissances en lien avec le raisonnement clinique.* ».

Ces termes sont des concepts associés au raisonnement clinique et participent à la compréhension de ce qu'est le raisonnement clinique que nous allons tenter de définir.

3.2 Étymologie du raisonnement clinique

Le raisonnement vient du verbe raisonner dérivé du mot raison. Historiquement, le terme « *raisnier* », forme ancienne du verbe raisonner, avait surtout la signification de parler. La signification a évolué vers la définition actuelle : faire usage de la raison. Etymologiquement le terme raison vient du latin *rationem*, accusatif de *ratus* signifiant compté, déterminé. Le cas grammatical marque l'aboutissement de l'action. Quant au terme clinique, il provient du latin *clinice* signifiant « *médecine exercée près du lit du malade* » lorsqu'il est utilisé en nom commun. Lorsque son utilisation est sous la forme d'un adjectif, il provient du latin *clanicus* signifiant « *alilé* » relatif au lit du malade. En combinant ces définitions, le raisonnement clinique peut donc être défini comme le compte-rendu, l'explication des indices médicaux recueillis au lit du malade.

3.3 Définitions du raisonnement clinique

Dumas (1807), dans son éloge à Henri Fouquet à Montpellier, définit le raisonnement clinique comme consistant à

Démêler le principe et la cause d'une maladie à travers la confusion et l'obscurité des symptômes ; connaître sa nature, ses formes, ses complications ; distinguer au premier coup d'œil tous ses caractères et toutes ses différences ; séparer d'elle au moyen d'une analyse prompte et délicate tout ce qui lui est étranger ; prévoir les évènements avantageux et nuisibles qui doivent survenir pendant le cours de sa durée ; gouverner les moments favorables que la nature suscite pour en opérer la solution ; estimer les forces de la vie et l'activité des organes ; augmenter ou diminuer au besoin de leur énergie ; déterminer avec précision quand il faut agir et quand il convient d'attendre ; se décider avec assurance entre plusieurs méthodes de traitement qui offrent toutes des avantages et des inconvénients ; choisir celle dont l'application semble permettre plus de célérité, plus d'agrément, plus de certitude dans le succès ; profiter de l'expérience ; saisir les occasions ; combiner toutes les chances , calculer tous les hasards ; se rendre maître des malades et de leurs affections ; soulager leur peines ; calmer leurs inquiétudes ; deviner, supporter leurs caprices ; ménager leur caractère et commander à leur volonté, non comme un tyran cruel qui règne sur des esclaves, mais comme un père tendre qui veille sur la destinée de ces enfants.

Historiquement, Trousseau (1865), exposa son raisonnement médical à la suite de quinze années d'expérience professionnelle. Il distingue un raisonnement par analogie « *purement théorique* » du raisonnement par analogie « *pratique* ». Nous voyons ici apparaître le terme analogie associé au raisonnement.

Le raisonnement clinique utilise les métaphores et les analogies. Etymologiquement le terme métaphore signifie transport et vient du grec *metaphora*. Pour Aristote « *la métaphore est le transport à une chose d'un nom qui en désigne une autre* » (Thionville, 1855). « *Elle permet de faire comprendre* », *par analogie, sans avoir à décrire ni expliquer* » (Jouquan, 2013). Les processus analogiques et métaphoriques seraient au centre de la cognition et de la pensée (Hofstadter & Sander, 2013).

Penser, raisonner seraient donc un ensemble d'analogies et de métaphores se mélangeant, se comparant, s'opposant, se liant permettant un accès plus profond aux évènements observables. Le raisonnement clinique peut être considéré comme un ensemble de processus mêlant

métaphores et analogies à la fois simple et complexe (Higgs et al., 2008). Il est notable dans cette définition que le raisonnement clinique non analytique (système 1) est peu présent. Le raisonnement clinique analytique (système 2) est principalement mis en jeu comme le montre l'expression « *calculer tous les hasards* ».

Côté et Tribble (2012) poursuivent leur enquête en proposant les définitions du raisonnement clinique par ordre chronologique de publication à partir des écrits de différents auteurs :

- Fonteyn (1991) :

« *Processus cognitif que les infirmières utilisent lorsqu'elles analysent les données provenant du patient pour planifier les soins de manière à en obtenir de bons résultats* »

- Gordon et al. (1994) :

« *Forme de jugement clinique dont les étapes sont : rencontrer le patient, collecter les données, formuler une hypothèse de diagnostic, rechercher plus d'informations pour confirmer ou infirmer l'hypothèse, arriver à un diagnostic et déterminer les actions* »

- Higgs et Jones (1995) :

« *Processus cognitifs et stratégies que les infirmières utilisent pour comprendre la signification des données provenant du patient. Identifier et diagnostiquer les problèmes pour prendre des décisions cliniques qui assistent la résolution de problème et arriver à de bons résultats pour le patient* »

- Ritter (1998) :

« *Processus impliquant l'inclusion d'évidences qui optimisent les résultats des patients* »

- Higgs et Jones (2000) :

« *Processus de réflexion visant la recherche d'informations de manière à obtenir une compréhension contextuelle et profonde d'un problème clinique et une bonne base pour une intervention clinique* »

« *Processus dans lequel le clinicien, en interagissant avec les autres, structure le sens, les buts et les stratégies basées sur les données cliniques, le jugement et les connaissances* »

« *Etapes du processus de raisonnement clinique : génération d'hypothèses, recherche d'informations, analyse de données, diagnostic* »

- Charlin et al. (2003) :

« *Activité intellectuelle où l'information collectée est assimilée aux connaissances professionnelles et aux expériences antérieures pour en arriver à la décision la plus efficace* »

- Tanner (2006) :

« Processus par lequel les infirmières et les autres cliniciens font leurs jugements, génèrent et pèsent les alternatives et choisissent la plus appropriée »

- Hoffman (2007) :

« Processus logique par lequel l'infirmière collecte les données, traite l'information, arrive à une compréhension du problème ou de la situation du patient, planifie, intervient, évalue les résultats »

- Psiuk (2010) :

« Processus intellectuel hypothético-déductif qui utilise les données provenant de l'observation du patient pour arriver à la décision de soins »

- Simmons (2010) :

« Processus cognitif complexe qui utilise les stratégies formelles et informelles de la pensée pour assembler et analyser les informations provenant du patient, évaluer la signification de ces informations et générer et peser les alternatives ».

A ce travail de Côté et Tribble (2012) nous pouvons rajouter deux définitions supplémentaires :

- Psiuk (2012) :

« Une démarche systématique qui intègre et met en lien, à partir d'un examen physique et d'une écoute active, les signes et les symptômes recueillis, permet l'élaboration d'hypothèses de problèmes de santé réels ou potentiels et d'hypothèses de réactions humaines physiques et comportementales réelles ou potentielles, cette démarche se termine par la validation de l'hypothèse la plus probable ».

- Nendaz, Charlin, Leblanc, & Bordage (2005):

« un processus de pensée et de prise de décision qui permettent au clinicien de choisir les actions appropriées dans un contexte spécifique de résolution de problème en santé ».

La lecture de l'ensemble de ces définitions permet de mettre en exergue leurs points communs. L'ensemble des auteurs s'accordent sur la définition du raisonnement clinique comme un processus cognitif nécessitant une collecte de données auprès du patient, et une analyse de ces données, permettant d'aboutir à une prise de décision du clinicien. D'autres notions sont retrouvées plus particulièrement chez certains auteurs : le concept de diagnostic (Gordon et al., 1994 ; Higgs et Jones, 1995) et la méthode de raisonnement hypothético-déductive (Gordon et al., 1994 ; Higgs et Jones, 1995 ; Psiuk 2010 ; Psiuk 2012).

A propos du raisonnement clinique en masso-kinésithérapie, Gatto et al. (2011) écrivent « *en fait les composantes de l'activité du kinésithérapeute [...] forment un système complexe et spécifique à part entière au sens de Morin (1984)* ». En effet, le raisonnement clinique est un ensemble d'interactions avec d'autres individus et nécessite « *un ensemble d'habilités cognitives, métacognitives, émotionnelles, réflexives et relationnelles* » (Audetat et al., 2011). Ces auteurs en intégrant la complexité de Morin, la métacognition, les réflexes et le relationnel montrent la part non négligeable du système 1 dans le raisonnement clinique. En effet, comme le souligne Kahneman (2012) « *la décision du responsable serait aujourd'hui décrite comme un exemple de l'heuristique de l'affect* ». La prise de décision sous entendue dans le raisonnement clinique du masseur-kinésithérapeute serait, elle aussi, un exemple de la place du jugement, de l'intuition et donc de l'émotion dans ce processus.

Pour conclure, nous pouvons citer Faucher et al. (2016) :

Dans son expression la plus simple, le raisonnement clinique désigne l'ensemble des processus de résolution de problèmes cliniques. Son résultat conduit à une action, qu'il s'agisse d'émettre un diagnostic – ou, plus globalement, de reconnaître ce qui se passe dans une situation donnée-, d'investiguer davantage, de proposer une intervention ou de prescrire ou mettre en évidence un traitement.

3.4 Les étapes du raisonnement clinique

Ces définitions du raisonnement clinique permettent de fixer un cadre conceptuel pour l'étude du raisonnement clinique. Les étapes du raisonnement clinique sont importantes à connaître pour comprendre le raisonnement clinique dans le cadre d'une démarche scientifique car « *il ne suffit pas qu'un problème ait une solution certaine pour qu'on puisse l'étiqueter énigme. Il doit aussi obéir à des règles limitant d'une part la nature des solutions acceptables, et d'autre part les étapes permettant d'y parvenir* » (Kuhn, 2008).

Les étapes du raisonnement clinique du masseur-kinésithérapeute doivent donc être définies afin d'analyser les processus mis en jeu dans celui-ci, et ainsi permettre son amélioration continue par l'analyse des difficultés d'apprentissage, des causes d'erreurs et de dysfonctionnements.

Voyons les différentes étapes décrites au cours d'une entrevue ou consultation retrouvée dans la littérature :

- Les 6 étapes de Byrne et Long (1976)

1ère étape : le médecin établit la relation avec le patient

2ème étape : le médecin prend connaissance des raisons de la venue du patient

3ème étape : étape de l'examen clinique

4ème étape : le médecin ou (et) le patient prenne(nt) conscience de la situation clinique

5ème étape : il s'agit de l'explication du traitement à suivre

6ème étape : le médecin met fin à la consultation

- Les 5 étapes de Neighbour (1987)

1ère étape : le médecin établit la relation avec le patient

2ème étape : le médecin résume les raisons de la venue du patient

3ème étape : le médecin et le patient négocient le traitement à suivre

4ème étape : le médecin imagine ce qu'il aurait à faire en fonction des différents indicateurs

5ème étape : Préparer la prochaine consultation

- Les 5 étapes de la grille de Calgary Cambridge (Kurtz & Silverman, 1996)

1ère étape : préparer l'entrevue

2ème étape : collecter les informations sur le patient

3ème étape : l'examen clinique

4ème étape : explication et planification du traitement

5ème étape : clôturer l'entrevue

- Les 6 étapes de Makoul (2001) : « *the SEGUE framework* »

1ère étape : préparer l'entrevue

2ème étape : obtenir des informations

3ème étape : donner des informations

4ème étape : comprendre le point de vue du patient

5ème étape : terminer la rencontre

6ème étape : nouvelle planification de traitement

- Les 4 étapes de la section 1 de « the Maastricht Mass Global » (Van Thiel & Van Dalen, 1995)

Cet instrument comprend 3 parties. La partie 1 reprend les phases d'une consultation de façon indépendante. Voici ces étapes :

1ère étape : il s'agit de l'introduction de la consultation

2ème étape : il s'agit du suivi de l'histoire du patient

3ème étape : la demande du patient

4ème étape : l'examen physique

5ème étape : le management du patient

6ème étape : l'évaluation de la consultation

- Les 6 étapes de Frankel et Stein (1999) :

1ère étape : ouvrir la consultation

2ème étape : collecter les informations

3ème étape : comprendre les objectifs du patient

4ème étape : partager l'information avec le patient

5ème étape : planification du traitement

6ème étape : clôturer la consultation

- Les 9 étapes « *P-R-A-C-T-I-C-A-L* » de Larsen et al. (1995) cité par Fournier et Kernazet (2007)

1ère étape : « *Prior* » pour prioriser.

2ème étape : « *Relationship* » pour établir la relation.

3ème étape : « *Anxieties* » pour la prise de connaissance des angoisses.

4ème étape : « *Common language* » pour l'utilisation dans langage compréhensible par les deux parties.

5ème étape : « *Translating* » pour la traduction des informations.

6ème étape : « *Interaction* » pour les interactions.

7ème étape : « *Converting insight into action* » pour la conversion de la compréhension en action.

8ème étape : « *Agreement check* » pour l'accord.

9ème étape : « *Let's try it* » pour la mise en œuvre de la solution choisie.

- Les 8 étapes du processus de raisonnement clinique de l'université de Montréal (Charlin et al., 2012)

Le modèle de l'université de Montréal repose sur l'analyse et l'observation du raisonnement clinique de professions diverses : dentiste, infirmière, médecin, pharmacien et vétérinaire. Ce modèle est présenté sous forme de carte conceptuelle à partir de l'observation du raisonnement clinique par les chercheurs de l'université de Montréal (Figure 5)

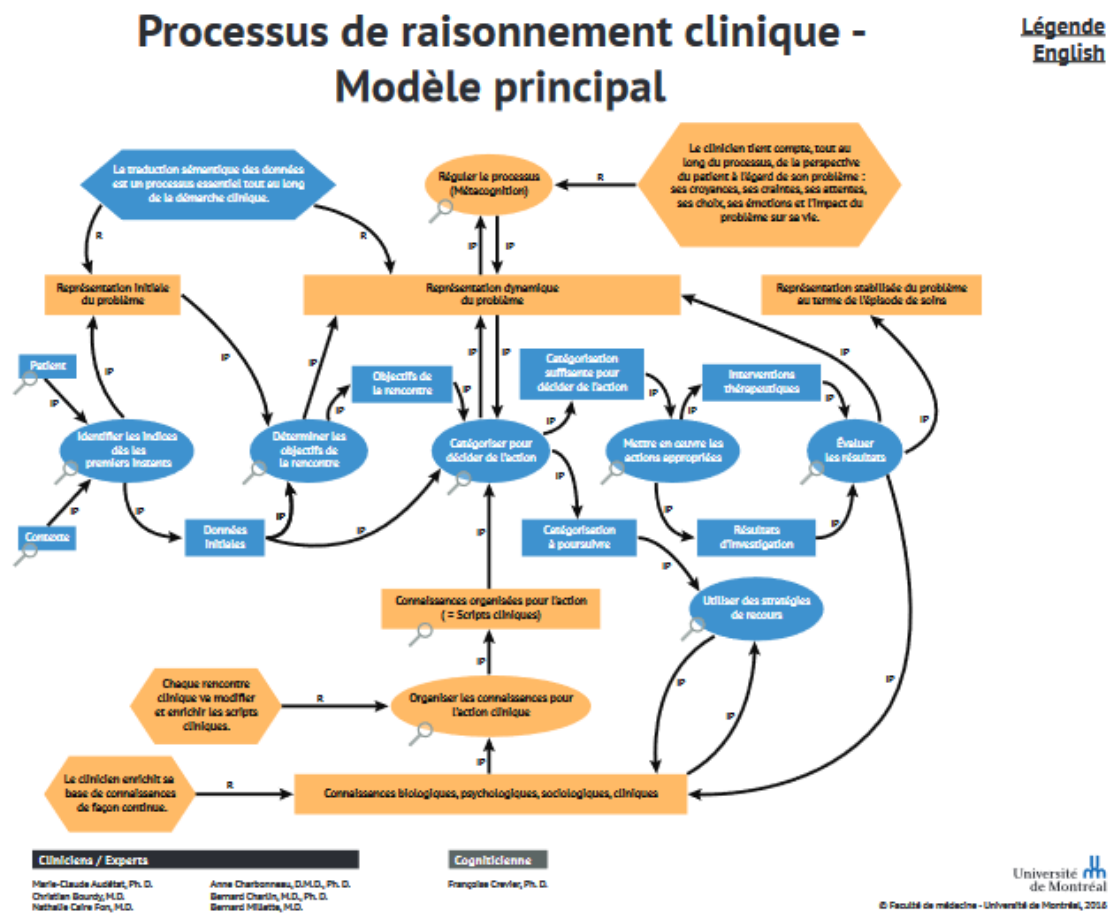


Figure 5 : processus de raisonnement clinique de l'université de Montréal (Charlin et al., 2012)

Ils proposent huit étapes schématisées pour le raisonnement clinique des praticiens (Figure 6).

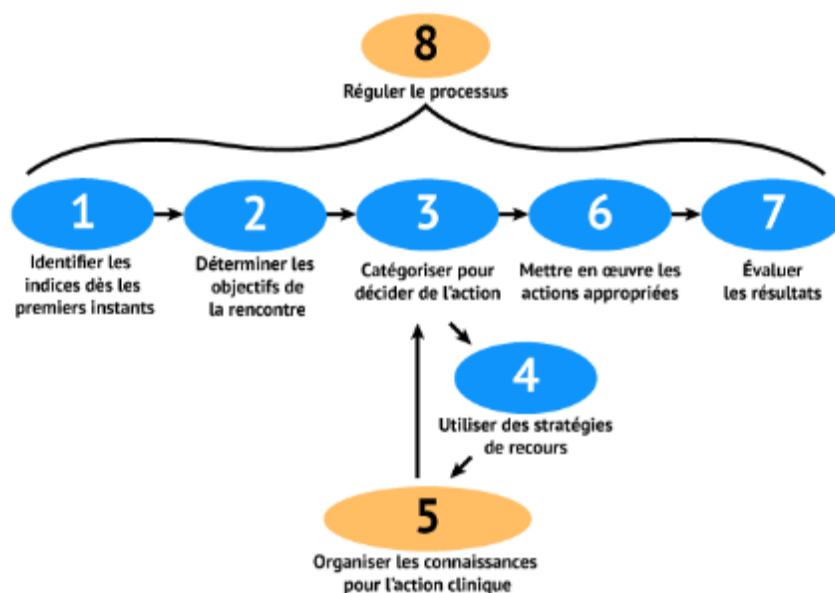


Figure 6 : les étapes du processus de raisonnement clinique de l'université de Montréal (Charlin et al., 2012)

Ces huit étapes obtenues suite à l'étude de divers professionnels, permettent de mettre en relief les temps d'une consultation. Ces étapes correspondent pour les auteurs à des temps consécutifs lors de la prise de décision. Elles ne correspondent pas forcément à un enchaînement unique lors d'une consultation, elles ne correspondent pas à une procédure. Elles permettent la compréhension du processus de raisonnement clinique.

Le raisonnement clinique se situe « à la confluence d'un savoir théorique et d'une pratique clinique qui ne pourrait se déduire complètement du savoir théorique » (Micoulaud-Franchi et al., 2016). Ceci explique, au moins de manière parcellaire, qu'il n'existe aucun modèle issu de données de recherche faisant office de consensus (Eva, 2005).

Nendaz et al. (2005) et Eva (2005) classifient les modèles de raisonnement clinique selon qu'ils utilisent un processus de raisonnement analytique ou un processus de raisonnement non analytique.

Le processus de raisonnement clinique analytique est encore nommé « *actif* » ou « *logique* ». Quant au processus de raisonnement clinique non analytique il est encore nommé « *intuitif* », « *analogique* », « *automatique* » ou « *heuristique* » (Micoulaud-Franchi et al., 2016).

Le processus de raisonnement clinique analytique correspond à l'utilisation du système 2 et le processus de raisonnement non analytique à l'utilisation du système 1. Nous voyons ici les influences des auteurs plus anciens sur des définitions modernes du raisonnement faisant la part belle au système 2 en négligeant système 1.

3.5 Modélisation des étapes de la consultation en masso-kinésithérapie

Malgré l'absence de consensus sur la modélisation des étapes du raisonnement clinique, l'étude de ces modèles structurels de la consultation médicale, nous permet de mettre en évidence 5 temps ou étapes dans une consultation, communs à tous les modèles précédemment décrits (Figure 7).

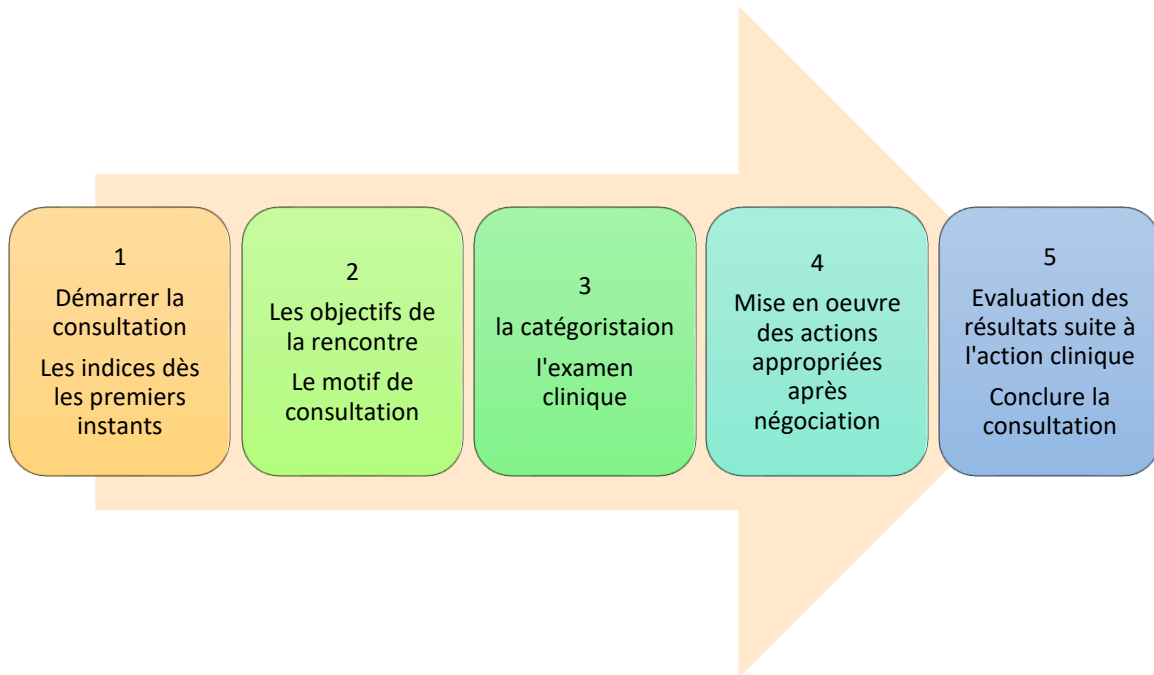


Figure 7 : les étapes de l'entretien en masso-kinésithérapie

Nous utiliserons ce modèle simplifié dans l'analyse des étapes du raisonnement clinique des professionnels masseurs-kinésithérapeutes.

4 La prise de décision en situation de soins : une question de paradigme

Comme le précise Audetat (2012), deux grands paradigmes permettent l'étude du raisonnement clinique. Il s'agit du paradigme de l'analyse décisionnelle et du paradigme de la résolution de problème.

4.1 Le paradigme de l'analyse décisionnelle

Le paradigme de l'analyse décisionnelle repose sur des règles préétablies : il s'agit d'une approche probabiliste reposant sur le théorème de Bayes (1973). Il s'agit là d'une procédure de calcul de probabilité permettant de décider d'agir de la meilleure des façons possibles. Ce paradigme illustre l'« *evidence based medecine* » (EBM) et le modèle de santé biomédical curatif. Cette procédure est suivie par le système 2 de la pensée énoncé par Kahneman (2012).

Cette procédure est claire et chiffrée, elle est probabiliste, basée sur des faits et des statistiques, mais présente un certain nombre de limites.

Dans cette procédure, le raisonnement diagnostique est fondé sur de multiples symptômes et signes, et éventuellement sur des résultats d'examens complémentaires. Ces multiples données doivent être combinées pour évaluer une possibilité diagnostique. La valeur prédictive d'une combinaison de données peut être obtenue à l'aide de la construction d'un arbre de Bayes (1763) étendu, à condition d'accepter au préalable que les données cliniques étudiées sont indépendantes. En pratique, de multiples symptômes, signes cliniques et résultats de tests sont typiquement non indépendants, car la présence ou l'absence de l'un va influencer la probabilité de la présence de l'autre. L'hypothèse de l'indépendance est violée, et la pratique du calcul du produit des sensibilités selon les arbres de Bayes (1763) composés ne produit pas des valeurs prédictives exactes. En revanche, la sensibilité et la spécificité de chaque donnée doivent être connues, tout comme la probabilité des données combinées. A présent, cette donnée est limitée à la littérature de recherche clinique, mais des études de données combinées, avec leur sensibilité et leur spécificité, sont de plus en plus nombreuses.

L'approche probabiliste utilisant les arbres de Bayes (1763) peut donc apparaître, malgré ses limites, comme un outil utile à la catégorisation d'un problème clinique. Cependant, comme nous l'avons vu précédemment dans le paragraphe concernant les définitions du raisonnement clinique, celui-ci sous-tend une prise de décision pour l'action, une planification de soins.

La catégorisation du problème par le recueil de données et leur exploitation n'est qu'une étape du raisonnement clinique. Après avoir catégorisé le problème clinique pour décider de l'action, le clinicien doit mettre en œuvre les actions appropriées, qu'il s'agisse d'options d'investigation ou d'options thérapeutiques. Cette décision, ce choix, doit tenir compte de la probabilité et de l'utilité de chaque résultat possible du traitement ou de l'investigation, selon les caractéristiques singulières du patient et du contexte clinique.

La décision du recours à des options d'investigation doit être fondée sur la probabilité et l'utilité des résultats possibles de l'exploration, qui peut être invasive et coûteuse, toujours en tenant compte de la singularité du patient et du contexte.

Un arbre de décision peut être utilisé pour représenter les diverses alternatives, qu'il s'agisse d'options thérapeutiques ou d'investigation, avec la probabilité de leur utilité et de leurs résultats. La construction de cet arbre nécessite la prise en compte de l'utilité de chaque option de soin ou d'investigation se présentant au clinicien. L'utilité désigne le coût ou la valeur du résultat. L'utilité peut être nommée « objective », évaluée en années de survie espérées donc « subjective », ou peut être nommée « subjective », évaluée en intérêt prévisible pour le patient

ou pour la société. Ces utilités sont subjectives, mais elles montrent la valeur relative de chaque résultat.

Une fois les utilités assignées, il faut calculer la valeur attendue de chaque voie de l'arbre, qui est égale au produit des probabilités et de l'utilité de ce résultat. La valeur attendue de chaque décision est calculée en additionnant les valeurs attendues des résultats provenant de cette décision. Une fois les valeurs attendues de chaque décision calculée, le clinicien doit prendre une décision.

Cette brève présentation de l'utilisation des arbres de décision permet d'aborder l'aspect très opérationnel de leur utilisation, leur conformité au système 2 (logique respectée, décision prise en fonction de calcul de probabilité) mais permet également de mettre en lumière les limites de cette approche strictement probabiliste et mathématique.

Les valeurs de décision attendues sont liées aux utilités choisies pour l'analyse, et des utilités différentes peuvent conduire à des décisions différentes. Les probabilités assignées aux branches de l'arbre affectent aussi l'issue de l'analyse de décision, mais les probabilités sont moins subjectives que les utilités, car elles reposent sur des données objectives telles que la sensibilité, la spécificité, la prévalence, les valeurs prédictives obtenues dans la littérature scientifique. Comme la variabilité des utilités et des probabilités peut affecter la conclusion de l'analyse de décision, il a été suggéré que le décideur fasse varier systématiquement les utilités et les probabilités dans des limites raisonnables pour le patient. Cela teste la vulnérabilité de la décision pour une variabilité raisonnable des utilités et des probabilités.

La médecine fondée sur les preuves se définit comme l'utilisation des meilleures données disponibles pour la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient, ces données étant issues de la recherche clinique. Si cette approche est actuellement largement prépondérante dans notre système de soins, certaines limites lui sont objectées. Tout d'abord, elle s'appuie sur des modèles statistiques où la maladie n'est plus envisagée du point de vue de la personne malade, mais du point de vue de la population (du groupe). Les seules références scientifiques qui sont utilisées pour évaluer sont médicales. D'autres références pourraient être concomitamment utilisées dans certains cas pratiques : la psychologie, les sciences de l'éducation, la sociologie... Et les résultats de l'évaluation et de la décision seraient différents. Il s'agit certainement d'un paradigme de recherche intéressant à promouvoir pour la recherche en sciences de la rééducation et de la réadaptation et plus particulièrement en masso-kinésithérapie. D'autre part, il existe une absence d'études et de données scientifiques pour un certain nombre d'actes cliniques qui ne seront jamais évalués en utilisant l'approche EBM ou des études non représentatives de malades auxquelles elles prétendent s'appliquer. Particulièrement

en soins primaires, le clinicien est confronté à des problèmes cliniques liés à plusieurs pathologies, où se mêlent des dimensions psychosociales, culturelles, familiales, professionnelles, émotionnelles. Le clinicien doit être à la fois capable d'interpréter un mode individualisé de présentation et de reconnaître un tableau clinique classique. Enfin, l'EBM pourrait perturber le jugement clinique, dans la mesure où la recherche de données probantes remplace la capacité de jugement du médecin et produit comme résultat des protocoles d'action clinique qui enlèvent potentiellement toute initiative aux médecins et au personnel soignant. Cela empêche à l'évidence la prise en compte de la singularité du patient.

4.2 Le paradigme de la résolution de problème

Le paradigme de la résolution de problèmes met en lumière les processus utilisés par les cliniciens au cours du raisonnement clinique, et qui vont au-delà de la simple approche probabiliste. La compréhension du raisonnement est en jeu : comment le clinicien, s'appuyant sur des données scientifiques, des connaissances livresques, interprète la situation clinique unique rencontrée en situation de soins afin d'aboutir à la meilleure décision pour le patient ? Quels processus entrent en jeu pour individualiser la prise en charge, tenir compte des données non objectivables dans un paradigme positiviste, des facteurs d'influences personnels ou environnementaux que la recherche clinique ne permet pas d'interpréter ? Nous retrouvons ce paradigme de la résolution de problèmes dans la maquette de formation des masseurs-kinésithérapeutes rédigée en 2015 au sein des enseignements de l'UE6 au cours du cycle 1. Ce paradigme permet d'envisager une approche systémique du processus de raisonnement clinique plus en accord avec le modèle de santé bio psycho social encore appelé modèle de santé global non positiviste (Gatto, 2005). L'utilisation des deux systèmes de pensées (biomédical curatif et global non positiviste) permet de penser dans un modèle de santé complexe. Le système 1 de raisonnement clinique non analytique, intuitif, rapide et émotionnel, et le système 2 de raisonnement clinique analytique, logique et réfléchi sont en interaction, en rétrocontrôle dans ce paradigme complexe de la prise de décision. Ce paradigme proposé par les textes de loi sur la formation des masseurs-kinésithérapeutes est plus adapté à la complexité du raisonnement clinique kinésithérapique en situation de soin. En effet, les théories cognitivistes de l'apprentissage préconisent de s'intéresser à la construction des connaissances et à la compréhension de l'organisation dans la structure mentale du professionnel (Tardif, 1997).

4.3 Les processus du paradigme de la résolution de problème

Dans le paradigme de la résolution de problème, Higgs et al. (2008) divisent les modèles de raisonnement clinique en deux catégories : les modèles issus de processus cognitifs et les modèles issus de processus interactifs. Ils proposent un tableau récapitulatif de ces processus en citant différents auteurs que nous avons retranscrit dans le

Tableau 2 : les processus de raisonnement clinique (Higgs et al., 2008).

Tableau 2 : les processus de raisonnement clinique (Higgs et al., 2008)

Processus	Modèle	Auteurs	Mots clés
Processus cognitif	Hypothético déductif	Barrows et al. 1978 Elstein et al. 1978 Feltovich et al. 1984 Fleming 1990	Raisonnement analytique Raisonnement procédural Raisonnement diagnostic Raisonnement probabiliste
	Pattern recognition	Barrows et al. 1987	Raisonnement inductif Catégorisation
	Forward reasoning ; backward reasoning	Patel et Groen 1986 Arocha et al. 1993	Raisonnement inductif Raisonnement déductif
	Knowledge reasoning	Schmidt et al. 1990 Boshuizen et Schmidt 1992	Raisonnement théorique organisé
	Intuitive reasoning	Agan 1987 Rew 1990 Rew et Barrow 1987	Raisonnement heuristique Raisonnement par scripts
Processus interactifs	Multidisciplinary reasoning	Loftus 2006	Raisonnement inter professionnel
	Conditional reasoning	Fleming 1991 Hagedorn 1996 Edwards et al. 1998	Raisonnement prédictif
	Narrative reasoning	Mattingly et Fleming 1994 Edwards et al. 1998 Benner et al. 1992	Raisonnement narratif
	Interactive reasoning	Fleming 1991 Edwards et al. 1998	Décision partagée

	Collaborating reasoning	Coulter 2005, Edwards et al. 1998, Trede et Higgs 2003 Beeston et Simons 1996 Jensen et al. 1999	Décision partagée
	Ethical reasoning	Branitt et Patridge 1997 Edwards et al. 1998 Gordon et al. 1994 Neuhaus 1988	Raisonnement pragmatique
	Teaching as reasoning	Sluijs 1991 Edwards et al. 1998	Raisonnement par l'apprentissage

Higgs et al. (2008) définissent ensuite grâce à une analyse de la littérature les différents processus énoncés, cognitifs et interactifs.

4.3.1 Processus cognitifs

- Modèle hypothético-déductif

Dans ce modèle, la génération des hypothèses est basée sur des données cliniques et sur des connaissances théoriques. Ces hypothèses vont être testées au cours de l'enquête. Ce modèle est utilisé par des novices et par des experts au cours de situations problèmes. Il s'agit d'un raisonnement procédural identifiant les problèmes fonctionnels du patient et sélectionnant les procédures pour les résoudre. Nous avons vu dans la définition du raisonnement et du raisonnement clinique que ce modèle est issu du syllogisme défini par Aristote.

- Modèle du pattern cognition

Ce modèle correspond à l'utilisation des expériences antérieures similaires du clinicien. Chaque expérience vécue à travers le raisonnement clinique de l'expert est systématiquement catégorisée en fonction des expériences déjà vécues. Par ce raisonnement inductif, la reconnaissance de pattern permet l'efficacité et la rapidité du raisonnement.

- Modèle du forward reasoning

C'est un raisonnement inductif au cours duquel le résultat de l'analyse des données vient d'hypothèses issues de connaissances théoriques. Le diagnostic ou l'hypothèse est à l'origine de l'analyse des données. Ce modèle de raisonnement clinique est plus souvent utilisé par les cliniciens expérimentés.

- Modèle du backward reasoning

Ce modèle correspond à la réinterprétation des données en fonction de l'apparition de nouvelles informations nécessaire au test de nouvelles hypothèses. Ce modèle de raisonnement clinique est plus souvent utilisé par un clinicien novice ou n'ayant pas été confronté au problème antérieurement.

- Intuitive reasoning

Ce modèle correspond à l'utilisation inconsciente de cas antérieurs nommés scripts. C'est un raisonnement inductif. Ce raisonnement dit intuitif correspond à l'utilisation du système 1 de Kahneman.

- Modèle du knowledge reasoning

Le raisonnement clinique nécessite des connaissances spécifiques et organisés. Ce modèle de raisonnement clinique correspond à l'intégration de la connaissance, du raisonnement lui-même et de la métacognition.

4.3.2 Processus interactifs

- Multidisciplinary reasoning

Il s'agit d'un raisonnement d'un ensemble de personnes de disciplines différentes travaillant dans l'objectif de solutionner une situation problème pour un patient.

- Conditional reasoning

Ce modèle est utilisé par les cliniciens afin de prévoir l'efficacité probable du traitement sur les patients et pour les aider à envisager de nouvelles habitudes ou un changement de mode de vie à la suite d'une blessure ou en cas d'apparition d'une maladie.

- Narrative reasoning

Ce modèle est l'utilisation de cas cliniques passés ou présents pour comprendre et gérer la situation problème clinique. Il s'agit ici de donner un sens à l'expérience de la maladie ou de la blessure par le patient.

- Interactive reasoning

Il s'agit ici d'une interaction entre le patient et le clinicien visant la compréhension des projets du patient.

- Collaborating reasoning

Les opinions, émotions, connaissances du patient sont pris en compte dans les décisions thérapeutiques du clinicien.

- Ethical reasoning

Ce processus tient compte dans la prise de décision de l'éthique, de la déontologie, de la législation, des recommandations et des impacts économiques.

- Teaching as reasoning

Ce processus est l'utilisation par le clinicien de conseils, d'éléments de persuasion, d'instructions pour permettre le changement bénéfique de comportement du patient par la compréhension de l'enjeu du problème.

Ces modèles correspondent à des stratégies multiples de résolution de problèmes. Il semble important d'offrir aux étudiants un maximum de modèles et d'outils afférents pour penser et pour décider. Cela facilitera et augmentera la qualité du raisonnement clinique qui est nommée « *la tâche requise* » par Eva (2005). Cette matrice peut être considérée comme la « *boite à modèles, théories et outils* ».

Cette « *boite* » comprend l'utilisation du système 1 et du système 2.

4.4 Interactions entre raisonnement clinique analytique (système 2) et raisonnement clinique non analytique (système 1)

Le système 1 correspond aux processus non analytiques. Il est mis en jeu dans le raisonnement rapide influencé par l'émotion et l'intuition. Certains processus cognitifs du paradigme de la prise de décision l'utilisent : l'« *intuitive reasoning* » et le « *pattern recognition* ». La prise en compte de l'utilisation du système 1 intègre la complexité et la systémique au sein du modèle de santé complexe. Par ailleurs, les neurosciences montrent que le raisonnement est indissociable de l'émotion, le système 1 est de fait présent dans le raisonnement clinique analytique (système 2).

Le système 2 correspond aux processus analytiques. Il permet un raisonnement probabiliste, en lien avec l'« *evidence based practice* » (EBP). Le système 2 est particulièrement adapté au modèle de santé bio médical curatif. De nombreux processus cognitifs sont issus du système 2. Avec l'utilisation seule du système 2, le raisonnement clinique n'est pas influencé par les émotions, les expériences, les sensations et la singularité. Le clinicien devient alors un robot décisionnel.

Nous comprenons bien là que la modélisation de Kahneman (2012) sur la vitesse de la pensée, du raisonnement intéresse aussi le raisonnement clinique. La conceptualisation sépare pour mieux comprendre. La réalité réunit ces deux systèmes dans une interaction, une inter influence permanente à intégrer dans le raisonnement clinique. Kahneman (2012) écrit que « *l'intuition est une valeur ajoutée même dans le cadre d'un entretien de sélection, mais seulement si l'on a au préalable rassemblé rigoureusement et soigneusement classé des informations objectives* ».

Le système 1 et le système 2 sont le raisonnement clinique. Le système 1 est une valeur ajoutée au processus analytique probabiliste et aux processus cognitifs issus du système 2 de raisonnement analytique. Nous pouvons reprendre l'exemple du test d'Apgar donné par Kahneman pour justifier les vertus du système 2. Ce test en reprenant 5 variables cliniques chez les nourrissons a permis de réduire la mortalité infantile. Les algorithmes prédictifs de dangerosité du soin correspondant au système 2, doivent être valorisés par rapport à l'intuition ou système 1 dans les décisions importantes selon Meehl cité par Kahneman. Cependant « *l'histoire d'un enfant qui meurt parce qu'un algorithme a fait une erreur est plus poignante que la même tragédie due à une erreur humaine* » (Kahneman, 2012). Les algorithmes viennent ici remplacer ou aider le système 2 à prendre la décision en diminuant l'influence du système 1. L'algorithme doit et peut être utile dans une situation particulièrement établie où le risque doit être évalué de façon formelle. Cependant, en clinique, l'utilisation d'un algorithme doit être soumis à des critères situationnels clairement définis au préalable. Dans le cas contraire, l'algorithme devient inutile et inefficace. Une solution alternative à l'utilisation des algorithmes est « *la subjectivité limpide* » qui permet « *de corriger la propension de notre esprit à la disproportion* » comme le souligne Aberkane (2016). Cette subjectivité limpide permettant une approche probabiliste fiable semble quasi impossible à atteindre avec la compréhension du fonctionnement neurophysiologique du raisonnement.

Pour conclure, la boîte à modèles, théories et outils contient bien les deux systèmes de pensées. Ces deux systèmes de pensée correspondent à des processus cognitifs et interactifs au sens donné par Higgs et al. (2008).

Damasio (1995) appuie notre développement ainsi :

La faculté de raisonnement n'est pas aussi pure que la plupart d'entre nous le croit ou le voudrait ; les émotions ne sont pas du tout des éléments perturbateurs pénétrant de façon inopportune dans la tour d'ivoire de la raison (...), il est probable que la capacité d'exprimer et ressentir des émotions fasse partie des rouages de la raison pour le pire et le meilleur.

Favre (2010) va dans ce sens :

Avoir raison, c'est donc la prison pour la pensée comme pour celui qui pense et qui est persuadé d'être dans la vérité ; mais le sentiment que cela lui procure est tellement jouissif qu'il peut devenir dépendant de cette pensée transformée en vérité.

Favre (2010) confirme l'hypothèse selon laquelle cette boîte à modèles théories et outils doit être ouverte en permanence afin de permettre une adaptation du clinicien en fonction des éléments rencontrés dans telle ou telle situation. Le clinicien doit être conscient du fonctionnement de ces deux systèmes de pensée, du rôle et de la place de l'émotion dans le raisonnement clinique.

En effet, Faucher et al. (2016) affirment que raisonner repose sur l'interaction entre deux types de processus cognitifs : les processus intuitifs et les processus analytiques. Ils ajoutent qu'« *on en sait peu sur les situations dans lesquelles les professionnels de santé mobilisent préférentiellement l'un ou l'autre des processus.* »

4.5 Modélisation du raisonnement clinique

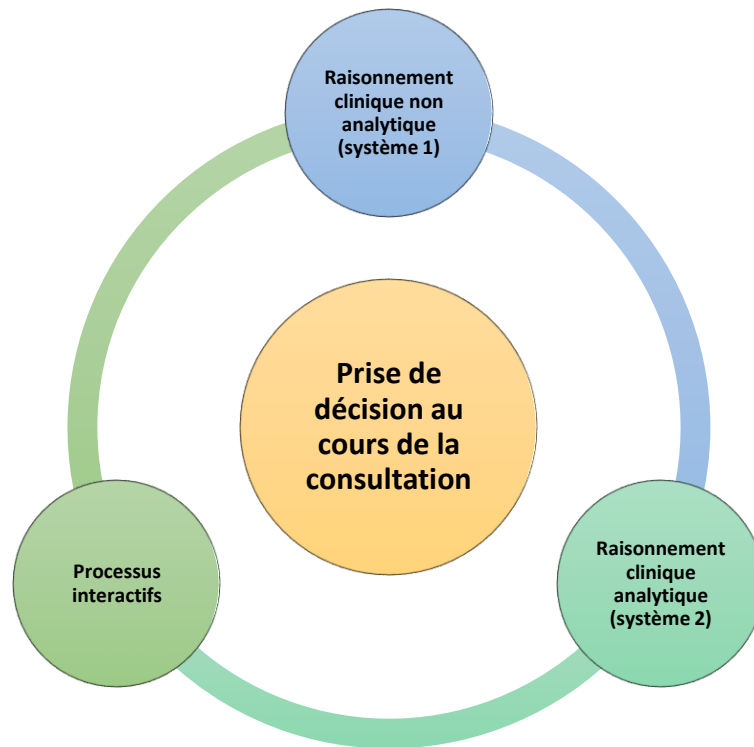


Figure 8 : modélisation du raisonnement clinique du masseur-kinésithérapeute

Le raisonnement clinique défini, la pédagogie de ce processus dans les formations des professions de santé dont la profession de masseur-kinésithérapeute mérite d'être évoquée.

5 Le raisonnement clinique des masseurs-kinésithérapeutes et le diagnostic kinésithérapique

5.1 Savoirs théoriques et savoirs expérimentiels

Selon Micoulaud-Franchi et al. (2016), le raisonnement clinique se situe « à la confluence d'un savoir théorique et d'une pratique clinique qui ne pourrait se déduire complètement du savoir théorique ».

Le terme savoir théorique peut être remplacé par le terme savoirs savants qui correspondent aux savoirs académiques définis par Gatto et al. (2011). La pratique clinique peut être défini comme « savoirs expérimentiels établis par l'expérience. Ils sont définis [...] comme des savoirs pragmatiques partagés « au sein de la communauté d'appartenance sensible au contexte local » (Toupin, 1998).

Nous comprenons ici l'importance de la prise en compte du contexte notamment législatif, organisationnel dans l'analyse du processus de raisonnement clinique et dans la pédagogie des savoirs savants et pratiques.

Le transfert de savoirs expérimentiels ou pratiques en savoirs savants est possible en ayant une réflexion sur l'action et même une compréhension des processus de raisonnement pendant l'action afin d'y intégrer la métacognition. A mesure que se déroule le processus de raisonnement clinique, la représentation du problème évolue, on parle alors des représentations dynamiques du problème (Charlin et al., 2012). Pendant ce temps, le clinicien maintient en permanence une veille métacognitive, qui consiste à avoir une activité mentale sur ses propres processus mentaux. Dans le domaine de la résolution de problème, la métacognition est le processus qui permet de décider que telle opération mentale, tel raisonnement est plus approprié dans tel cas. Cette veille métacognitive permet donc à la fois de s'assurer que le processus de raisonnement clinique actuel se déroule adéquatement et que ses résultats sont satisfaisants, mais également de faire évoluer et progresser le processus de raisonnement clinique lui-même en l'enrichissant de cette nouvelle expérience.

Cette veille métacognitive permet au clinicien d'analyser et d'évaluer sa pensée, ses attitudes, ses interventions. Elle aboutit à un jugement métacognitif qui identifie les éventuels obstacles à la représentation dynamique du problème et permet au kinésithérapeute de réguler son processus cognitif pour lever ces obstacles et avancer dans sa représentation dynamique du problème et dans les étapes du processus de raisonnement clinique.

Kolb (1984) propose un modèle d'apprentissage en lien avec cette conscientisation du raisonnement clinique. Ce modèle de l'apprentissage expérimentiel se compose de quatre phases reliant dans une boucle continue une expérience concrète à une observation réfléchie, à une conceptualisation abstraite reliée et expérimentation active. Ce modèle est représenté dans la Figure 9. Vygotski (1997) distingue quant à lui le concept savant et le concept quotidien. Il pense que c'est le processus de socialisation, de construction de sens en interaction, qui agit. En cela il complète et modifie le modèle proposé par Kolb (1984).

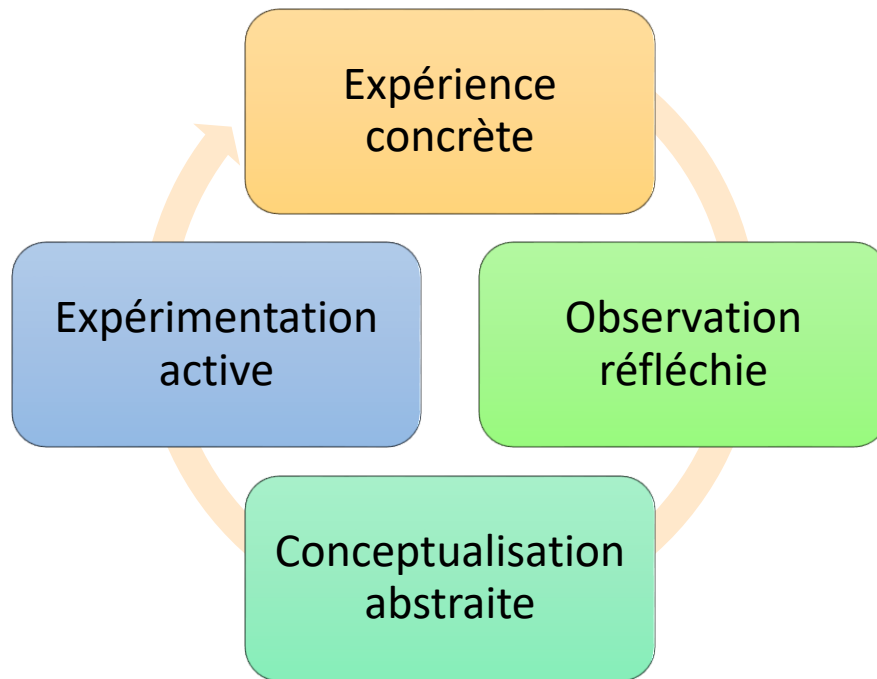


Figure 9 : l'apprentissage expérientiel (Kolb, 1984)

Le raisonnement clinique met en jeu une interaction des savoirs savants et des savoirs pratiques. Le raisonnement clinique est un système respectant les grands principes : la totalité, la circularité, la multifinalité et l'équifinalité. On y retrouve donc la théorie générale des systèmes (Bertalanffy, 1973), la théorie de la communication (Watzlawick & Beavin, 1967) et la cybernétique (Wiener, 1962). Les interactions nombreuses sont exprimées notamment dans les modèles issus de processus interactifs. Nous retrouvons les interactions d'un système décrites (Walliser, 1977) :

- Entre le système et son environnement étant significatif du degré de dépendance du système ;
- Entre les sous-systèmes eux-mêmes au sein du système montrant le degré de cohérence du système ;
- Entre états du système dans le temps montrant le degré de permanence du système.

Le raisonnement clinique est un mélange complexe d'abstrait et de concret, d'observation et d'expérimentation ; d'interactions entre le soignant et le soigné dans un contexte social, historique, législatif précis. Le raisonnement clinique est à la fois une action réfléchie et émotionnelle. La question de la pédagogie du raisonnement clinique est donc en lien avec les théories de l'action (Argyris & Schon, 1974).

5.2 Théorie de l'action et raisonnement clinique

La théorisation de l'action (Schon, 1994) est produite à partir de neuf points traduits par Pelletier, et au travers desquels l'inefficacité de l'action est expliquée par un écart entre les savoirs expérientiels et les savoirs savants :

1 Il existe un écart, plus ou moins considérable, entre les gestes que l'on pose et ceux que l'on croit avoir posé.

2 On est souvent peu conscient de l'écart qui existe entre ce que l'on voulait faire et ce que l'on fait en réalité

3 Lorsqu'un praticien est inefficace, la cause de cette inefficacité peut tenir, sans que celui-ci le réalise, à l'écart existant entre ce qu'il voulait faire et ce qu'il a réellement fait.

4 Un praticien conscient de l'inefficacité de certains de ces gestes éprouve d'autant plus de difficulté à se corriger s'il existe un écart prononcé entre sa théorie professée et sa théorie pratiquée.

5 C'est dans l'action que le praticien invente une nouvelle théorie qui réduit l'écart entre sa théorie professée et sa théorie pratiquée.

6 Toute suggestion formulée à un praticien pour améliorer son efficacité ne peut être validée que par lui-même dans son action

7 Tout praticien a développé, au fil de ses expériences, des théories pratiquées qui sont efficaces.

8 Les praticiens arrivent difficilement à expliciter les théories de l'action qu'ils ont développées parce qu'elles sont souvent devenues des routines et des automatismes.

9 La reconnaissance des théories de l'action apprises par les praticiens au cours de leurs expériences entraîne, chez ces derniers, une valorisation des pratiques professionnelles.

Ces neuf points reprennent les notions d'intuition, d'induction, d'abduction et de déduction. Les points 8 et 9 montrent l'importance de conscientiser les routines et les automatismes afin d'accéder à une métacognition entraînant une valorisation des pratiques professionnelles.

Le point 1 est totalement en accord avec les travaux contemporains notamment sur ce décalage entre le travail prescrit et le travail réel décrit dans le paradigme de Leplat (1997).

La reconnaissance des théories de l'action lors du raisonnement clinique des masseurs-kinésithérapeutes correspond à la compréhension du processus de raisonnement clinique. Le

raisonnement clinique didactisé doit permettre de valoriser les pratiques professionnelles des masseurs-kinésithérapeutes.

Schon (1994) différencie la réflexion dans l'action de la réflexion sur l'action qui se situe plus à distance. C'est avec ces deux réflexions que se créent les savoirs expérientiels des professionnels. Ces deux réflexions doivent être incluses dans l'enseignement du raisonnement clinique des masseurs-kinésithérapeutes. Ces réflexions passent par l'évaluation formatrice qui fait partie du processus d'apprentissage comme le souligne Gatto et al. (2011). Elle permet de sécuriser l'apprentissage de l'apprenant (Favre, 2010). L'évaluation du raisonnement clinique des étudiants en masso-kinésithérapie doit être intégré dans le processus d'apprentissage de l'apprenant afin de certifier certaines compétences.

L'importance d'enseigner le raisonnement clinique des masseurs-kinésithérapeutes aux étudiants afin de valoriser la pratique professionnelle ne fait aucun doute. Voyons désormais quelles sont les difficultés d'apprentissage du raisonnement clinique.

5.3 Les obstacles à l'apprentissage du raisonnement clinique

En pédagogie, la difficulté d'apprentissage par l'apprenant correspond à la notion d'obstacle à l'apprentissage. Bachelard (1938), en parlant des obstacles épistémologiques, explique la construction de la pensée scientifique. Les obstacles empiriques, ontologiques, heuristiques ou conceptuels doivent être surmontés afin de permettre la résolution de problèmes. Dans la pédagogie du raisonnement clinique, les obstacles à l'apprentissage reprennent en partie les explications de Bachelard.

Audetat et al. (2011) a relevé dans la littérature les obstacles à l'apprentissage du raisonnement clinique :

« Des difficultés liées aux connaissances »

« Des difficultés liées à un problème d'attitude »

« Des difficultés liées aux biais cognitifs »

« Des facteurs liés à l'inexpérience de l'apprenant »

« Des facteurs liés à la méconnaissance des processus du raisonnement clinique »

« Des facteurs liés à la gestion de l'entrevue avec le patient »

« Des facteurs liés à des problèmes de communication »

« Des facteurs liés à l'apprenant, au patient et à leur dynamique relationnelle »

« Des facteurs liés à la dynamique relationnelle entre l'apprenant et l'enseignant dans le cadre de la supervision »

Gatto (2005) a montré que l'utilisation de méthode pédagogique d'enseignement, de formation et d'évaluation reposant sur un socle constructiviste et sur un modèle d'évaluation questionnement permet une déstabilisation de l'obstacle d'apprentissage. Cet obstacle est « sécurisant » pour l'apprenant, « *il est installé sur un mode de traitement dogmatique de l'information* » Gatto et al. (2011). Ils proposent en cas d'obstacle à l'apprentissage l'utilisation d'un modèle fondé sur les résultats des travaux de Piaget (1968) et de Vygotski (1934) :

Nous adhérons à un modèle théorique [...] qui prend davantage en compte l'importance des interactions langagières, les variables émotionnelles, les contraintes issues de la nature particulière des savoirs sur la santé [...] Ce modèle inspiré du socioconstructivisme privilégie un mode d'apprentissage qui insiste sur la nécessité de multiples relations de va et vient avec le déjà là (Gatto et al., 2011).

Ces auteurs prônent l'intégration du raisonnement non analytique (système 1) et du raisonnement analytique (système 2) dans l'apprentissage de l'étudiant.

La littérature recense plusieurs modalités pédagogiques centrées sur une base constructiviste, socio constructiviste et néo socioconstructiviste amenant l'apprenant à la construction de savoirs nouveaux à partir du déjà là. Parmi ces modalités, nous retrouvons :

- Favoriser et stimuler l'apprentissage expérientiel (Kolb, 1984) ;
- L'utilisation du constructiviste, du socioconstructivisme et néo socioconstructiviste (Gatto et al., 2011) ;
- L'utilisation de l'évaluation questionnement (Gatto, 2005) ;
- L'utilisation d'un contexte d'apprentissage sécurisant pour l'apprenant (Favre, 2010) ;
- La supervision : « *Le passage de l'expérience en savoir est facilité par la médiation de l'expérience par un professionnel-formateur qui accompagne le travail de réflexion du kinésithérapeute sur ses pratiques, ses expériences, ses actions* » (Gatto et al., 2011). « *Les tâches et responsabilités du superviseur invitent à assumer deux rôles bien spécifiques, c'est-à-dire, celui du clinicien, responsable du suivi médical des patients, et celui du pédagogue, responsable d'aider les résidents à développer leurs compétences cliniques* » (Audétat & Laurin, 2010) ;
- L'utilisation de carte conceptuelle (Richard, 1990 ; Demeester et al., 2010) ;

- La connaissance et la maîtrise des outils et méthodes utilisés lors du processus de raisonnement clinique ;
- L'utilisation de test de concordance de scripts (TCS) :

Le TCS, en évaluant dans un contexte de simulation de situation clinique l'existence et la fonctionnalité de ces liens permet d'évaluer le jugement clinique. Il permet de tester de grands groupes d'étudiants de façon standardisée (toutes les personnes évaluées sont soumises aux mêmes tâches), avec une méthode de correction objective (Charlin et al., 2002) ;

- La connaissance et la maîtrise du processus de raisonnement clinique ;
- La réflexion sur et dans l'action (Schon, 1994).

Ces propositions pédagogiques mettent l'accent sur la connaissance de son propre raisonnement pour permettre une amélioration de la maîtrise du modèle « *raisonnement clinique* » du masseur-kinésithérapeute mais surtout sur l'accompagnement pédagogique à la compréhension du fonctionnement de l'apprenant.

La pédagogie du raisonnement clinique est complexe et nécessaire. Le masseur-kinésithérapeute utilise le raisonnement clinique en permanence. Il est donc indispensable pour améliorer et valoriser les pratiques professionnelles de définir au plus près du réel cette notion. Voyons à présent comment le lien entre raisonnement clinique et la profession de masseur-kinésithérapeute a évolué avec le temps.

5.4 Diagnostic masso-kinésithérapique et capacité de triage par raisonnement clinique

Le diagnostic professionnel kinésithérapique est une notion conceptuelle largement évoquée dans les textes et ouvrages se rapportant à la masso-kinésithérapie, mais dont il existe essentiellement des définitions opérationnelles et non conceptuelles. Ainsi, dans le Code de la Santé publique il est cité dans l'article R4321-2 en ces termes : « *Dans le cadre de la prescription médicale [le masseur-kinésithérapeute] établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que les choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés* ». Le diagnostic kinésithérapique est placé, d'emblée, comme partie intégrante du bilan kinésithérapique mais sa définition conceptuelle n'est pas précisée. Il est également cité dans l'article 4321-81 : « *Le masseur-kinésithérapeute élabore toujours son diagnostic avec le plus grand soin, en s'aidant dans toute la mesure du*

possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés ». La qualité du diagnostic kinésithérapique est donc conditionnée par l'utilisation adéquate d'outils de mesure appropriés, et, quand cela est nécessaire, par l'utilisation de stratégies de recours. Le décret n° 96-879 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute reconnaît et instaure le bilan diagnostic kinésithérapique (BDK) comme une pratique professionnelle à part entière. Le BDK est introduit par la loi comme un acte intellectuel correspondant plus à une procédure de traitement des données qu'à un processus interactif continu de raisonnement clinique.

En 2012, un groupe d'experts coordonnés par Roquet et Gatto, a produit pour le CNOMK le référentiel du masseur-kinésithérapeute et du masseur-kinésithérapeute ostéopathe (Gatto & Roquet, 2012).

Selon ce référentiel, le diagnostic kinésithérapique est une compétence propre du kinésithérapeute et est défini ainsi :

Etablir un diagnostic kinésithérapique [c'est] - Identifier les risques même en situation d'urgence - Analyser, synthétiser, problématiser, reconnaître les pathologies et les situations qui impliquent l'exclusion du patient du champ d'intervention kinésithérapique - Etablir un diagnostic intégrant un diagnostic d'exclusion et de contre-indication - Informer, expliquer, communiquer

Cette définition, plus précise encore dans l'aspect opérationnel, reste peu informative sur le plan conceptuel. Elle aborde cependant des points intéressants notamment en intégrant la notion d'urgence, d'exclusion et de contre-indication, en rapport avec la sécurité des soins. Le kinésithérapeute, au cours de son raisonnement clinique, et y compris en situation d'urgence, doit être capable de repérer les situations cliniques graves, où l'intervention kinésithérapique pourrait être soit non indiquée soit dangereuse. On peut rapprocher cette notion de l'identification des drapeaux rouges. Pour rappel, les drapeaux rouges sont une notion introduite dans la prise en charge des lombalgies à la fin des années 90. Les drapeaux rouges sont des signes cliniques indicateurs d'éventuelles affections sous-jacentes graves, nécessitant des évaluations supplémentaires ou l'avis d'un médecin spécialiste. Actuellement l'utilisation de cette terminologie s'est généralisée, dans la littérature sur la lombalgie mais aussi sur d'autres affections et syndromes, comme par exemple les pathologies de l'épaule ou le « *whiplash* » syndrome ou coup de fouet cervical. L'identification d'un drapeau rouge au cours de l'interrogatoire ou de l'examen physique d'un patient est associée à un haut risque de pathologie

grave sous-jacente, comme une infection ou un cancer. L'identification d'un drapeau rouge impose l'arrêt de la prise en charge kinésithérapique jusqu'à l'avis médical. Identifier un red flag, c'est reconnaître une situation impliquant l'exclusion du patient du champ d'action kinésithérapique. Revenons à la définition du diagnostic kinésithérapique proposé par le groupe cité plus haut. Il s'agit donc également d'analyser, synthétiser et problématiser la situation clinique du patient. Vous remarquez qu'il est ici question de problématiser la situation clinique considérée, de formuler une problématique. Il faut donc être capable, face à une situation clinique donnée, d'analyser de manière pertinente l'ensemble des données cliniques recueillies afin de poser le problème clinique à résoudre en priorité.

D'autre part, cette définition mentionne les notions de diagnostic d'exclusion et de contre-indication. Un diagnostic d'exclusion est un diagnostic qui exclut le patient de la prise en charge kinésithérapique, par exemple parce que celle-ci n'est pas indiquée. Une contre-indication est une circonstance qui s'oppose, qui interdit la réalisation d'un plan d'intervention en rééducation en le présentant comme défavorable. Une prise en charge rééducative est contre-indiquée si la balance bénéfice-risque est défavorable par exemple.

La dernière notion invoquée par ce groupe de travail est le devoir d'information, d'explication et de communication du kinésithérapeute auprès de son patient. La problématique formulée à l'issue du raisonnement clinique kinésithérapique, l'élaboration du diagnostic kinésithérapique doit donc être explicite, le diagnostic énoncé, et une explication doit être donnée au patient. Une information claire du patient permettra non seulement d'obtenir sa collaboration pour le choix des options thérapeutiques mais également de renforcer son adhésion au projet thérapeutique. Nous voyons donc avec ce premier aspect du BDK que celui-ci doit permettre le diagnostic d'exclusion et de contre-indication. Ces notions de diagnostic sont retrouvées dans les situations professionnelles et les rôles sociaux des masseurs-kinésithérapeutes (Roquet, Gatto et Vincent, 2015). Cette capacité de triage par raisonnement clinique du professionnel masseur-kinésithérapeute est la clé d'un accès direct sécurisé.

5.5 Réforme de 2015 : le diagnostic masso-kinésithérapique, un concept lié aux mouvements

L'Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute définit les rôles et missions du masseur-kinésithérapeute de la façon suivante : « *La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement des troubles du mouvement ou de la motricité* ».

Le concept de diagnostic kinésithérapique n'est pas défini dans ce texte non plus, mais placé dès les premiers paragraphes de cet arrêté au cœur même des rôles et missions du masseur-kinésithérapeute.

Le contexte d'intervention du masseur-kinésithérapeute est défini comme suit :

La masso-kinésithérapie place le fonctionnement et le mouvement humains au cœur du concept de santé. Pour ce faire, elle porte son action thérapeutique sur trois catégories de mouvements :

- *Les mouvements externes produits par le corps humain : sa gestuelle;*
- *Les mouvements animant l'intérieur du corps : l'ensemble des systèmes circulants assurant les fonctions vitales ;*
- *Les mouvements de la pensée, processus aboutissant à l'élaboration, l'organisation et l'intégration de ces manifestations externes et internes.*

La masso-kinésithérapie s'appuie sur une démarche d'évaluation posant un diagnostic portant sur ces trois niveaux et débouchant sur une vision fonctionnelle du patient dans son environnement. La masso-kinésithérapie optimise le fonctionnement de l'individu, pour ce qui concerne son niveau de participation à la société, de façon à minimiser son handicap et le rendre acteur de la gestion de sa santé et de son autonomie. La masso-kinésithérapie tient compte des caractéristiques biologiques, psychologiques, sociales, culturelles et environnementales de chaque patient.

Le contenu du diagnostic kinésithérapique est donc précisé comme portant sur 3 catégories de mouvement : la gestuelle, les mouvements internes et les processus cognitifs. L'idée de placer le mouvement au centre du diagnostic kinésithérapique reprend la proposition de Gedda (2014) selon lequel le diagnostic kinésithérapique est en fait l'énoncé de la « *problématique gestuelle* » du patient.

Il définit ainsi le diagnostic kinésithérapique :

Enoncé 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 son mode de vie). Ce rapport peut mettre en évidence une concordance, une complémentarité et/ou une contradiction des appréciations mutuelles:

- *Concordance : les objectifs thérapeutiques sont à l'évidence partagés*
- *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. Ecoute et explications mènent à un compromis, sachant que l'on peut toujours se mettre d'accord sur le fait qu'on n'est pas d'accord, et l'acter/dater... Le thérapeute aura alors l'initiative de gérer cette divergence comme un fait réel et établi*

Le diagnostic kinésithérapique proposé par Gedda (2014) peut donc également être assimilé à la représentation dynamique du problème au terme de la catégorisation du problème clinique autrement appelé examen clinique, en donnant une place particulièrement importante aux objectifs du patient ou « *projet du patient* ».

5.6 L'utilisation de la Classification Internationale du Fonctionnement

Gedda (2014) définit le « *problème de mouvement* » comme :

L'exposé qualitatif des constats négatifs (pertes et dommages) et positifs (possibilité 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.

Il ajoute que le

Mobile de la rencontre thérapeutique et/ou le critère 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 à considérer (craintes, préférences etc.) puisqu'ils particularisent chaque situation, chaque individu.

On remarque donc, que, même si elle n'est pas explicitement mentionnée, c'est le modèle de la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) qui sous-tend le diagnostic proposé par Gedda, incluant les différents niveaux de fonctionnement : les déficiences structurelles (qui peuvent être mises en parallèle avec le niveau lésionnel), les déficiences fonctionnelles, limitations d'activité et restriction de participation (qui peuvent être mises en relation avec le niveau fonctionnel) et les facteurs environnementaux (qui peuvent être mis en relation avec le niveau situationnel).

Enfin, les facteurs personnels peuvent être mis en parallèle avec les aspects spécifiques cités dans la définition du projet du patient.

A partir d'une réflexion autour de la décision kinésithérapique et du diagnostic kinésithérapique, Gedda (2014) a proposé un outil, la fiche de décision kinésithérapique (FDK). Cette fiche a pour intérêt de faire une synthèse de la situation clinique du patient, à partir du diagnostic médical, de la prescription médicale, des résultats du bilan clinique du kinésithérapeute, c'est-à-dire de son recueil de données par l'interrogatoire et l'examen clinique, cette synthèse étant dénommée « *diagnostic kinésithérapique* ». L'une des caractéristiques intéressantes de ce diagnostic kinésithérapique est que, non seulement il s'agit d'une vision synthétique de la représentation dynamique du problème du kinésithérapeute, mais, de plus, seuls les éléments importants sont mentionnés, c'est-à-dire qu'il existe une sélection des données pertinentes permettant ensuite de bâtir un projet thérapeutique et non un listing exhaustif de toutes les constatations découlant du recueil de données. Cette sélection de données pertinentes est permise notamment par l'activation des scripts du kinésithérapeute, qui va pouvoir déterminer quels sont les éléments cliniques et/ou paracliniques déterminants dans telle ou telle situation clinique, pour la décision thérapeutique ou le pronostic fonctionnel.

Gedda (2014) précise que la FDK n'est pas un outil unique, et qu'il est important de pouvoir répéter l'évaluation et la synthèse diagnostique à chaque changement significatif affectant la problématique gestuelle du patient par évolution clinique et/ou fonctionnelle.

La notion de diagnostic kinésithérapique est largement reprise dans l'arrêté du 2 septembre 2015, notamment dans la description détaillée des compétences 1 et 2. Ces compétences reprennent, en plus du diagnostic kinésithérapique à proprement parler, des notions essentielles du raisonnement clinique aboutissant à une représentation dynamique du problème pouvant être énoncée sous forme de « *diagnostic kinésithérapique* », et notamment le raisonnement hypothético-déductif (UI10), l'utilisation d'outils de mesure validés (UE6), la recherche de l'étiologie, recherche orientée de données par l'interrogatoire et l'examen clinique (UI10), évaluation des facteurs de risques et de l'urgence de la situation (UI10 : red flags, yellow flags, facteurs de risque recueillis lors de l'interrogatoire), évaluation des déficiences, limitations d'activité, restriction de participation, facteurs personnels et environnementaux (UE1, UE6, UI10 : CIF), analyse causale de la douleur (UE3), communication des données diagnostiques et pronostiques au patient (UE6).

Le contexte d'intervention du masseur-kinésithérapeute tel qu'il est défini par l'arrêté du 2 septembre 2015 place la CIF au cœur de l'évaluation en masso-kinésithérapie, puisque celle-ci débouche « *sur une vision fonctionnelle du patient dans son environnement* », et qu'il est précisé que « *La masso-kinésithérapie tient compte des caractéristiques biologiques, psychologiques, sociales, culturelles et environnementales de chaque patient.* ».

Comme expliqué précédemment, le masseur-kinésithérapeute peut choisir librement ses techniques et les actes qu'il pratique en fonction d'un projet de soin qu'il aura élaboré avec le patient. Pour cela, le décret n° 96-879 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute reconnaît et instaure le BDK comme une pratique professionnelle à part entière.

5.7 Le BDK : une transcription incomplète du raisonnement clinique du masseur-kinésithérapeute

Le BDK « *ne reflète que partiellement l'activité reflexivo-pratique continue du MK* » (Gatto et al., 2011). En effet,

La relation humaine force le masseur-kinésithérapeute à prendre une posture d'auteur de son activité. A chaque instant, en fonction de l'évaluation multi référentielle des réactions et des projets du patient, le kinésithérapeute construit un geste, une intensité, un discours, une attitude... En fait l'évaluation réalisée par le kinésithérapeute est fusionnée avec ces actes et conduit à une singularité de son action thérapeutique [...] On ne traite pas avec les processus comme on peut traiter avec les procédures ou les produits (Gatto et al., 2011).

Cette citation montre l'aspect réducteur de la notion de BDK par rapport au processus de raisonnement clinique. Le BDK est introduit par la loi comme un acte intellectuel correspondant plus à une procédure de traitement des données qu'à un processus interactif continu de raisonnement clinique. C'est en cela que la question du processus de raisonnement clinique du masseur-kinésithérapeute en France reste un élément pédagogique à approfondir et définir avec plus de précisions afin de permettre son apprentissage par les futurs professionnels. Selon Gatto et al. (2011), le processus de raisonnement clinique des masseurs-kinésithérapeutes en France n'est pas disjoint « *des valeurs de cette profession et du sens général que les MK donnent à leur activité* ». Ils ajoutent que « *le kinésithérapeute a développé des compétences de réflexivité, des compétences de questionnement, des compétences technico-pratiques et des compétences éducatives qui lui sont propres* ».

5.8 Apports des derniers travaux de recherches en sciences de l'éducation sur le raisonnement clinique du masseur-kinésithérapeute

Jeulin (2014) conclut sa thèse en affirmant l'importance de l'enseignement du raisonnement clinique des masseurs-kinésithérapeutes qui dépend des sciences humaines et donc de la recherche dans cette discipline :

Nous avons montré que le raisonnement clinique, en tant qu'élément de la pensée critique utilisé par les experts, devrait faire partie du programme de formation. Il est l'outil pour valoriser le savoir expérientiel des professionnels. Il permet de donner leur juste place aux savoirs expérientiels des soignants et des patients dans la constitution des savoirs académiques. Son enseignement dans le cadre de la formation initiale et continue serait un moyen efficace d'améliorer la qualité des soins. Il contribuerait au développement des compétences et expertises répondant aux besoins de santé publique. En tant qu'élément métacognitif, son enseignement relève des sciences humaines et doit s'appuyer sur des universitaires, spécialistes du domaine.

Il ajoute au sujet de la praxéologie en masso-kinésithérapie en prenant l'exemple de la kinésithérapie respiratoire du nourrisson :

L'approche praxéologique (type de tâches, technique, technologie, théorie) nous a permis de clarifier une pratique de soin. Il pourrait être intéressant de généraliser cette approche à tous les types de soin en masso-kinésithérapie pour isoler les savoirs propres à la kinésithérapie et leur support théorique. L'enseignement ne se ferait plus par pathologie comme en médecine, mais en fonction des buts recherchés. L'enseignement deviendrait transversal et non linéaire.

Il s'agit alors de proposer un enseignement transversal par objectif de rééducation et non plus par listing de pathologies. Cette vision de la profession a contribué aux conclusions de Panchout et al. (2017) dans leur article sur la prévalence des pathologies rencontrées en masso-kinésithérapie libérale. Dans sa conclusion, Jeulin (2014) propose les simulateurs en santé comme outils pédagogiques permettant :

L'évaluation des compétences selon trois dimensions : les ressources disponibles (internes et externes), l'activité dans le cadre de l'action située, la mise à distance par rapport à la situation, retour réflexif sur les stratégies d'action et la combinatoire des ressources [...] Nous pensons que l'évaluation en masso-kinésithérapie devrait se faire selon les trois dimensions citées et réalisables au sein d'un environnement didactique adapté. La démarche pourrait être élargie à tous les domaines de cette discipline. Il paraît difficile de définir la notion de compétence indépendamment de son cadre d'apprentissage et des situations prévues pour son évaluation.

Le processus de raisonnement clinique des masseurs-kinésithérapeutes en France est donc singulier et doit être étudié par l'observation des acteurs de cette profession afin d'être précisé. Ce processus singulier des masseurs-kinésithérapeutes connu et enseigné permettrait le développement de l'apprenant « *en permettant l'auto contrôle, le travail sur les valeurs et sur le sens de l'activité* » (Jeulin, 2014).

Il semble tout particulièrement intéressant d'analyser le raisonnement clinique des masseurs-kinésithérapeutes dans les situations de diagnostic d'exclusion. En effet, la conscientisation du raisonnement clinique des professionnels dans les situations dites de triage permettra une sécurisation des soins apportés aux patients. Une hypothèse développée serait que « *les soignants auraient recours aux processus analytiques lorsqu'ils sont confrontés à des cas par rapport auxquels ils ne sont pas familiers ou à des cas rares, complexes ou dont les enjeux sont élevés* » (Faucher et al., 2016).

Serait-ce le cas des masseurs-kinésithérapeutes confrontés à un diagnostic différentiel ou d'exclusion en situation d'accès direct ?

Se pose alors est la question de l'observation et l'analyse du raisonnement clinique en situation de soin et particulièrement face à ce type de circonstances. Nous rentrons alors de plein pied dans le champ de la didactique professionnelle avec l'analyse de situations professionnelles et des rôles sociaux des masseurs-kinésithérapeutes à travers l'analyse du travail et de l'activité.

6 Didactique professionnelle, analyse du travail, analyse de l'activité

6.1 Didactique disciplinaire, didactique professionnelle et activité

Les didactiques disciplinaires sont des didactiques des techniques. Comme la didactique professionnelle, les didactiques disciplinaires cherchent à comprendre la construction des connaissances par le sujet en activité (Rabardel, 2007). Elles sont

Totalement centrées sur l'acquisition, la construction et la transmissions de savoirs, ont du mal à saisir le sujet dans son activité ; et quand elles y parviennent, le sujet dont il est question est un sujet épistémique, qui sait dire « je sais » (ou « je ne sais pas »), mais qui ne sait pas dire « je peux » (ou « je ne peux pas ») (Pastré, 2011).

Pastré (2011) précise que la didactique professionnelle ajoute au concept de didactique disciplinaire le concept de « *pouvoir agir* », le sujet passe des phrases « *je peux* » ou « *je ne peux pas* » à « *je suis capable* » ou « *je ne suis pas capable* ». La construction de ressources construites par l'expérience permet de développer son pouvoir d'agir. Finalement la didactique professionnelle se centre sur l'activité et sur le sujet en activité venant se rapprocher du concept des connaissances en acte de Vergnaud (1996).

Les didactiques disciplinaires ont tendance à se concentrer sur les savoirs plutôt que sur l'activité. Dans notre travail, c'est bien l'activité et la construction de ressources construites par les expériences et utilisées lors de l'activité qui est l'objet d'étude. Pour définir l'activité, nous proposons de nous appuyer sur la distinction faite entre activité productive et activité constructive. Rabardel et Samurçay (2004) expliquent que le sujet transforme le réel lors d'une activité productive, alors que dans l'activité constructive le sujet se transforme lui-même et développe son pouvoir d'agir. Pastré (2011) écrit alors que « *les compétences ne sont plus ressources, mais objet de l'activité constructive* ».

Comme l'écrit Rabardel (2007) « *une grande partie des savoirs professionnels sont non explicites ou n'ont pas besoin de l'être pour leur mise en œuvre efficace* ». L'activité professionnelle fait usage de savoirs explicites et implicites pouvant être connus ou non du sujet. Le cadre conceptuel que nous retenons ici est l'analyse de l'activité constructive et la didactique professionnelle. Ce n'est pas la production, le résultat qui nous intéresse mais le cheminement pour y parvenir.

6.1.1 Le modèle opératif comme objet d'étude

Ochanine en 1981 cité par Pastré (2011) est le premier qui, en psychologie du travail, différencie la conceptualisation pragmatique et la conceptualisation épistémique du travail en utilisant les termes d'« *image opérative* » et d'« *image cognitive* ». Il explique que « *l'image cognitive représente un objet dans ses propriétés indépendamment de toute action qu'on peut effectuer sur lui. L'image opérative représente un objet, et ses propriétés, en relation avec l'action qu'on effectue sur lui* ». Pour Pastré (2011), il y a là une « *passerelle très importante* » entre l'image opérative, conçue à partir d'une image cognitive plus ou moins élaborée par les connaissances, et la théorie de la conceptualisation dans l'action. Ces deux « *images* » permettent de comprendre les nuances et les différences entre la théorisation, plutôt en lien avec l'image cognitive ; et la conceptualisation, plutôt en lien avec l'image opérative.

Pastré propose pour éviter toute confusion entre le terme image et la notion de réalité, l'utilisation du terme modèle. Le modèle opératif défini comme « *une représentation construite, généralement de façon implicite, par un acteur pour orienter et guider son action* » (Pastré, 2011) des masseurs-kinésithérapeutes est l'objet d'étude de ce travail en situation d'accès direct.

6.1.2 L'analyse de la tâche prescrite puis de l'activité

En psychologie ergonomique, Leplat (1997) propose une analyse du travail en analysant tout d'abord la tâche puis l'activité afin de permettre l'appréhension de la distinction entre la tâche prescrite et la réalité de l'activité du sujet en situation. L'analyse du travail doit alors s'appuyer sur l'analyse des caractéristiques de la tâche et sur la réalisation de cette tâche lors de l'activité de travail. Pastré (2011) synthétise ainsi : « *Leplat propose donc une analyse duale de l'activité l'une qui peut être qualifiée d'extrinsèque (en référence à la tâche), l'autre qui peut être qualifiée d'intrinsèque (en référence aux caractéristiques de l'agent).* » Enfin, il conclut en constatant que « *l'analyse de la tâche ne fournit qu'une petite partie de ce qui caractérise l'activité : plus la situation est complexe, plus la deuxième étape de l'analyse prend de l'importance* ». Pastré (2011) dans la ligne directrice des écrits de Vergnaud (1996) explique qu'il faut, après analyse de la tâche, « *analyser l'activité des différents agents confrontés à une même tâche pour observer comparativement les différences entre leurs stratégies* ». Nous pourrions ajouter le besoin d'observer les différences et les similitudes. Dans le travail proposé ici, nous avons détaillé la tâche « *triage par raisonnement clinique en accès direct* ». Nous avons montré la complexité de ces situations dans l'activité du masseur-kinésithérapeute. La suite du travail se propose d'analyser l'activité des masseurs-kinésithérapeutes en situation, de

déterminer leur modèle opératif dans une situation donnée. L'objectif de ce travail est de permettre une mise en rapport entre l'activité de triage, la capacité de triage par raisonnement clinique et l'apprentissage de cette activité, de cette capacité. Nous n'excluons pas de notre travail les controverses existantes entre le cadre conceptuel de Pastré et celui de la clinique de l'activité proposée par Clot (2014). Cependant, nous utiliserons le cadre expérimental proposé par Pastré (2011) à travers la didactique professionnelle.

6.2 La didactique professionnelle à la recherche du modèle opératif du sujet

La didactique professionnelle s'intéresse au lien entre l'apprentissage et l'activité. Pour la didactique professionnelle, « *il y a un apprentissage par l'action ; il y a un apprentissage par l'analyse de sa propre action* » (Pastré, 2011). En didactique professionnelle, l'analyse extrinsèque de la tâche, et intrinsèque de l'activité dans son environnement dynamique pour déterminer la structure conceptuelle d'une situation sont indispensables comme nous l'avons écrit plus haut. Il s'agit de chercher le « *modèle opératif* » que Vergnaud (1996) nomme « *connaissances en actes* », « *concepts en actes* » et « *jugements en actes* ». Ces éléments sont des éléments clés et centraux de l'activité du sujet. Le « *modèle opératif* » est constitué à partir des éléments issus de la situation vécue mais aussi à partir des caractéristiques du sujet auteur. Ce « *modèle opératif* » correspond alors à la stratégie du sujet pour réagir et agir dans la situation proposée. Pastré propose donc, après analyse de la tâche et plus généralement de la situation ; d'analyser et de chercher à comprendre l'activité de différents sujets confrontés à une même tâche ou situation pour observer comparativement les options d'intervention et stratégies d'intervention choisies par les sujets. La didactique professionnelle se différencie de la psychologie ergonomique particulièrement sur l'objet étudié. La psychologie ergonomique s'intéresse plus volontiers à l'activité des professionnels quand la didactique professionnelle s'intéresse à l'apprentissage de l'activité et l'utilisation en situation de cet apprentissage. Enfin, la didactique disciplinaire et la didactique professionnelle se complètent plus qu'elles s'opposent. Comme le dit Vergnaud (1996) « *entre la didactique disciplinaire et la didactique professionnelle, il n'y a qu'un pas* ».

Pour conclure, le modèle opératif du masseur-kinésithérapeute est l'objet d'étude de notre travail. Ce modèle nous amène à aborder et détailler la notion de conceptualisation dans l'action.

6.3 Schème et conceptualisation dans l'action

La conceptualisation correspond à la mise en lumière par l'activité de concepts présents dans cette activité (Pastré, 2011). Un concept, quant à lui peut être considéré comme un outil, un objet, utile à la résolution d'un problème (Douady, 1986).

La conceptualisation dans l'action a été décrite par Piaget (1974) et Vergnaud (1996). Piaget (1974) explique qu'il existe un décalage entre la réussite face à une situation et la compréhension de cette réussite par le sujet. Il prend l'exemple pour cela d'une fronde lancée par des enfants dans une cible. La réussite et la compréhension de cette réussite ne sont pas concomitantes. La compréhension de la réussite est postérieure à la réussite.

Pour Piaget (1974), il existe trois stades dans l'action :

- 1er stade : l'action précède la conceptualisation – 2ème stade : action et conceptualisation sont à peu près de mêmes niveaux et de constants échanges s'effectuent entre elles -3ème stade : la conceptualisation fournit à l'action une programmation d'ensemble, la pratique s'appuie sur la théorie.

Pastré (2011) résume en trois propositions les positions de Piaget :

Il existe deux formes de la connaissance, la forme opératoire, encasulée dans l'action, et la forme prédicative, qui s'exprime par le langage et qui énonce des propriétés et des relations sur le réel. C'est la forme opératoire de la connaissance qui génétiquement est première : c'est elle qui s'exprime en premier dans le cours du développement. Le passage de la forme opératoire à la forme prédicative constitue un progrès développemental décisif, puisque à ce moment-là, la compréhension rejoint, voire dépasse la réussite.

Pastré (1997) explique que « le schème est à l'action ce que le concept est à la cognition ». Le schème est donc un outil nécessaire à l'action comme le concept est un outil nécessaire à la compréhension des actions. A travers le schème, une action humaine présente quatre caractéristiques : l'efficacité qui n'est pas systématique car l'action humaine n'est pas un algorithme décisionnel, la reproductibilité, l'adaptabilité et l'intelligibilité (Pastré, 2011).

Pour Vergnaud (1996) le schème représente « une organisation invariante de l'activité pour une classe de situation donnée ». Le schème permet une adaptation à diverses situations. Pastré (2011) ajoute « pour une action donnée, le schème représente la partie généralisable de cette action ».

Il semble particulièrement intéressant de noter que nous allons utiliser ce que Pastré et al., (2006) proposent dans le cadre de notre travail. Il s'agit de l'utilisation des schèmes pour les activités de raisonnement.

Piaget (1974) pense le schème comme un outil général alors que Vergnaud (1996) lie la notion de schème à la notion de situation, à l'action située. Le schème ou invariant opératoire est donc lié à la fois à la situation dans laquelle il est utilisé mais aussi à la personne qui l'utilise dans cette même situation. Nous retrouvons ici le concept d'« *image opérative* » d'Ochanine (1981). En effet, le modèle opératif est à la fois objectif et subjectif. Il est lié à la situation et agit sur le sujet. En cela les invariants opératoires et l'image opérative sont des concepts connexes.

Cet apport de Vergnaud (1996) sur les invariants opératoires qui prolonge les travaux de Piaget sur les schèmes ont permis l'orientation et le guidage d'activités professionnelles. La conceptualisation résulterait d'un

Processus dialectique de résolution de contradictions entre ce que le sujet sait déjà, de manière « théorique », et les caractéristiques des situations auxquelles il doit faire face [...] les connaissances théoriques s'intègrent aux connaissances acquises par l'expérience (Vidal-Gomel & Rogalski, 2007).

Nous souhaitons à travers ce travail permettre le guidage et le questionnement des activités des masseurs-kinésithérapeutes.

Nous allons maintenant détailler le cadre théorique proposé par Pastré (2011) impliquant les notions de concepts pragmatiques, de structure conceptuelle de situation et revenir brièvement sur le concept de modèle opératif.

6.4 Le concept pragmatique, concept en actes, invariant opératoire

Pastré (2011) construit le concept pragmatique autour de deux observations des sujets lors des activités en situation. Tout d'abord, les sujets doivent effectuer un diagnostic de situation. Ensuite, pour effectuer leur diagnostic les sujets prélèvent que très peu d'informations sur la situation. Ces deux observations sont totalement en accord avec l'activité des masseurs-kinésithérapeutes en accès direct lors du triage par le raisonnement clinique. Ils doivent effectuer un diagnostic pour pouvoir déterminer s'ils peuvent ou non prendre la patient en soin. Ajouté à ce constat, il y a fort à parier que peu d'éléments sont prélevés par les experts dans la situation clinique pour prendre cette décision. Les écrits sur le raisonnement clinique vont en ce sens lorsqu'il s'agit d'expert en situation.

Le concept pragmatique est défini à partir de ces deux observations comme un « *concept construit dans l'action et servant à guider l'action, associé à un ou plusieurs indicateurs* » Pastré (2011). Les concepts pragmatiques servent à effectuer le diagnostic de la situation. Ils sont construits à travers l'action. Ils sont transmis aux novices par les professionnels. Enfin ils sont connus des experts mais sont très difficilement définis en raison de la difficulté pour les experts de les exprimer mais aussi de la difficulté pour retrouver la genèse de ces savoirs expérientiels.

Il existe une différence sémantique entre les concepts pragmatiques qui naissent dans la pratique, dans l'activité ; et les concepts organisateurs de l'action qui naissent dans la pratique ou à partir de connaissances scientifiques et/ou techniques. Pastré (2011) explique cette distinction de la manière suivante : « *il y a des concepts pragmatiques issus directement de la pratique et des concepts pragmatisés par transformation de concepts scientifiques et techniques en concepts organisateurs* ». Dans le domaine du soin, il y a fort à parier que les concepts scientifiques tels que les recommandations par exemple de la Haute Autorité de Santé (HAS) demandent à être pragmatisés alors même que des concepts pragmatiques existent. Ces concepts cohabitent et permettent l'activité du masseur-kinésithérapeute. En effet, les concepts scientifiques sont intégrés par les cliniciens lors de l'activité de soin. Cependant, comme le suggèrent Bishop et Wing (2006) dans le cadre des consultations pour les lombalgies, il semble que ces concepts scientifiques ne soient que très peu suivis analytiquement par les cliniciens. Ces concepts scientifiques sont transformés par et avec l'activité de raisonnement clinique. Pragmatiser les concepts scientifiques revient finalement à rendre les concepts scientifiques pratiques et utilisables lors de l'activité raisonnement clinique.

6.5 La structure conceptuelle d'une situation

La structure conceptuelle est constituée des concepts organisateurs, des indicateurs observables reliés aux concepts organisateurs de l'action, les classes de situation sensibles à chaque concept et enfin de la stratégie attendue de la part des acteurs.

Pastré (2011) précise pour ce quatrième élément de la structure conceptuelle d'une situation :

Une fois qu'on a établi la structure conceptuelle de la situation en référence à une certaine tâche, on peut faire l'hypothèse que certains opérateurs auront réussi à construire l'ensemble des concepts organisateurs qui orientent l'action, alors que d'autres n'en auront élaboré qu'une partie, voire en seront restés à une simple application des procédures ou à un tâtonnement par essais erreurs. On peut donc imaginer des stratégies attendues en fonction du niveau de conceptualisation atteint par les acteurs.

La structure conceptuelle d'une situation comprend :

- *Des concepts organisateurs de l'activité, qui sont les dimensions, extraites du réel dans sa globalité, qui vont permettre de fonder le diagnostic de la situation*
- *des indicateurs, qui sont des observables, naturels ou instrumentés, qui permettent pour une situation donnée, d'identifier la valeur que prennent les concepts organisateurs. L'équivalent d'une relation signifiant-signifié relie les indicateurs aux concepts*
- *des classes de situations, qui permettent d'orienter l'action en fonction du diagnostic effectué, et qui découlent des valeurs prises par les concepts organisateurs (Pastré, 2005).*

Comme le précisent Vidal-Gomel & Rogalski (2007), dans une structure conceptuelle « *les indicateurs sont inscrits dans une relation de signification avec des concepts pragmatiques, qu'ils permettent d'évaluer* ».

La Figure 10 quant à elle permet de visualiser la description de la structure conceptuelle de la taille de vigne décrite par Caens-Martin (2005) pour exemple.

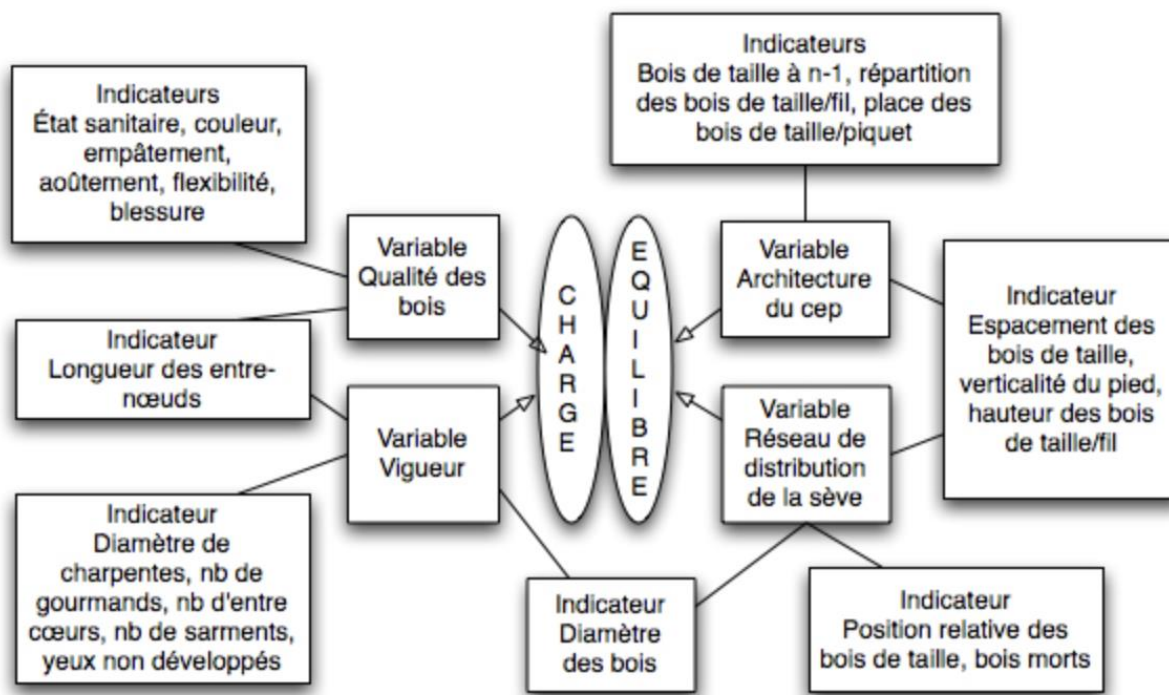


Figure 10 : exemple de structure conceptuelle : la taille de vigne (Caens-Martin, 2005)

Nous avons vu que Pastré (2011) emprunte à Ochanine (1981) le concept d'« *image opérative* » en modifiant le concept en « *modèle opératif* » pour éviter la connotation en lien avec le réel du mot image. Il le définit ensuite comme « *la manière dont un acteur s'est approprié plus ou moins bien, plus ou moins complètement, la structure conceptuelle de la situation* » (Pastré, 2011). Il précise alors qu'en comparant « *le modèle opératif d'un acteur et la structure conceptuelle de la situation caractéristique de la tâche, on peut estimer le niveau de compétence atteint par l'acteur* ». Finalement « *un professionnel confirmé a un modèle opératif fidèle à la structure conceptuelle de la situation, alors qu'un débutant, ou un sujet en apprentissage, a un modèle opératif en décalage par rapport à la structure conceptuelle* ».

Le modèle opératif est caractérisé par un degré de fidélité à la structure conceptuelle de la situation. Il est lié à la mobilisation d'un « *genre professionnel* » (Clot, 2006) qui permet d'adapter l'activité au professionnel. Enfin, il est dépendant de l'expérience de l'acteur.

Pastré (2011) conclut en proposant deux axes de recherche possibles en didactique professionnelle. Tout d'abord, il propose de partir de la structure conceptuelle d'une situation et en analysant les stratégies des acteurs. Ensuite, il propose de partir du modèle opératif des acteurs pour déterminer la structure conceptuelle de la situation. Dans ce travail, nous utiliserons cette dernière proposition en analysant le modèle opératif des masseurs-kinésithérapeutes pour déterminer la structure conceptuelle de la situation.

Il ajoute que la connaissance des concepts pragmatiques, des structures conceptuelles des situations et des modèles opératifs doit permettre de stimuler le processus de transposition didactique.

6.6 Concept de transposition didactique

Les biais de raisonnement de l'humain en tant qu'individu ou au sein d'un collectif, explique l'importance de l'enseignement de la méthode via le système éducatif :

Je vois dans notre système éducatif la volonté honorable et omniprésente de développer une forme d'autonomie intellectuelle par le doute, mais je vois trop peu ce qui me paraît être la pierre angulaire de toute pédagogie : l'enseignement de la méthode (Bronner, 2013).

En effet, Bronner (2013) annonce à la fin de son ouvrage la possibilité pour l'esprit humain de se protéger des erreurs cognitives par la formation intellectuelle « *il est possible d'affaiblir le pouvoir d'attraction qu'exercent ces raisonnements capitaux sur nos esprits* ». Il poursuit en expliquant que « *l'éducation ne peut pas faire disparaître la suggestion trompeuse de nos sens, mais elle peut aiguïser un réflexe de méfiance* » (Bronner, 2013). L'apport de notre travail de recherche sur les données disponibles en masso-kinésithérapie pour la prise de décision n'est en aucun cas un outil à isoler d'un ensemble de notions indispensables. Cependant, l'objet de la recherche ici est d'approcher les rouages de la prise de décision du kinésithérapeute en situation de soin en accès direct. La connaissance de ces éléments peut servir de guide pour le kinésithérapeute novice en situation d'accès direct.

Ces propos du sociologue Bronner, rejoignent ceux de Bourdoncle (2000) qui explique que

La formation à l'activité, dont on dit qu'elle se professionnaliserait lorsqu'elle s'oriente plus fortement vers une activité professionnelle dans ses programmes (rédigés plutôt en terme de compétences), sa pédagogie (stages, alternance), ses méthodes spécifiques (méthode de cas, simulation, analyse de pratique, résolution de problèmes...), et ses liens plus forts avec le milieu professionnel.

Il explique que « *l'individu exerçant l'activité, qui se professionnaliserait en adoptant progressivement les manières de faire, de voir et d'être de son groupe professionnel.* »

Finalement, nos données issues de la didactique professionnelle participent à la connaissance du genre professionnel du kinésithérapeute. L'objectif pédagogique est alors de mobiliser ces

ressources externes, ces connaissances pour les étudiants mais aussi l'utilisation de ces données pour les enseignants en guise de feed-back pour continuer la professionnalisation du kinésithérapeute à travers une « *dimension intégrative* » des dispositifs pédagogiques (Perez-Roux, 2019). L'objectif est ici comme le propose Wittorski (2008) de décloisonner les milieux de l'enseignement et du travail par la didactique professionnelle et la modélisation des situations professionnelles.

A partir des travaux de Verret (1975), Chevallard (1985) propose une définition de la transposition didactique :

Un contenu de savoir ayant été désigné comme savoir à enseigner subit [...] un ensemble de transformations adaptatives qui vont le rendre apte à prendre place parmi les objets d'enseignement. Le « travail » qui d'un objet de savoir à enseigner fait un objet d'enseignement est appelé la transposition didactique (Chevallard, 1985).

Il explique qu'il existe parfois un espace plus ou moins important entre le savoir enseigné, le savoir savant et le savoir à enseigner. Il fait état de deux étapes dans la transposition didactique : la transposition didactique externe et la transposition didactique interne. La transposition externe permet de passer d'un savoir savant à un objet à enseigner. La transposition didactique interne, quant à elle, permet de passer d'un objet à enseigner à un objet d'enseignement. Le lieu de la transposition didactique est appelé la « *noosphère* ». Cette « *noosphère* » concerne l'ensemble des acteurs intervenant à l'intersection du système d'enseignement et de la société. C'est dans cette « *noosphère* » que se situe le travail engagé dans cette thèse qui se concentre sur la transposition didactique externe.

Tavignot (1995) note l'interdépendance de l'ensemble des savoirs qui se modifient les uns les autres par des influences. Cette interdépendance dépend de cette « *noosphère* ». Elle ajoute que « *la noosphère négocie le rattachement de nouvelles notions aux autres, ainsi que les nouvelles formulations pour qu'elles trouvent leur place dans le savoir à enseigner* » (Tavignot, 1995). Il faut noter l'aspect systémique de ces savoirs de référence qui prennent en compte notamment la culture, la société. C'est cette « *noosphère* » qui effectue la première étape du processus de transposition didactique. Dans ce travail, nous souhaitons apporter à la « *noosphère* » en lien avec la masso-kinésithérapie un savoir de référence nouveau sur la prise de décision du kinésithérapeute en accès direct. Nous souhaitons faire évoluer les représentations pour que le phénomène de transposition didactique puisse avoir lieu. L'objectif de notre thèse est la construction de savoirs de référence permettant à « *la noosphère* » la mise en route du

phénomène de transposition didactique à travers la rencontre entre les nouveaux savoirs savants produits, les savoirs à enseigner et les savoirs enseignés. Après la production des savoirs de référence nouveaux, le processus de dévolution doit avoir lieu. Ce processus qui consiste à transformer un savoir à enseigner en connaissance personnelle et contextualisée pour l'apprenant n'est pas l'objet de ce travail, c'est tout l'enjeu de la pédagogie. Enfin, une fois la dévolution effectuée, le vécu et les expériences de l'apprenant permettent l'appropriation des savoirs enseignés et ses modifications éventuelles dans la « *noosphère* ».

Reportant les écrits de Chevallard (1985) au sujet des mathématiques, Perrenoud (1998) affirme que la transposition didactique n'est « *ni bonne ni mauvaise* », « *elle n'est pas un effet pervers, une dénaturation, mais une transformation normale, à laquelle nul n'échappe lorsqu'il veut transmettre un savoir.* »

Par la suite, comme le confirme Perrenoud (1998), Joshua (1996) propose d'étendre cette notion de transposition didactique aux savoirs experts quand Arzac et al. (1994) parlent eux de savoirs professionnels. Ces savoirs sont un ensemble de connaissances partagées par les cliniciens et donc par les masseurs-kinésithérapeutes experts dans la situation qui nous intéresse dans ce travail. Perrenoud (1998) ajoute qu'

Une conceptualisation forte des savoirs experts paraît très importante pour les didactiques des formations professionnelles et des disciplines dont la référence principale est une pratique artistique, artisanale, langagière, corporelle ou sportive. Elle peut aider ces disciplines à se libérer de la tentation de se mettre en quête des savoirs savants dont la seule fonction serait de redorer leur blason dans le monde scolaire.

Il ajoute que

Les savoirs des experts ne sont pas jugés à l'aune d'une validité théorique mais de leur efficacité pratique. Leur pertinence pour l'action importe davantage que leurs fondements scientifiques. Or, cette pertinence est constamment remise en question par l'évolution des paradigmes, de l'éthique, des technologies, et de l'organisation du travail (Perrenoud, 1998).

Cohran Smith et Lytle (1999) cités par Perez-Roux (2019) proposent la division en trois sous parties des savoirs :

- Les savoirs pour la pratique correspondant à des connaissances en lien avec les théories qui sous-tendent un univers professionnel

– les savoirs enracinés dans la pratique (produits par et pour la pratique) sont subjectifs, personnels mais essentiels à l’enseignement ou à la formation. Si au final, le développement professionnel suppose une actualisation du savoir, en lien avec le cadre institutionnel et les finalités du système, on ne peut occulter le fait que ce processus reste nourri par des valeurs, des émotions, et engage fortement la sphère affective

– les savoirs de la pratique renvoient aux savoirs construits collectivement par l’analyse critique systématique de l’enseignement ou de la formation, faites par tous les acteurs de l’éducation. Ces savoirs sont basés non seulement sur les connaissances formelles ou celles provenant des expériences personnelles, mais aussi sur les connaissances des autres ainsi que sur les dimensions socio-culturelles du milieu.

Les données à récolter dans notre travail portent sur les savoirs enracinés dans la pratique. La didactique professionnelle peut permettre de lier plus encore les savoirs enracinés et les savoirs pour la pratique. Finalement, le praticien réflexif se construit, s’actualise, se modifie en permanence à travers le vécu. Nous comprenons la place des savoirs experts à travers la modélisation de l’approche par compétences proposée par Van Loon & Parent (2013).

La profession ou le métier au sens de Clot (1999) de kinésithérapeute est particulièrement concernée par la mobilité de ces savoirs experts. L’identité évolutive du métier de kinésithérapeute demande une révélation des savoirs experts afin de permettre leur utilisation en situation d’enseignement parce qu’il n’y a pas de pratiques sans savoirs comme le prétend (Perrenoud, 1998). Nous rejoignons ici la modélisation de la compétence dont les savoirs sont des éléments constitutifs. Perrenoud propose alors la modélisation de la transposition didactique à partir de pratiques dont nous proposons la visualisation dans la Figure 11.

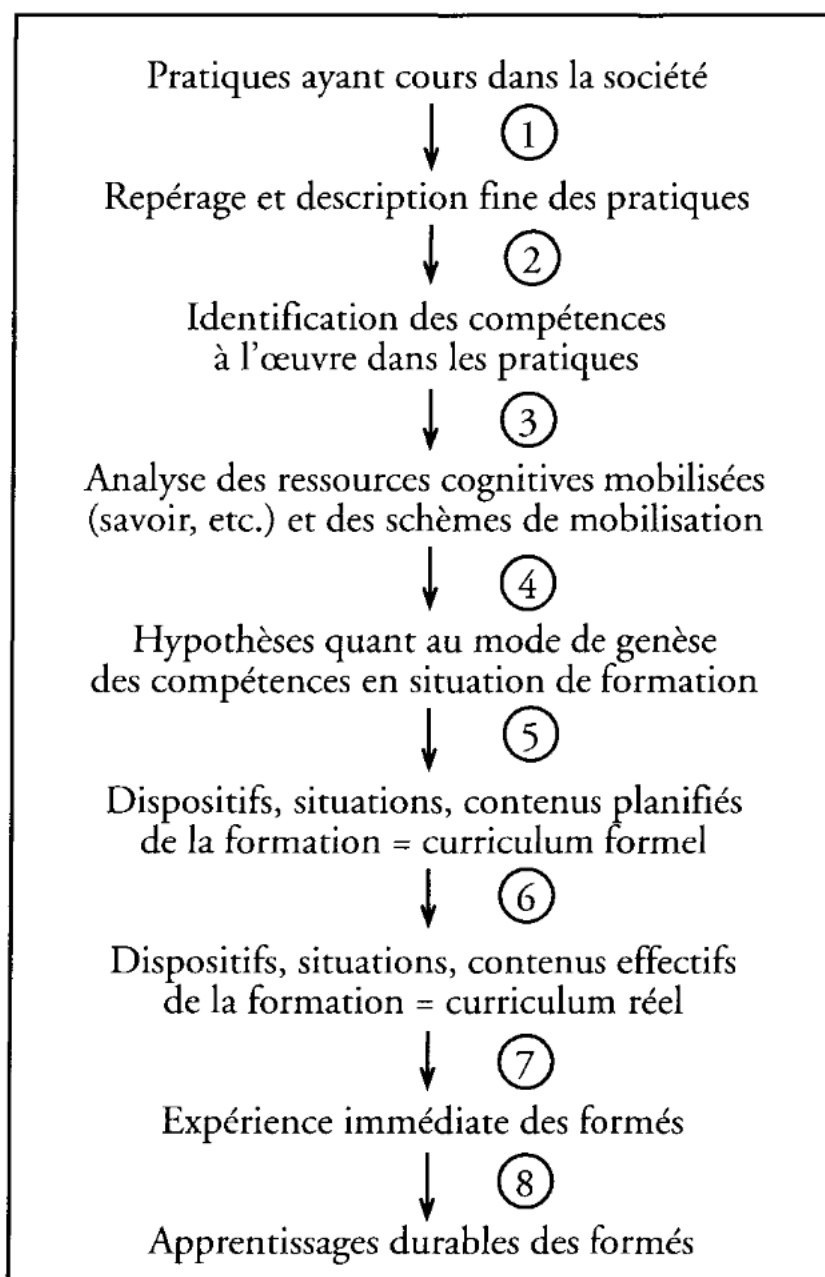


Figure 11 : transposition didactique à partir de pratiques (Perrenoud, 1998)

Les savoirs experts ou professionnels, contrairement aux savoirs savants, ne sont pas « *aussi facilement identifiables et ils sont plus instables ou controversés* » (Perrenoud, 1998). La controverse reprend les notions de dilemmes, conflits ou disputes professionnelles issues des travaux sur l'analyse du travail. Nous l'évoquerons plus loin.

En masso-kinésithérapie, comme dans toutes les professions de santé, les savoirs experts et professionnels jouent un rôle important. Pour Perrenoud (1998), « *la transformation de la culture en curriculum formel et celle de ce dernier en curriculum réel devraient être pensées* ». C'est ce que notre travail a pour objectif, faire apparaître le curriculum réel des

kinésithérapeutes dans la situation d'accès direct et au niveau de la capacité de triage par le raisonnement clinique.

Pastré (2011) reprend ces éléments dans la conclusion de son ouvrage à travers l'utilisation des termes « opératoire », « pragmatique » et « utilitaire » :

Le terme opératoire désigne la connaissance comme adaptation proprement humaine à l'extrême variété des situations qui représentent le réel. Dire que notre connaissance est opératoire signifie que nous avons le pouvoir, pas nécessairement illimité, mais réel, de tirer notre épingle du jeu [...]. Avec le terme « pragmatique », on introduit le but qu'un agent assigne à son action [...] on passe à « l'utilitaire » quand un acteur vise principalement à répondre à ses besoins, à ne retenir pour lui que ce qui lui est utile (Pastré, 2011).

Finalement, la didactique professionnelle s'intéresse au genre professionnel que Clot (2014) nomme « préfabriqué » prêt à servir. « *La théorisation que propose la didactique professionnelle place les concepts pragmatiques au cœur des compétences et de leur développement* » (Vidal-Gomel & Rogalski, 2007) et permet la transposition didactique.

6.7 Cadres conceptuels retenus pour la thèse

Comme l'écrivent Vidal-Gomel & Rogalski, 2007, « *les travaux publiés en didactique professionnelle donnent de multiples exemples de l'importance de la notion de concept pragmatique pour analyser les compétences et leur formation.* »

Notre travail se situe dans le cadre théorique de la conceptualisation de l'action de la didactique professionnelle décrite par Pastré (2011) à travers l'analyse de l'activité professionnelle des kinésithérapeutes en situation d'accès direct. Nous analyserons particulièrement la tâche de triage par raisonnement clinique. Cette tâche prescrite, décrite dans les recommandations de la HAS en 2019 dans la situation d'accès direct proposée dans notre expérimentation, est différente de la tâche réelle réalisée en activité par les kinésithérapeutes comme le suggère le paradigme de Leplat (1977). Nous partons donc à la recherche de l'image opérative des masseurs-kinésithérapeutes en activité que nous représenterons par la structure conceptuelle de la situation. Nous cherchons donc à retrouver les concepts pragmatiques, les variables et les indicateurs présents dans la situation et guidant les masseurs-kinésithérapeutes dans leur prise de décision.

Nous nous situons dans la transposition didactique externe proposée par Chevallard (1985) enrichie des travaux de Joshua (1996), Samurçay & Pastré (1995) ou encore Perrenoud (1998). En effet, l'objectif de ce travail est la description fine des pratiques des masseurs-kinésithérapeutes en situation d'accès direct pour le triage par le raisonnement clinique des patients.

7 Problématisation théorique et question de recherche

La profession de masseur-kinésithérapeute est en évolution importante depuis la réforme des études de 2015 comme en atteste l'obtention récente du grade Master en 2021, la création des protocoles de coopération en 2020 et la loi de financement de la sécurité sociale 2022 qui prévoit d'expérimenter l'accès direct au kinésithérapeute dans une structure de soins coordonnée. Ces protocoles organisent le soin en masso-kinésithérapie en accès direct. Comment former à cette situation en accès direct ? Comment former au triage par raisonnement clinique en accès direct ? Les algorithmes décisionnels, théoriques et prescrits par la science, existent et sont d'une grande aide. Cependant, le paradigme de Leplat (1977) plaide en faveur de l'hypothèse que ces algorithmes ne correspondent que très partiellement à l'activité des masseurs-kinésithérapeutes.

Les logiques identitaires qui se construisent à travers l'activité des masseurs-kinésithérapeutes ont été identifiées par Roquet, Gatto et Vincent (2015). Elles sont de trois types : logique évolutive, logique d'expertise et logique vocationnelle. A ces trois logiques clairement identifiées, s'ajoutent une hypothèse des auteurs, à vérifier, sur la logique identitaire de profession médicale pour les masseurs-kinésithérapeutes. Notre travail cherche à observer la logique identitaire d'expertise en situation : l'expertise en accès direct, l'expertise dans le triage par raisonnement clinique.

Jeulin (2014) propose d'ajouter au programme de formation des masseurs-kinésithérapeutes l'apprentissage du raisonnement clinique. Cette suggestion prend forme avec la parution de la réforme des études en masso-kinésithérapie en 2015 par l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute.

Par la suite, les masseurs-kinésithérapeutes obtiennent l'accès direct dans le cadre de l'urgence à travers la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2016. La capacité de triage de la macro-capacité de raisonnement clinique des masseurs-kinésithérapeutes devient alors un processus à théoriser pour permettre la génération de critères et d'indicateurs en lien avec cette capacité.

Les propos de Gatto et al. (2011) confirment cette ambition :

Pour qu'une action, une expérience soit théorisée, il doit se produire une mise en discours entre la pratique et la théorie, entre les expériences, les actions, le faire, la pratique quotidienne [...] l'expérience de la pratique quotidienne du kinésithérapeute doit être pensée, comprise et analysée pour être formulée de manière explicite.

Il convient alors de définir clairement l'objet d'étude de la recherche qui est la capacité de triage par raisonnement clinique du masseur-kinésithérapeute afin d'effectuer la transposition didactique de cette activité ou tâche professionnelle.

Cette capacité de triage par raisonnement clinique est au confluent de processus analytiques, non analytiques et interactifs au sein du paradigme de la résolution de problème. Il convient de didactiser cette capacité pour améliorer la qualité et la sécurité des soins en masso-kinésithérapie.

Ce travail vise donc la traduction didactique de la capacité de triage constitutive de la macro-capacité raisonnement clinique du masseur-kinésithérapeute français dans les familles de situation professionnelle de consultation en libéral en accès direct, dans le but d'une transposition didactique dans les dispositifs curriculaires et pédagogiques de l'étudiant en masso-kinésithérapie. S'appuyant sur le cadre conceptuel de la conceptualisation de l'action en didactique professionnelle proposé par Pastré (2011), la structure conceptuelle de la situation de triage par raisonnement clinique est l'objet d'étude de ce travail. Nous nous intéresserons évidemment au modèle opératif des masseurs-kinésithérapeutes dans cette situation à travers l'observation et l'analyse de l'activité. Les résultats devront permettre la transposition didactique des savoirs pratiques développés par les praticiens.

Dans le domaine de la masso-kinésithérapie « *le savoir savant spécifique à la kinésithérapie, n'a pas fait l'objet de recherches concernant son enseignement et sa transposition didactique auprès des patients et des étudiants* » (Gatto et al., 2011), contrairement au domaine médical.

Ainsi, dans le domaine de la médecine, Patel et al. (1989) différencient les connaissances biomédicales et les connaissances cliniques, faisant une différence entre la conceptualisation et l'action. Boshuizen et al. (1995) pensent qu'il s'agit d'une seule et même base de connaissances. Nous retiendrons cette dernière hypothèse mêlant les connaissances et leur utilisation au cœur de l'action. Boshuizen et al. (1995) traduits et cités par Vidal-Gomel & Rogalski (2007), donnent une définition intéressante pour le domaine de la santé : « *les réseaux élaborés de connaissances biomédicales acquises en formation initiale sont englobés dans des*

concepts cliniques de plus haut niveau ». Pour illustrer cette utilisation de connaissances en pratique clinique, le terme utilisé est l' « *encapsulation* » (Schmidt et al., 1988). Les auteurs expliquent que l'encapsulation se passe au lit du malade, en situation face à des situations cliniques qui le nécessitent. Ils expliquent que lors de l'activité quotidienne, les concepts encapsulants sont utilisés par les professionnels. Boshuizen et al. (1995) donnent l'exemple de la rétention d'urine qui sert d'explication aux symptômes du patient. Finalement « *les connaissances théoriques peuvent constituer un préalable à la réalisation de certaines activités de travail, cependant qu'avec l'acquisition de l'expérience, elles seront transformées (encapsulation, pragmatization)* » (Vidal-Gomel & Rogalski, 2007).

Vidal-Gomel & Rogalski (2007), à partir de l'exemple de l'analyse d'une situation clinique avec la rétention d'urine utilisée par Boshuizen et al. (1995), expliquent que le cadre d'analyse de Boshuizen ou de Patel se rapproche du cadre d'analyse de la structure conceptuelle d'une situation par la

Schématization opérative conduisant à constituer un certain nombre de symptôme en indicateurs et permettant le diagnostic, en lien avec les connaissances théoriques des pathologies. Ainsi, dans ces termes, l'encapsulation peut être interprétée comme un processus de constitution de concept pragmatique.

C'est précisément cette « *encapsulation* », cette structure conceptuelle de situation, ces concepts pragmatiques, ces variables, ces indicateurs, que nous souhaitons analyser dans ce travail par l'analyse de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes selon la cadre d'analyse proposé par Pastré (2011) et selon la démarche proposée dans la Figure 12.

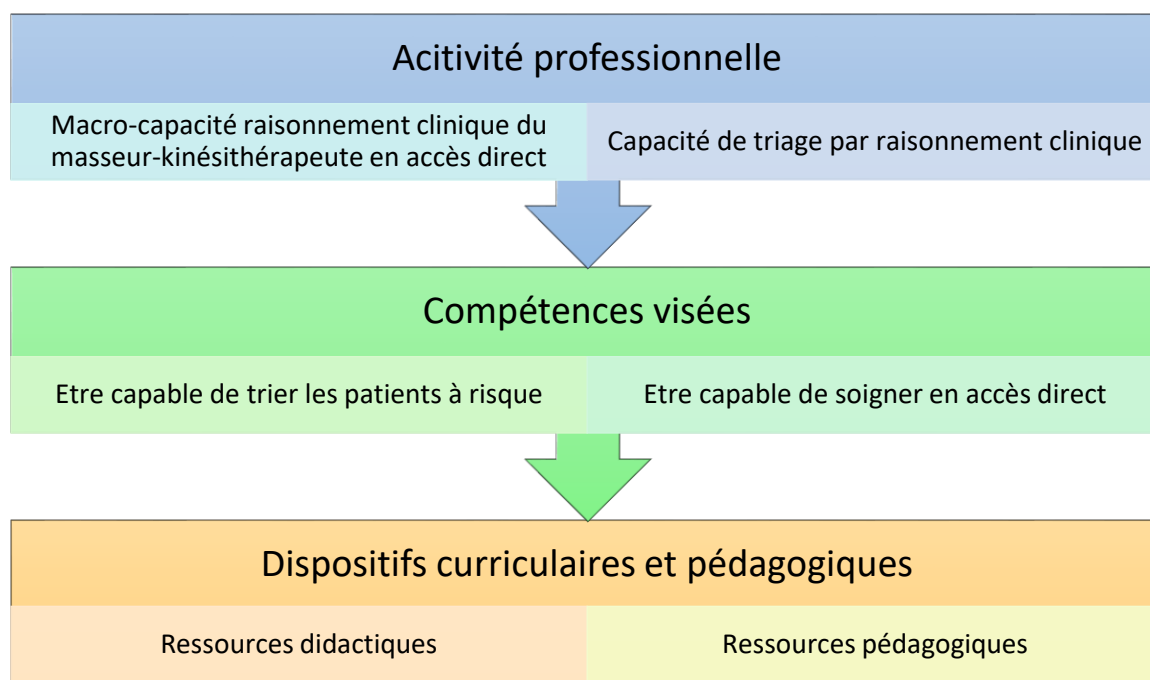


Figure 12 : liens activités, les compétences et les dispositifs pédagogiques de la situation d'accès direct en masso-kinésithérapie

La réforme des études de 2015 propose une approche par compétences. Rappelons qu'une compétence est définie ainsi par Parent et Jouquan (2015) :

Un savoir-agir complexe qui mobilise, grâce à des capacités de nature diverse, un ensemble de ressources complémentaires, élaborées à partir de savoirs multiples et organisées en schémas opératoires, pour traiter de façon adéquate les problèmes à l'intérieur de familles de situations professionnelles, définies au regard des rôles, de contextes et de contraintes spécifiques.

Notre objectif ici est donc d'analyser une situation professionnelle de triage ou diagnostic d'exclusion et de déterminer la structure conceptuelle de cette situation.

Notre ambition est donc la traduction didactique de la capacité de triage par raisonnement clinique des masseurs-kinésithérapeutes.

Les macro-capacités et capacités résultent de l'analyse de la tâche effectuée en situation par le professionnel observé.

La macro-capacité « est un savoir-agir englobant, qui sollicite plusieurs capacités d'un même domaine » (Parent & Jouquan, 2016). Les auteurs proposent une définition de la macro-capacité du raisonnement clinique en indiquant certaines de ses capacités constitutives (Tableau 3).

Tableau 3 : macro-capacité "raisonner" (Parent et Jouquan, 2016)

Macro-capacité	Définition	Capacités constitutives
Raisonner	Exercer logiquement sa pensée dans le but de comprendre une situation et de résoudre les problèmes qui lui sont liés.	Analyser une situation. Interpréter des informations. Argumenter. Conceptualiser. Décider.

L'objet d'étude est donc la macro-capacité de raisonner et la capacité de triage par raisonnement clinique des masseurs-kinésithérapeutes en situation, le modèle opératif des kinésithérapeutes en situation de triage.

Les macro-capacités et les capacités sont des éléments constitutifs de la compétence en situation (Jonnaert, 2002).

Nous avons vu que le diagnostic d'exclusion fait partie du raisonnement clinique du masseur-kinésithérapeute. Cette capacité de triage est donc une des capacités de la macro-capacité du raisonnement clinique du masseur-kinésithérapeute.

Parent et Jouquan (2016) proposent un exemple de rubrique élaborée autour de la macro-capacité raisonner. Parmi les rubriques, nous trouvons les critères et les indicateurs permettant de certifier « *d'une pratique professionnelle de qualité définies en lien avec des valeurs et des finalités professionnelles* ». La taxonomie choisie est le domaine cognitif pour le raisonnement. « *L'identification et la définition des critères procèdent dès lors d'une démarche de construction de consensus entre toutes les parties prenantes et tous les professionnels concernés* ». Ils continuent en expliquant qu'« *au moment de l'évaluation des compétences, vous devrez opérationnaliser ces critères c'est-à-dire les documenter à l'aide d'indicateurs recueillis à l'occasion de diverses activités d'évaluation* » (Parent & Jouquan, 2016).

Les auteurs proposent un exemple de rubrique autour de la macro-compétence « *raisonner* » (Tableau 4).

Tableau 4 : macro-capacité de raisonner (Parent et Jouquan, 2016)

Macro-capacité « raisonner »		
Capacité	Rubrique	
	Exemple de critères	Exemple d'indicateur
Interpréter des informations	Pertinence	Élaboration d'un lien entre le recueil d'informations, l'argumentation et le contexte
	Rigueur	Rationalité de l'interprétation
	Interdisciplinarité	Intégration des analyses des différentes disciplines
	Pensée critique	Examen et évaluation contradictoire des données

Lors d'une activité de consultation, au sein du domaine cognitif, la macro-capacité raisonnement clinique est utilisée. Cette macro-capacité contient la capacité de triage par raisonnement clinique. La question des critères et indicateurs de cette capacité pour le masseur-kinésithérapeute est à théoriser. Nous proposons de didactiser ces capacités à partir du cadre conceptuel de la didactique professionnelle au cœur de l'activité, pour approcher la direction de la pensée des kinésithérapeutes en activité dans un cadre conceptuel cognitiviste.

La macro-capacité de raisonner et la capacité de triage sont au cœur de l'action des kinésithérapeutes lors d'une consultation en accès direct.

La question de recherche est de chercher à repérer la structure conceptuelle de la situation de triage par raisonnement clinique en accès direct pour un kinésithérapeute.

Deuxième partie : LE DISPOSITIF METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

8 Le terrain de recherche : un paradigme phénoménologique

L'objectif de la recherche est la mise en lumière de la structure conceptuelle de la situation de triage par raisonnement clinique lors de la consultation en accès direct pour un patient présentant une lombalgie. Grâce à l'utilisation de la simulation en santé suivie d'entretiens d'auto-confrontations, nous cherchons les concepts pragmatiques et le modèle opératif des acteurs dans l'activité de triage par raisonnement clinique.

Nous présentons ici plusieurs éléments pris en compte dans le choix de la méthode de recherche en commençant par l'apport des taxonomies.

8.1 Réflexions sur la méthodologie de recherche

8.1.1 Taxonomie dans le but de la transposition didactique de la capacité de triage par raisonnement clinique.

Les masseurs-kinésithérapeutes ont acquis depuis 2016 l'accès direct dans certaines conditions. C'est-à-dire l'autorisation de recevoir sans prescription médicale un patient en consultation.

Cette situation clinique nouvelle nécessite une traduction didactique afin de permettre une transposition pédagogique de cette compétence nouvelle d'accès direct pour les étudiants en formation initiale et les professionnels en formation continue.

Les taxonomies sont des modèles qui permettent le classement des types d'apprentissages et les modalités d'évaluation adaptées.

La taxonomie de Bloom (1956) identifie trois domaines de savoir dans sa taxonomie : cognitif, affectif et psychomoteur. Dans le registre cognitif, le niveau taxonomique le plus élevé correspond à l'usage d'un raisonnement clinique adapté face à des situations particulièrement complexes. Dans le cadre du raisonnement clinique du masseur-kinésithérapeute, ces situations complexes, potentiellement à risque pour le patient, mobilisent la capacité de triage par raisonnement clinique. Les outils d'évaluation adaptés à ce niveau sont les situations cliniques réelles ou simulées (Pelaccia, 2016).

Selon la pyramide de Miller (1990), le dernier niveau taxonomique appelé le « *does* » renvoie à la capacité à agir de manière autonome et professionnelle en milieu réel. Ce niveau taxonomique élevé peut être analysé en situation réelle et notamment à l'aide de la supervision directe qui correspond à l'observation lors de la réalisation d'une tâche en activité.

Par ailleurs, Tardif (1993) propose une taxonomie basée sur les connaissances déclaratives, procédurales et conditionnelles. Ce dernier niveau taxonomique de connaissance permet un

questionnement des connaissances d'action dans certaines situations rencontrées. Ces connaissances correspondent à l'utilisation du raisonnement clinique et sont observables lors de situations réelles ou simulées.

Nous voyons donc ici que le niveau taxonomique le plus élevé de chacun des trois modèles cités permettant de questionner le raisonnement clinique des masseurs-kinésithérapeutes correspond à l'observation en situation réelle et/ou simulée du professionnel.

Pour reproduire une situation complexe, analyser et questionner le raisonnement clinique des masseurs-kinésithérapeutes, il est pertinent d'utiliser la simulation. En effet, elle permet de répéter à l'identique une situation clinique complexe à plusieurs reprises afin de permettre la reproduction d'un contexte fidèle à une situation clinique complexe. Dans un contexte d'apprentissage,

Si l'apprentissage requiert la capacité de se confronter à des situations d'urgence ou s'il n'est pas possible d'apprendre en situation réelle pour des raisons économiques, de risque vital ou de rareté, l'apprentissage par simulation s'impose pour envisager des activités efficaces d'apprentissage (Brunstein et al., 2016).

L'observation de la capacité de triage en situation réelle est synonyme de risque potentiel pour le patient. La simulation est donc la méthode adaptée à l'analyse de la capacité de triage par raisonnement clinique du masseur-kinésithérapeute en activité.

La simulation, le guide d'entretien semi directif, l'entretien d'explicitation ou l'entretien d'auto-confrontation sont des outils combinant des techniques de recherche appropriées à l'expression du savoir-agir complexe du professionnel.

8.1.2 La simulation : un outil d'observation du raisonnement clinique

Burnier et al. (2019) proposent une distinction entre patient simulé et patient standardisé. Dans notre expérimentation, nous utilisons un patient simulé et standardisé pour permettre la reproductibilité de la situation clinique proposée. Cependant, ce terme plutôt réservé à un contexte d'évaluation sommative en pédagogie de la santé n'est pas complètement adapté à la situation. Aussi, nous utiliserons le terme de patient simulé dans cet écrit pour simplifier la lecture et la compréhension de notre contexte expérimental.

La HAS (2012) a établi un guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé. Pour analyser le raisonnement clinique des professionnels dans une situation complexe, l'utilisation des patients standardisés ou simulés est l'option la plus adaptée.

Un patient standardisé est

Un patient volontaire ou un acteur qui est sollicité sur la base d'un scénario préétabli et d'une description détaillée de son rôle. Il permet de développer des compétences en matière de communication avec le patient lorsqu'il existe un enjeu fort (annonce de mauvaise nouvelle par exemple) ou lorsqu'il convient de donner une information complexe à un patient (information bénéfique / risque). Il autorise ainsi la réalisation par exemple de consultations simulées.

Les bonnes pratiques dans la réalisation d'une séance de simulation sont les suivants (HAS, 2012) :

- Identification des objectifs pédagogiques ;
- Rédaction du scénario visant ces objectifs ;
- Définition d'un environnement réaliste permettant d'atteindre les objectifs pédagogiques ;
- Définition et préparation des équipements, du matériel, du mannequin, etc. ;
- Préparation du matériel vidéo si nécessaire ;
- Structuration de la séquence préparatoire de présentation du contexte et de l'équipement : briefing ;
- Déroulement du scénario ;
- Structuration de la séquence de synthèse et d'évaluation encadrée : débriefing ;
- Définition du document de fin de séance proposant des actions d'amélioration.

La HAS (2012) définit les étapes d'une séance de simulation (Figure 13).



Figure 13 : les étapes d'une séance de simulation (HAS, 2012)

Un des points très importants d'une séance d'immersion clinique avec un patient simulé est la rédaction du scénario clinique.

Jaffrelot et al. (2016) précisent qu'il n'y a pas « une façon unique d'organiser une séance de simulation ».

Ils définissent les éléments déterminants dans la qualité d'un scénario :

- L'identification des objectifs du scénario ;
- La connaissance du public concerné par cette simulation ;
- Le recensement des moyens humains et matériels, nous pourrions rajouter financiers ;
- L'identification de l'histoire clinique avec une notion forte de crédibilité et d'authenticité.

Ce travail s'inscrit dans le cadre de la didactique professionnelle. En analysant le raisonnement clinique du masseur-kinésithérapeute, nous souhaitons proposer des solutions afin de permettre le développement des compétences professionnelles des masseurs-kinésithérapeutes comme le suggèrent Pastré & Rabardel (2005).

8.1.3 Les méthodes d'enquête d'observation directe du raisonnement clinique

Il convient de citer Vygotski (2003) « *l'homme est plein à chaque minute de possibilités non réalisées* » afin de situer notre positionnement dans l'observation de l'activité et du travail. Il précise que ce que nous observons est le système des « *réactions qui ont vaincu* ». C'est pour cela que notre analyse doit chercher aussi ce qui n'a pas vaincu, ce qui n'est pas fait, ce qui n'est pas dit. Par ailleurs, il existe une réelle difficulté pour les professionnels de santé à expliciter leur processus de raisonnement clinique (Higgs et al., 2008). La question de la méthode d'explicitation du raisonnement clinique est donc centrale dans l'étude du processus de raisonnement clinique des professionnels de santé.

Pelaccia et al. (2017) proposent un historique des méthodes d'analyse du raisonnement clinique. Les auteurs effectuent un recensement des méthodes d'enquête. Ils expliquent l'intérêt des méthodes qualitatives dans l'analyse du raisonnement clinique et l'influence du contexte sur le raisonnement. L'approche ethnographique, apparue dans les années 1970 afin de collecter un maximum d'informations dans les conditions réelles de travail, utilise largement la vidéo. « *la vidéo est considérée comme le meilleur outil pour l'analyse rétrospective du raisonnement dans une situation authentique* » (Pelaccia et al., 2017).

La vidéo peut être utilisée selon deux grands angles de vue :

- Un angle de vue externe au professionnel observé ;
- Le propre point de vue du clinicien.

Pelaccia et al. (2017) proposent un tableau récapitulatif des ces deux angles de vue en fonction de leurs avantages et désavantages (Figure 14).

	External Perspective: Camera Positioned at a Fixed Location in a Room	Own-point-of-view Perspective: Camera Positioned to Film the Situation as Seen by the Subject
Equipment	Common and inexpensive	Specific and potentially costly
	No subject intervention	Needs to equip the subject and an adaptation period
	Can be positioned in a discreet manner to limit its influence on the behavior of other actors in the situation	Can alter other subjects' behaviors due to their awareness of the camera
Subject mobility	Not adapted when people are frequently moving	Adapted for activities that require moving
	Does not impede movements	Can disturb the subject in his/her actions, especially when moving head
View of the situation	When interviewed, the subject is seen acting	When interviewed, the subject sees what he actually saw during patient management
	Provides an overview of the situation that makes it difficult to capture details	Provides a focused view of the situation that is adapted to capture details
	Allows to capture the subject's facial expressions	Allows to capture the patients' facial expressions
Use during interviewees	Can lead the interviewee to analyze his/her actions critically	Helps the interviewee to make his/her reasoning explicit thanks to a greater psychological immersion
	Increases the interviewee's self-awareness, which may lead him/her to behave self-protectively and try to justify his/her actions	
	Can lead the interviewee to discuss about data that escaped him/her during patient management	Stimulates the recall of relevant data actually seen by the interviewee during patient management

Figure 14 : avantages et désavantages du point de vue externe et du point de vue du praticien (Pelaccia et al., 2017)

8.1.4 L'approche en deux étapes (Pelaccia et al., 2017)

- 1ère étape : l'enregistrement de l'activité avec un angle de vue du praticien.

Cet enregistrement de l'activité du praticien est couplé à l'enregistrement audio de l'environnement. Omodei et al. (2005) précisent que l'angle de vue du praticien est la meilleure modalité pour permettre l'évocation des processus cognitifs et émotionnels du raisonnement clinique du praticien. Cette technique a notamment été utilisée pour l'étude du raisonnement clinique des physiothérapeutes par Unsworth (2001) avec une caméra sur un casque porté par le praticien. Pelaccia et al. (2017) proposent de fixer une micro caméra sur sa tempe.

En effet, ils précisent « *que le point de vue de la vidéo se déplace comme un œil humain est une source majeure d'information pour la personne interviewée et facilite la reconstruction de son raisonnement clinique au cours de l'interview* ».

- 2ème étape : interview pour expliciter la prise de décision au cours de la consultation.

Cette manière de filmer une situation de soin (avec la caméra portée par le praticien) évite de confronter directement le praticien à son propre comportement lorsque l'on effectue par la suite une interview d'auto-confrontation. « *l'interview qui suit l'enregistrement de l'activité d'une personne par angle de vue du praticien est appelé « interview subjective in situ », car elle conduit le personne à expliquer son expérience* » (Pelaccia et al., 2017). Plusieurs buts peuvent être recherchés par ce type d'enregistrement vidéo. Les auteurs concluent en précisant que peu importe les points de vue, l'essentiel pour l'interview est de proposer des questions avec une

méthodologie basée sur les entretiens d'explicitation et des questionnements du type « à quoi pensiez-vous ? », « que voulez-vous dire par... ? ».

Les auteurs évoquent les limites de cette méthode d'enregistrement vidéo. Ils proposent de coupler les deux angles de vue. L'angle de vue du praticien en soutien pendant l'interview, le plus tôt possible après le traitement avec le patient pour diminuer le risque de perte de précision dans l'explicitation, et l'angle de vue externe afin de fournir des données au chercheur. Ils concluent en insistant sur la possibilité d'utiliser ces deux perspectives associées à une interview d'explicitation. Cette méthodologie est pertinente pour questionner le raisonnement clinique des masseurs-kinésithérapeutes sur le terrain. La technique d'interview préconisée est très proche de l'entretien d'explicitation. Le fait de se concentrer sur l'analyse de la capacité de triage par raisonnement clinique du masseur-kinésithérapeute nécessite un guide d'entretien semi directif centré sur cette capacité.

Nous avons vu que lors d'une activité à fort enjeu, il est souhaitable de recourir à la simulation plutôt qu'à l'observation clinique in situ.

La méthode la plus aboutie pour l'analyse du raisonnement clinique est la supervision avec un point de vue mixte. C'est-à-dire avec un point de vue externe et un point de vue du praticien. Ce dernier point de vue peut être effectué à l'aide d'une caméra portée sur la tête du praticien. Cette solution économique et ne nécessitant pas de temps d'adaptation semble plus adaptée à l'analyse ponctuelle d'une activité professionnelle chez plusieurs professionnels différents. Associé à l'enregistrement vidéo, il convient pour permettre la mise en discours des capacités et macro-capacités utilisées durant cette simulation, de prévoir un temps de débriefing à l'aide d'un guide d'entretien ciblé sur la capacité de triage et reprenant les modélisations du raisonnement clinique aux diverses étapes de l'activité consultation.

8.1.5 L'entretien d'explicitation une méthode de recueil d'information

D'après Bakhtine (1970) :

Il est impossible de saisir l'homme de l'intérieur, de le voir et de comprendre en le transformant en objet d'une analyse impartiale, neutre, pas plus que par une fusion avec lui, en le « sentant ». On peut l'approcher et le découvrir, plus exactement le forcer à se découvrir seulement par un échange dialogique.

Il ajoute que le dialogue réalisé n'a pas le monopole du réel du dialogue. Ces deux dialogues formant ce que Bakhtine (1970) nomme « le grand dialogue ». Nous comprenons ici toutes les informations dites ou non du dialogue et de l'histoire de l'activité dans son sens le plus large.

Voilà toute l'ambition de l'entretien, de l'interview. L'entretien d'explicitation permet de recueillir ce que fait le professionnel dans une situation. Il vise tout particulièrement à mobiliser les processus réflexifs de l'individu autour d'une situation singulière (Vermersch, 2004). En effet, il explique que tout est composé à la fois de connaissances théoriques, de savoirs procéduraux déjà conceptualisés et conscientisés, et de connaissances préréfléchies ou connaissance en acte. L'accès à ces connaissances préréfléchies permet d'accéder à l'expertise. L'objectif de cet entretien est alors de rendre explicite des capacités ou macro-capacités utilisées en situation. L'utilisation de questions ouvertes non inductives sont un prérequis à la qualité de l'entretien d'explicitation.

Certaines conditions sont indispensables à la bonne tenue d'un entretien d'explicitation : le non-jugement, la bienveillance, le respect, la compréhension du point de vue subjectif de l'interviewé. L'objectif final étant de comprendre ce qu'a fait réellement l'observé et comment il s'y est pris, les éléments auxquels il a porté particulièrement attention, les connaissances théoriques et scripts auxquels il s'est référé, les objectifs qu'il a tenté d'atteindre.

L'entretien d'explicitation a pour but d'accompagner le praticien dans ses « *évocations* ». Cependant, la traduction didactique s'inscrit dans l'analyse et la réflexivité sur la tâche effectuée. Un guide d'entretien est nécessaire à cette analyse reprenant les principes communicationnels de l'entretien d'explicitation.

Dans le cadre d'une analyse de la tâche dans une situation donnée, l'élaboration d'un guide d'entretien ayant pour but de centrer le questionnement sur la capacité observée est un outil indispensable préalable à la bonne réalisation de l'entretien d'explicitation.

Il s'agira alors tout comme lors d'un entretien d'explicitation d'utiliser au maximum l'écoute active et la reformulation. Le guide d'entretien permet dans le cadre d'une enquête de terrain de recentrer l'explicitation sur la tâche observée à travers des thématiques.

Pour la capacité de triage par raisonnement clinique, les thématiques du guide d'entretien sont : les étapes d'une consultation, la modélisation de la prise de décision du masseur-kinésithérapeute, et les indicateurs et variables qui organisent l'activité observée. Bien évidemment, ce questionnement devra se centrer sur la capacité de triage par raisonnement clinique. Lorsque l'entretien s'appuie sur les traces filmées de l'activité, il faut alors parler d'entretien d'auto-confrontation.

8.1.6 L'entretien d'auto-confrontation : méthode d'analyse de l'action située avec utilisation de traces filmées

Les auto-confrontations consistent en l'utilisation de traces vidéo des activités du praticien. L'objectif est d'obtenir, à partir de la visualisation des situations filmées, la compréhension d'une activité du praticien. Il s'agit d'accéder de façon différente aux aspects réels vécus de la situation par la verbalisation après l'action. La mise en discours des actes permet d'accéder à la connaissance des concepts pragmatiques, de la structure conceptuelle de la situation et du modèle opératif si le cadre théorique de la conceptualisation de l'action proposé par Pastré (2011) est recherché. Les traces filmées de l'activité sont ici utilisées pour accéder à la compréhension de la situation (Theureau, 2004). Le praticien utilise à sa guise les traces filmées pour évoquer l'action située tout en étant guidé par le chercheur. Il s'agit dans cette technique d'entretien d'arriver à la prise de conscience par le praticien de son fonctionnement, des éléments pris en compte permettant la résolution de problème, ou encore de la conscientisation de sa capacité à agir.

Le chercheur a un rôle de facilitateur à travers le regard sur la situation vécue par le praticien mais aussi à travers les questions posées au professionnel observé. Son objectif, centré sur le professionnel, est de faire émerger les éléments recherchés tout en s'appuyant sur la réalité et le vécu de l'activité (Kloetzer & Henry, 2010). L'enjeu de cette méthode est de développer une collaboration entre le praticien et le chercheur dans l'analyse de l'activité. Le rôle du chercheur est alors d'accompagner la réflexion du praticien, de faire émerger ses émotions, ses doutes, les éléments de prise de décision, l'influence du contexte sur l'activité mais aussi ses activités inhibées, non effectuées, refoulées... Évidemment, comme pour tout entretien, la vocalité et l'expressivité du praticien sont autant d'éléments interprétables. Cette méthode permet, plus encore que l'entretien d'explicitation, d'accéder à la complexité des activités par une compréhension multi factorielle de l'activité (Leblanc et al., 2008).

Après avoir défini la macro-capacité de raisonner et la capacité de triage par raisonnement clinique comme objet d'étude, l'analyse des taxonomies nous permet de choisir la simulation comme outil de mise en situation performant du raisonnement clinique. En effet, la simulation permet d'effectuer des situations reproductibles à l'aide de scénarii détaillés et précis. Elle permet aussi la rencontre avec des situations complexes, peu fréquentes et à fort enjeu. Concernant les outils d'enquête et d'analyse du raisonnement clinique, la méthodologie choisie associe l'utilisation de l'enregistrement vidéo de l'activité avec un angle de vue du praticien, et l'entretien d'auto-confrontation en utilisant un guide d'entretien afin de permettre de se centrer

sur l'activité observée. Il s'agit d'observer le réel de l'activité décrit ainsi par Clot (2014) « *le réel de l'activité s'est aussi ce qui ne se fait pas, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir – le drame des échecs – ce qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on pense pouvoir faire ailleurs* ». En effet, il ajoute que « *les activités suspendues, contrariées ou empêchées, voire les contres activités, doivent être admises dans l'analyse* ». Il s'agit alors de parvenir au « *je du discours* » pour obtenir le « *je de l'action* » (Clot, 2014). L'entretien d'auto-confrontation doit éviter le risque

De se voir se faufiler derrière ce joli mot d'activité une distorsion et un contre sens très grave [...] En effet, il ne faut pas confondre le concept d'activité avec la simple prestation de mouvements, voire d'efforts consentants d'application et d'endurance, soumis au désir du maître d'école ou du maître d'œuvre [...] Activité veut dire activité propre : activité qui part et s'enracine dans le sujet actif (Tosquelles, 2009).

Pour conclure, il est intéressant de noter :

En fait ni le rigorisme théorique ni le spontanéisme ne sont à recommander car c'est de la dialectique de la théorie et de l'observation que les connaissances nouvelles les plus intéressantes procèdent le plus souvent. Les deux démarches se complètent plus qu'elles ne s'opposent. Tout modèle comporte inévitablement des éléments empruntés et bricolés, procède d'une démarche au moins partiellement déductive et partiellement inductive [...] la logique de l'enquête en sciences sociales reste la même : confronter des observations concrètes et des hypothèses théoriques [...] ce qui fait la valeur d'un concept, c'est sa capacité heuristique (Van Campenhoudt et al., 2017).

8.2 Dispositif de recherche

8.2.1 Le déroulement du dispositif de recherche

La Figure 15 schématise le déroulement du dispositif de recherche.

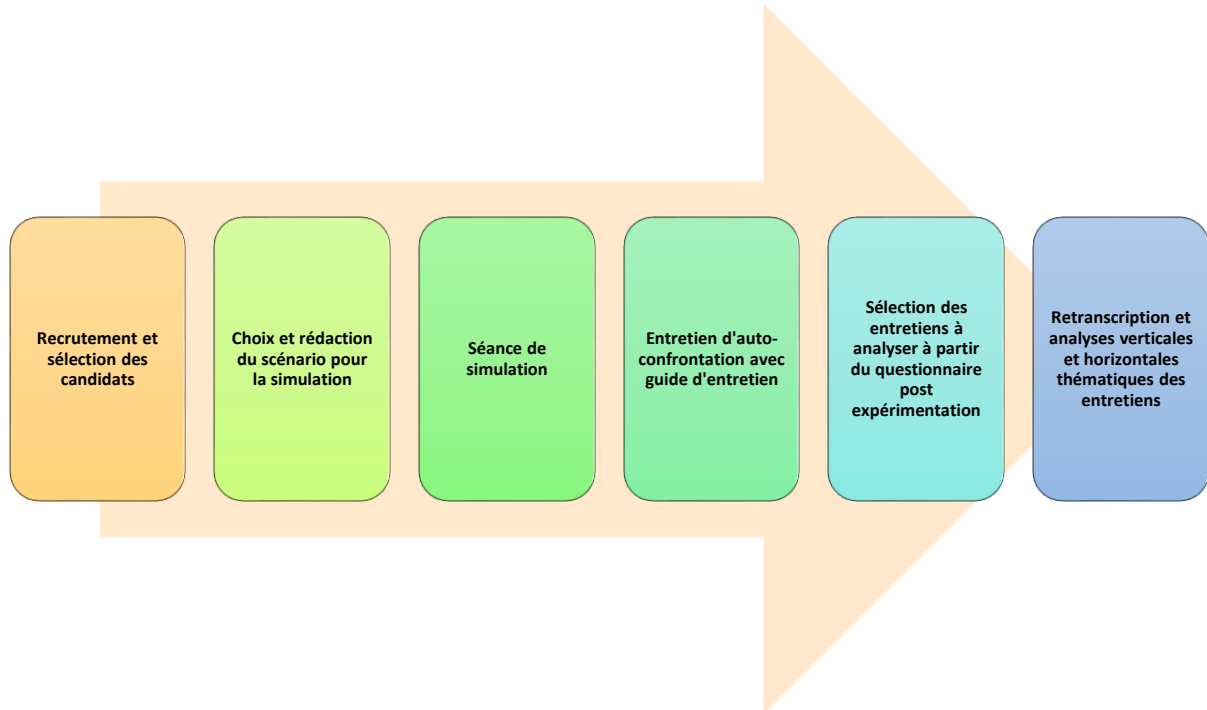


Figure 15 : déroulement de l'expérimentation

8.2.2 Population

Les critères d'inclusion de la population dans notre enquête sont :

- Être diplômé de masso-kinésithérapie et exercer son art en France en étant inscrit au tableau de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes ;
- Être confronté dans sa pratique clinique à des situations en accès direct ;
- Être formé ou en formation à une formation abordant la situation en accès direct ou le triage par raisonnement clinique ;
- Être en activité professionnelle depuis au moins 4 ans.

Les candidats ne respectant pas ces critères n'ont pas été retenus pour l'expérimentation.

8.2.3 Choix de la situation clinique et rédaction du scénario

La situation clinique est une situation authentique d'accès direct vécue par un professionnel de santé masseur-kinésithérapeute ostéopathe libéral. Elle concerne une des maladies prévalentes retrouvées par Panchout et al. (2017), et est l'objet d'un des deux protocoles de coopération

autorisés par la loi depuis 2019 : la lombalgie ou la douleur lombaire. Cette situation de soin est transformée en scénario de simulation en santé. Pour la rédaction du scénario, nous avons été aidé dans la rédaction par un expert en simulation de l'EUK-CVL.

Voici le scénario de simulation haute-fidélité non instrumental ayant servi pour l'expérimentation :

« SCENARIO lombalgie en accès direct avec red flags

1- Préambule

Votre prestation s'intègre dans une séquence d'expérimentation clinique en physiothérapie (kinésithérapie) dans le cadre d'un doctorat en sciences de l'éducation. Votre rôle sert d'évaluation des capacités d'experts en « situation authentique » (comme dans « la vraie vie »). Personne ne peut interrompre la situation sauf si vous en ressentez le besoin urgent et indispensable. Vous devez jouer votre rôle, en improvisant si besoin mais en gardant la trame sur les données cliniques du scénario, comme si vous étiez seul(e) avec votre kinésithérapeute.

2- Comment s'approprier le rôle :

Votre rôle commence dans la salle d'attente d'un cabinet libéral de masso-kinésithérapie avant même la rencontre avec le kinésithérapeute et se termine quand il vous invite à rentrer chez vous à la fin de la séance après avoir quitté le cabinet. La crédibilité et l'authenticité de votre rôle repose sur un jeu le plus naturel possible, plus près d'un rôle de cinéma que de celui de théâtre. Vous ne devez « forcer » ni votre voix, ni votre comportement, ni votre attitude (postures ou mimiques).

Pour vous préparer à ce rôle, voici quelques conseils :

- Être réaliste au niveau comportemental : Si j'étais ce personnage, qu'est-ce que je ferais ? Quel serait le timbre de la voix ? La posture de mon corps ? Mes gestes ? Mon habillement ? Mon maquillage ?...
- Être réaliste au niveau langagier : Quel vocabulaire utilise ce personnage ? Comment parle-t-il ? Quel sens donne-t-il aux mots ? Quelles sont ses préjugés, ses représentations, ses références culturelles, sociologiques, politiques ?...
- Être réaliste au niveau émotionnel : Comment vais-je communiquer le ressenti de ce personnage ? Quelles expressions de mon visage, de mes mouvements, de mon regard dois-je adopter pour rendre crédible et cohérent mon personnage ?
- Être libre d'improviser comme bon vous semble en respectant les lignes directrices fixés au préalable
- Le rôle doit être « identique » entre les différents passages, il y a moins d'improvisations que d'habitude car il s'agit d'une expérimentation et non d'une séance d'apprentissage. L'idée est d'analyser des comportements face à un même patient !

3- Votre personnage (plutôt femme, mais ça marche avec un homme aussi) :

UN ELEMENT TRES IMPORTANT : si le kinésithérapeute ne vous demande rien, vous ne racontez pas votre vie, ni vos douleurs.

A la question « pourquoi vous venez ? » vous répondez « j'ai mal au dos (en vous touchant le dos et la fesse gauche) et je viens pour partir en vacances dans de bonnes conditions (tout cela avec le sourire) »

Vous êtes une responsable RH en EPHAD (groupe « les maisons de retraite ») privé de 35 ans (date de naissance à improviser la vôtre) à Nouan Le Fuselier, petite ville de Sologne. Ce travail vous plaît, la crise du Covid a été épuisante et vous avez dû gérer la situation. Vous avez confiné les anciens de l'EHPAD. Ils n'ont pas vu leur famille à partir du 5 mars et les revoient en vrai depuis le 22 juin uniquement. Il n'y a pas eu de cas de Covid dans votre structure. Vous êtes fière de cela et vous ne comprenez pas bien l'usage du masque de la part de certaines personnes dans la rue mais ce sujet vous agace un peu et vous ne souhaitez pas trop en parler. « L'important reste de protéger les plus fragiles et non de porter en permanence un masque et de le tripoter ! Non ? » Vous préféreriez que la distanciation physique soit respectée plutôt que de voir des gens avec des masques faisant n'importe quoi.

Vous êtes marié avec un homme de votre âge, secrétaire au conseil départemental du Loir et Cher. Vous avez deux enfants de 9 et 7 ans. Paul (9 ans) est en CMI à l'école Sainte Marie de Blois et Lila à la providence à Blois (vous avez fait le choix de ce groupe scolaire à Blois pour des raisons pratiques, vous n'êtes pas religieux ou contre le public). Ils vont bien, n'ont aucun souci particulier. Les deux écoles font partie d'un même groupe scolaire et sont séparées par 100 mètres à pied. Votre couple est solide surtout après l'épreuve que vous avez traversé avec votre maladie, mais c'est du passé, tout va bien aujourd'hui.

Vous aimez bien le sport. Vous êtes inscrite avec votre mari (sur des créneaux différents, vous n'y allez jamais ensemble par rapport à vos horaires de travail) à la salle de sport Symbiose à Saint Gervais la Forêt où votre prof de sport « Ludovic » est génial. Il vous suit depuis 6 ans (suite à votre cancer du sein droit) et vous a aidé à vous remettre sur pied après la radiothérapie. Vous y allez deux fois par semaine mais depuis 15 jours une douleur lombaire sans raison apparente hormis le stress et la fatigue descendant légèrement dans la fesse vous empêche de poursuivre l'activité qui devient désagréable.

Plutôt que d'aller voir le généraliste, vous ne voulez pas de médicaments, vous préférez venir voir un kinésithérapeute. Vous ne souhaitez pas prendre rdv avec votre généraliste qui est très peu disponible, il prescrit souvent des médicaments et vous préférez un traitement manuel par un professionnel habitué. Vous avez confiance en les kinésithérapeutes.

Vos antécédents médicaux : cancer du sein droit il y a 6 ans. Vous dites être en rémission. (<https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-158/Surveillance-apres-traitement-curatif-du-cancer-du-sein> : quelques informations sur le cancer du sein, les patients connaissent souvent

bien les informations sur leur maladie) Vous avez une mammographie désormais tous les ans. La dernière date du mois de Janvier 2020, et soulagement tout allait bien ! OUF ! cela reste un stress pour vous. Cela ne vous fait pas véritablement peur mais vous ne voulez pas revivre l'aventure du cancer.

Le traitement de votre cancer du sein droit a été la radiothérapie. Vous savez avoir occulté un peu cette période difficile de votre vie. Une chose est sûre, vous êtes guérie et tout va bien !! Votre famille, vos parents qui vivent en région Parisienne à Créteil en maison et qui vont bien (pas d'ATCD de cancer dans la famille) vous ont beaucoup soutenu et se sont beaucoup occupés de vos enfants en venant les garder pendant la période. C'était un « petit » cancer vous a-t-on dit. Vous avez été soigné au CHU de TOURS. Vous n'aimez pas trop en parler. Si on vous ne demande rien vous n'en parlez pas plus que ça, mais vous ne mentez pas sur vos antécédents, vous restez discrète si le kinésithérapeute ne vous demande pas de complément d'information.

Actuellement, votre gynécologue vous suit. C'est Mme Brot qui va bientôt partir à la retraite (ce qui vous inquiète car vous l'aimez bien et trouver un gynéco à Blois c'est compliqué).

Vous pesez 63 Kg, vous avez perdu 2 Kg en trois semaines et vous êtes contente (si on ne vous demande pas votre poids vous n'en parlez pas vous êtes gênée par ce sujet). Vous faisiez une rééquilibrage alimentaire ces dernières semaines en arrêtant la viande par respect pour les animaux, vous ne pouvez plus manger de viande ! Mais vous adorez le chocolat le soir...

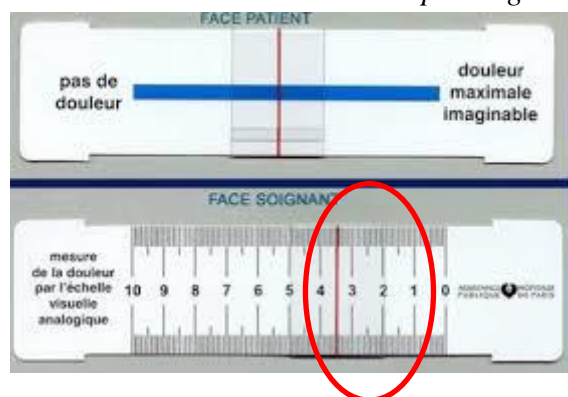
Vous partez en vacances en camping dans une semaine, vous voulez être soulagée rapidement ! La période COVID a été éprouvante vous vous sentez assez fatiguée. Vous avez besoin de vous reposer et de profiter de votre famille.

4- Précisions médicales importantes :

- La douleur ressentie :

Vous ressentez une douleur

- Une douleur en barre dans le bas du dos ; cette douleur est cotée à 3/10 sur l'EVA (voir ci-dessous), douleur qui ne réveille pas la nuit, douleur à la station assise ou debout prolongée



Echelle visuelle analogique

- *Vous ressentez également un léger engourdissement, des fourmillements, ou picotement dans la fesse et l'arrière de la cuisse gauche un peu sur le côté (vers l'extérieur du corps). Cela vous est déjà arrivé l'année dernière suite à votre déménagement. Mais là c'est un peu différent, et cela fait 2 semaines que ça augmente sans que vous n'ayez rien fait à part votre sport en salle cardio habituel. Cette douleur ressentie est plutôt calmée à l'activité. => le trajet de la douleur est dans la fesse, et au début de l'arrière de la cuisse, parfois la douleur descend un peu jusqu'au mollet un peu sur le côté de la jambe. C'est une douleur sourde, bizarre à décrire.*
- *La nuit vous n'avez pas trop mal. Mais la douleur vous réveille depuis 8 jours vers 1H du matin (vous vous couchez vers 22H en ce moment, vous êtes crevée). Vous remuez beaucoup au lit. En plus, vous êtes stressée par l'ouverture au public de l'EPHPAD à organiser.*
- *Vous ne prenez pas de médicaments, vous prenez de l'arnica en granules 5CH 4 granules matin midi et soir sur les conseils de votre meilleure amie Marie Claude une enseignante de 49 ans un peu babacool.*

→ *N'oubliez pas : POUR LA DOULEUR VOUS REPONDEZ UNIQUEMENT AUX QUESTIONS POSEES, si le kinésithérapeute ne vous demande rien vous ne dites rien.*

- ***Les réactions à avoir lors des différents tests pouvant être effectués par le masseur-kinésithérapeute***
 - ***Etirements des membres inférieurs :*** *vous n'avez pas véritablement de raideur, mais vous sentez bien que « ça a besoin de bouger tout ça » car la douleur ne vous permet pas d'effectuer votre sport normalement. Seuls vos fessiers tirent vraiment. Vous grimacez quand le mouvement est brusque et trop grand*



Source image : <https://holifit.fr/2014/01/stretching-fessier-n4.html>

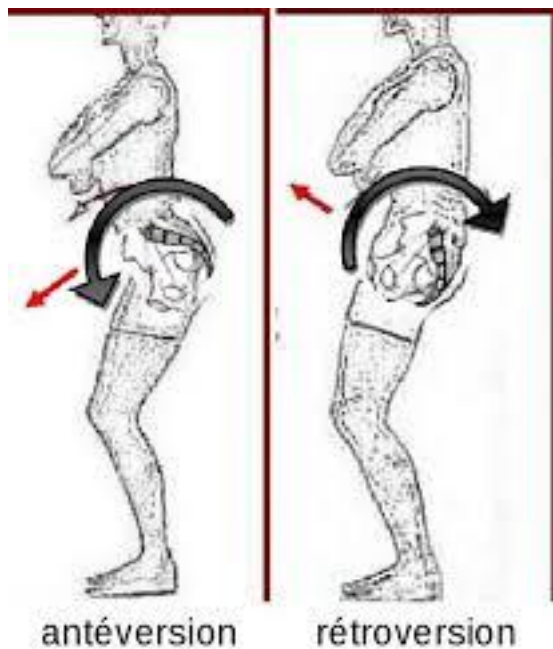
- ***Mobilité du dos :*** *dès que le MK mobilise votre dos vous sentez une raideur. Surtout sur les mobilisations en torsion, cela réveille la barre et quelques*

*fourmillements quelques soit le côté tordu (il n'y en a pas un plus que l'autre).
Cela tire toujours dans la même fesse et cuisse.*



Source image : <https://3heures48minutes.com/yoga-malade/>

- **Mouvement du bassin :** vous savez remuer votre bassin en antéversion ou en rétroversion.



Source image : <http://yantra.eklablog.com/fpm-basculer-le-bassin-p982038>

Pour ce bilan, le MK peut utiliser des tests précis comme ceux du lien vidéo ci-dessous, si cela arrive il faudra effectuer les BONS mouvements :

<https://www.youtube.com/watch?v=A4gU0YD6HS4>

- **Force musculaire :**
 - *Test des abdominaux*



Source image : <http://www.exercices-abdominaux.fr/>

Vous tenez l'exercice environ 30 secondes. La douleur dans la fesse et la cuisse est présente et rend l'exercice difficilement tenable.

- *Test des muscles du dos*



Source image : <https://www.superphysique.org/articles/4143>

Vous ne pouvez pas vous redresser la douleur augmente dans la fesse et la cuisse sur ce mouvement d'extension.

- *Test de gainage*



Source image : <https://homedecorations.me/floor-bridge-hold/>

Position douloureuse, vous grimacez, ça pique dans la fesse et la cuisse.

En revanche, sur les genoux c'est beaucoup plus facile et vous tenez 25 secondes



Source image : <http://www.ultramarinclub.org/blog/exo-gainange.html>

La position ci-dessous vous fait trop mal, vous ne pouvez pas tenir. Sur cette position si vous posez les genoux au sol vous tenez environ 15 secondes en grimaçant avec la douleur dans le dos qui revient.



Source image : <https://osusume-seikatu.net/wp-content/uploads/2018/09/4r-ugaqqdwc-vsdgv-300x209.jpg>

- *Test du pont fessier*

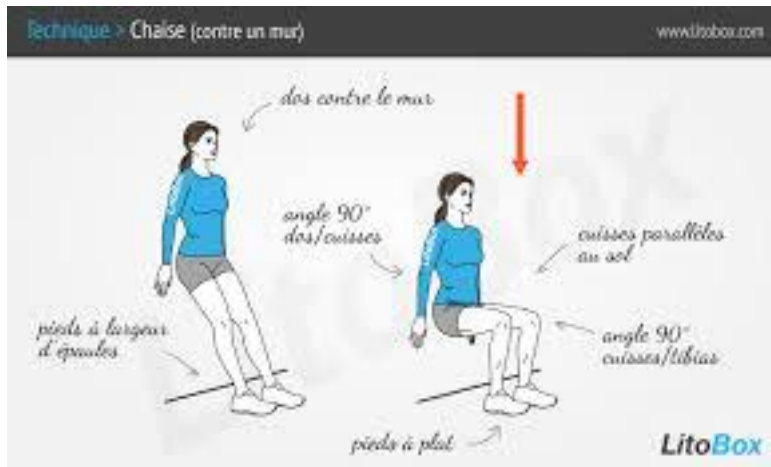
Sur cet exercice ci-dessous vous effectuez l'exercice dans la position nommée « do this » sans trop de difficultés mais vous ressentez votre douleur « c'est supportable ».



Source image : <https://images.squarespace-cdn.com/content/5008a3c6c4aa6450352d2303/1409671822727-U8B6RAFRZOJ16ZGI7IF0/?format=1000w&content-type=image%2Fjpeg>

- *Test de la chaise contre le mur*

Position tenue 45 secondes environ, légère douleur et grimace au relevé de la position avec picotements.



Source image : <http://www.litobox.com/wp-content/uploads/technique/chaise-technique.png>

- **En marchant** : pas de boiterie à mimer, vous ressentez une douleur un peu différente en bas du dos mais dans l'axe de la colonne (ce n'est pas exactement la même sensation) au bout de 15 minutes de marche ce qui vous décourage à marcher. Vous comptez sur le kiné pour reprendre les randos en vacances ! vous restez super positive sur l'évolution des signes et symptômes que vous subissez, vous êtes optimiste !
- **IMPORTANT informations à venir** :
 - Test de Lasègue => déclenche les fourmillements dans la fesse et la cuisse à gauche, jusqu'au mollet et sous le pied
<https://www.youtube.com/watch?v=Chs5Jgls7h0>
 - Slump test => déclenche les fourmillements dans la fesse et la cuisse à gauche, jusqu'au mollet et sous le pied
<https://www.youtube.com/watch?v=DGIwyBxFtwI>
 - Appui avec les mains sur vos os dans le dos, sur les vertèbres : à l'appui sur les vertèbres L5 et S1 (haut de la fesse, bas du dos) vous ressentez légèrement des douleurs de fourmillement dans la cuisse et la fesse voir jusqu'au pied très légèrement. Ce n'est pas agréable, cela vous fait même un peu mal sous la pression du kinésithérapeute.
<https://www.youtube.com/watch?v=FZrEtk7ZVs> (pour savoir où sont les vertèbres concernées)
 - Sensation de fatigue : vous vous sentez épuisée, vous attribuez clairement cela à votre travail et la période COVID, « vivement les vacances en camping à Marseillan plage ! »
 - Torsion du dos : <https://www.youtube.com/watch?v=YASFdqVAFnE> les trois techniques présentées dans la vidéo vous provoquent la reproduction légère de vos douleurs, si vous sentez que le kiné va vous faire ce genre de technique vous montrez une légère appréhension

- *Plat ventre : la position plat ventre n'est pas agréable, vous dormez d'ailleurs depuis que les douleurs sont apparues vous dormez en chien de fusil sur le côté*
- *En boule => quand vous êtes en boule, enroulée, vous vous sentez mieux. Cependant, après quelques minutes en boule, ce n'est pas évident de vous déplier, c'est un peu douloureux*
- *Mouvements répétés : <https://www.youtube.com/watch?v=1i8obX2s2d8> le genre de mouvements dans cette vidéo vous fait plutôt mal dans le dos mais augmente légèrement les fourmillements et picotements. Même en faisant plusieurs, les mouvements d'Extension (vers l'arrière) du dos ne vous soulagent pas du tout.*
- *Test de sensibilité => sur le territoire L5 et S1 c'est un peu endormi, mais vous sentez le toucher, entre les différentes pressions et le chaud/ le froid c'est plus difficile de discriminer sauf si la différence est très importante entre les deux sollicitations <https://www.youtube.com/watch?v=j3kT51YMZug> (dans la vidéo de 1 minute 34 à 1 minute 44 et 1 minute 50 à 2 minute 10 => sur ces territoires c'est endormi ! ... Ailleurs aucun problème, vous sentez bien qu'il y a une légère différence)*
- *Tests de force rapide => il s'agit des tests de force correspondants aux différents étages vertébraux <https://www.youtube.com/watch?v=j3kT51YMZug> (1 min 44 à 1 min 49 dans la vidéo vous devez être TRES TRES légèrement plus faible à gauche qu'à droite, TRES légèrement mais cela doit se sentir un tout petit peu! ET 2 Minute 10 à 2 min 30). Lorsque vous êtes sur la pointe des pieds et sur les talons, vous sentez bien que ce n'est pas pareil à gauche mais c'est très léger !*

5- Votre état d'esprit et vos objectifs

Vous n'êtes pas très informée sur les termes et problèmes médicaux.

Vous faites confiance au MK pour vous aider à résoudre votre problème.

Vous venez pour être soulagée, vous ne connaissez pas la kinésithérapie, vous n'êtes pas contre faire des exercices.

Vous êtes à l'écoute des conseils que l'on vous donne.

Vos disponibilités dépendent de votre travail, vous êtes prête à vous rendre disponible pour aller mieux avant vos vacances. Si le kinésithérapeute pense que vous avez besoin d'autres séances vous êtes prête à revenir même avec quelqu'un d'autre.

6- La séance

a- Dès le début de la prise en charge :

En donnant votre carte vitale vous exprimez bien le fait que vous n'avez pas d'ordonnance, vous faites confiance au kinésithérapeute, vous ne souhaitez pas aller voir le médecin pour une simple douleur lombaire, vous êtes souriante et agréable, heureuse de pouvoir remédier à ce

problème de dos. Vous venez pour être soulagée et pour partir bientôt en vacances dans de bonnes conditions.

Pendant la séance :

Vous écoutez attentivement les conseils, vous faites ce que le MK vous propose sans rechigner (vous êtes volontaire !).

Dans chacune des étapes de la séance de rééducation du jour, il faut tenir des éléments médicaux cliniques énoncés dans la partie 4 de ce récit.

b- A la fin de la séance

Vous demandez à votre MK comment les soins vont être organisés. Vous savez que la séance est gratuite dans le cadre d'une expérimentation. Vous savez que vous allez être filmée. Vous êtes prête à revenir. Si le kinésithérapeute est inquiet sur votre état de santé, vous relativisez son inquiétude. S'il insiste, vous lui demandez ce que vous devez faire, allez voir un médecin... Vous sentez que tout ce que le kinésithérapeute vous a fait faire a réveillé vos douleurs mais vous positivez « ce devrait me faire du bien, vous m'avez bien remuée ».

8.2.4 La séance de simulation : organisation technique

Nous avons ensuite choisi de faire appel à une actrice professionnelle pour jouer le rôle du scénario contre un cachet correspondant à une journée de tournage (Annexe 1 : cachet de l'actrice). Cette actrice, habituée à jouer des rôles de patientes simulées à l'EUK-CVL a reçu le scénario neuf semaines avant l'expérimentation afin de travailler son rôle, se l'approprier et nous poser l'ensemble des questions lui permettant d'être la plus performante possible. Nous avons ensuite répondu aux questions de l'actrice en rapport avec les différents signes cliniques qu'elle devait connaître pour la crédibilité de l'expérience au cours de deux visioconférences. Afin de se mettre d'accord sur les détails du scénario, nous avons effectué la veille de l'expérimentation des répétitions en lien avec les détails clés du scénario et notamment les éléments cliniques. Enfin, le matin de l'expérimentation, la découverte du lieu de l'action et la prise en compte de l'ensemble des détails organisationnels a permis de se mettre dans les meilleures conditions. Nous avons suivi les recommandations (Burnier, Fotsing, et al., 2019) pour le briefing de notre patiente simulée.

Lors de la séance de simulation, le praticien reçoit la patiente, sans être informé du caractère simulé de la situation. Il a pour consigne de réaliser sa consultation sans sortir de la pièce où sont installées les caméras et sans demander quoi que ce soit avant de voir la patiente repartir du cabinet où se passe l'expérimentation. Ensuite, il est invité à échanger autour de son action lors de la consultation à partir des moments clés sélectionnés par l'interviewer ou en demandant à visualiser certains moments de sa consultation. Pour permettre la recherche des informations, l'interviewer s'aide des questions-cadres du guide d'entretien et des questions de relance proposées.

Afin de permettre la réalisation de plusieurs séances avec le même scénario dans la même journée, il a été décidé de réaliser ces séances dans les locaux prêtés pour l'occasion par la société civile de moyens kiné Foch située au 3 bis avenue du Maréchal Foch à Blois, en région Centre Val de Loire. Une salle de consultation est équipée pour cette occasion de 5 caméras afin de permettre une observation du soin sous tous les angles. En plus de ces 5 caméras, une caméra est installée sur le front des masseurs-kinésithérapeutes comme le proposent Pellacia et al. (2017). Les captures vidéos sont retransmises en direct dans une salle attenante, appelée salle de débriefing, pour permettre aux interviewers de prendre connaissance des actes et des discours du masseur-kinésithérapeute durant l'expérimentation, et de relever les moments clés à utiliser durant l'entretien d'auto-confrontation. Ce temps est donc utilisé par les interviewers pour relever des moments à expliciter lors de la séance, et permet donc l'adaptation du guide

d'entretien. L'entretien d'auto-confrontation a lieu dans la salle de débriefing immédiatement après la consultation. Afin de permettre une organisation fluide sur la journée d'expérimentation, deux salles de débriefing sont installées et attribuées à deux interviewers formés aux débriefings et experts en simulation. Vous pouvez prendre connaissance de l'organisation de la journée dans Tableau 5.

Tableau 5 : planning de la journée d'expérimentation

Heure de la consultation	Code du Kinésithérapeute	Visionnage et débriefing	Code de l'interviewer
8h30 -9h15	AA	9h15-11h15	INT1
9h30-10h15	AB	10h15-12h15	INT2
11h30-12h15	AC	12h15-14h15	INT1
12h30-13h15	AD	13h15-15h15	INT2
14h30-15h15	AE	15h15-17h15	INT1
15h30-16h15	AF	16h15-18h15	INT2

8.2.5 L'entretien d'auto-confrontation et le guide d'entretien

Plusieurs méthodes sont disponibles pour l'analyse des situations professionnelles. Les entretiens libres, semi-directifs, ou encore les questionnaires sont des observations à distance de la situation qui permettent une certaine connaissance des situations professionnelles. Cependant, en didactique professionnelle, les entretiens d'auto-confrontations simples sont particulièrement adaptés car permettant une approche compréhensive de la situation de travail et une analyse de l'activité contextualisée et précise. Les séquences montrées au masseur-kinésithérapeute sont sélectionnées par l'interviewer lors du visionnage de la consultation et

sont en lien avec les questions-cadres du guide d'entretien. Le masseur-kinésithérapeute peut s'il le souhaite décider de visionner une séquence en particulier. L'objectif de ce type d'entretien est de faire émerger les discours sur l'action, d'accéder aux théories et aux choix personnels du masseur-kinésithérapeute, aux motifs de son action, aux détails de ses prises de décisions, à sa perception de la situation vécue. Il s'agit là de faire évoquer le vécu de la situation, de faire émerger les concepts en actes.

Le guide d'entretien contient quatre catégories :

- Le mode de raisonnement utilisé pour le triage par raisonnement clinique ;
- Les émotions ressenties au cours du triage par raisonnement clinique ;
- Les concepts pragmatiques, les indicateurs et les variables utiles à la prise de décision de triage par raisonnement clinique ;
- Le moment dans la consultation de la prise de décision en lien avec le triage par raisonnement clinique.

Voici le guide d'entretien ayant servi lors des entretiens d'auto-confrontations :

Guide d'entretien d'explicitation de la capacité de triage en accès direct

Tout d'abord, je tiens à vous remercier de votre participation. Nous ne sommes pas là pour juger votre performance. Nous cherchons à comprendre les éléments qui vous ont permis de choisir de prendre en soin votre patient. Vous êtes libre de vous exprimer comme bon vous semble. Si vous voulez bien, nous allons pouvoir commencer.

1. *Pour commencer parlez-moi de vos émotions durant cette consultation. Que pouvez-vous me dire à ce sujet ?*

Émotion agréable / désagréable

en rapport avec d'éventuels obstacles dans la situation vécue

- a. *Parlez-moi de vos sensations lors des moments où vous hésitez entre choisir de poursuivre la consultation avec vos techniques ou de renvoyer le patient chez le médecin ?*
 - b. *A ce moment d'incertitude, décrivez-moi ce qui se passe dans votre corps, dans votre esprit ?*
 - c. *Décrivez-moi votre état de fatigue suite à cette consultation ?*
2. *Pour poursuivre, une question assez générale, vous avez pris cette décision de ne pas renvoyer votre patient (ou de le renvoyer), parlez-moi de cette prise de décision*

Mode de raisonnement : système 1 (intuition) et système 2 (logique)

- a. *Parlez-moi de la place de l'intuition dans votre décision*
 - b. *Parlez-moi de la place de la logique, de la réflexion dans votre décision*
 - c. *Racontez-moi le lien entre l'intuition et la logique dans votre prise de décision*
 - d. *Décrivez votre utilisation de la réflexion pour prendre la décision de poursuivre ou non le soin*
3. *Décrivez-moi les éléments que vous avez sélectionnés pour prendre votre décision de poursuivre le soin en kinésithérapie / d'arrêter le soin en kinésithérapie ?*

Indicateurs et variables utilisés pour la prise de décision : concepts organisateurs de l'action

- a. *Pouvez-vous m'en dire plus sur le rôle de votre examen subjectif dans cette décision ?*

- b. *Pouvez-vous m'en dire plus sur le rôle de votre examen objectif dans cette décision ?*
 - c. *Pouvez-vous préciser plus en détail ces éléments que vous avez sélectionnés pour prendre votre décision de poursuivre ou non le soin ?*
 - d. *Pouvez-vous prioriser les éléments de votre examen clinique dans votre décision ?*
 - e. *Pouvez-vous décrire les indices utilisés dans cette situation, les éléments qui vous permettent de décider ou non de poursuivre le soin*
4. *Pouvez-vous me dire à quel moment de votre consultation vous avez pris la décision de poursuivre le soin en kinésithérapie / d'arrêter le soin en kinésithérapie ?*

Étapes de la consultation et place de la capacité de triage dans la consultation

- a. *Quels éléments orientent votre décision dès le début de la consultation, à la vue du patient ?*
- b. *Racontez-moi comment vous arriver à vous dire « c'est bon il n'y a pas de risque, je peux continuer ? »*
- c. *Parlez-moi des moments de la consultation où vous hésitez sur votre prise de décision ?*

Les quatre catégories du guide d'entretien pourront être remaniées et d'autres catégories pourront être ajoutées en fonction des éléments perçus lors de la lecture flottante initiale des entretiens dont nous reparlerons ensuite.

8.2.6 Une enquête par questionnaire post expérimentation pour tenir compte de la charge cognitive et vérifier l'utilisation des données recueillies

Cette enquête post expérimentation vise à vérifier la possibilité d'utilisation des données des entretiens. Les différentes dimensions du questionnaire sont : le stress de l'expérimentation en rapport à une séance classique, l'influence de la présence des caméras durant la consultation, l'influence de la présence des caméras durant les entretiens d'auto-confrontations, les émotions et la satisfaction en lien avec la participation à cette expérimentation, et enfin la sensation d'être jugé lors de l'expérimentation et lors de l'entretien. Les résultats de ce questionnaire associé à l'analyse des profils des participants nous permettront de sélectionner les données à conserver pour l'analyse des résultats. Cette enquête par questionnaire est diffusée le soir de l'expérimentation.

8.2.7 La transcription des données et la convention de retranscription adoptée

Le codage permet de traiter le matériel, le transformer afin de permettre « *d'aboutir à une représentation du contenu, ou de son expression, susceptible d'éclairer l'analyste sur des caractéristiques du texte qui peuvent servir d'indices* » (Bardin, 1977). L'unité utilisée pour l'analyse est le thème. Selon Bardin (1977) « *le thème est l'unité de signification qui se dégage naturellement d'un texte analysé selon certains critères relatifs à la théorie qui guide la lecture* ». La transcription des données est effectuée par la convention proposée dans le Tableau 6.

Tableau 6: convention de retranscription des entretiens

Convention	Signification	Exemple
Majuscule	Accentuation d'une syllabe ou d'un mot	« je vous dis que je n'ai RIEN fait »
Troncations	-	« je vous dis que je n'ai ri-en fait »
Pauses de durée variables	...	« je vous dis que je n'ai... rien fait »
Mots inaudibles	XX	« je vous XX que je n'ai rien fait »
Conduites gestuelles et actions non verbales	((...))	« je vous dis que je n'ai rien fait ((se gratte le menton)) »
Compléments d'informations donnés par le transcripteur	[...]	« je vous dis que je n'ai rien fait [sensation d'hésitation dans la voix] »
Superposition de paroles		Je Tu

Il nous a semblé important de nous concentrer en premier lieu sur le contenu du discours puis sur les hésitations et enfin sur les gestes associés aux discours. Les entretiens sont retranscrits sous l'outil Word©, chaque ligne est numérotée. Les masseurs-kinésithérapeutes et les interviewers sont codés. Dans le Tableau 7, vous pouvez prendre connaissance des profils des interviewers.

Tableau 7 : caractéristiques et codage des interviewers

Nom	Prénom	Expert en simulation (HAS, 2014)	Informations professionnelles	Codage
Launay	Frédéric	OUI	Enseignant à l'EUKCVL, responsable des innovations pédagogiques et de la professionnalisation, Université d'Orléans ; Cadre de santé ; MK, Infirmier	INT1
Panchout	Etienne	OUI	Maître de conférences associé à l'EUKCVL, laboratoire ERCAE (EA7493), Université d'Orléans ; doctorant LIRDEF (EA3749), Université Paul Valéry Montpellier 3 ; MKO	INT2

Troisième partie : LES RESULTATS

9 Population étudiée

9.1 Caractéristiques des participants

Dans les sciences sociales, trois possibilités existent pour étudier une population : étudier la population entière, étudier un échantillon représentatif ou étudier des composantes caractéristiques de la population (Van Campenhoudt et al., 2017). Dans notre travail, eu égard à la taille importante de la population étudiée, à la difficulté de sélectionner un échantillon représentatif dans le contexte original de cette recherche, nous avons pris le parti de sélectionner des participants selon des critères d'inclusion définis et sur la base du volontariat.

Dans un premier temps, nous avons cherché des participants en capacité de participer à cette expérimentation à travers un questionnaire diffusé par email et par les réseaux sociaux. Ce questionnaire a été mis en ligne du 15 avril 2020 au 15 mai 2020. Au total, ce questionnaire a reçu 37 réponses. Parmi ces 37 candidats, après avoir pris connaissance des conditions pour faire partie de l'expérience, seize masseurs-kinésithérapeutes ont décidé de participer à l'expérience. Sur ces 16 candidats, tous avaient au moins 4 ans d'exercice professionnel et tous participaient ou avaient participé à des formations post graduées en lien avec le triage par raisonnement clinique, au diagnostic d'exclusion et/ou à l'accès direct : diplôme de kinésithérapeute du sport et/ou diplôme d'ostéopathie et/ou certificat universitaire de thérapie manuelle et/ou certification à la méthode Mc Kenzie. Un des freins essentiels à la participation était la distance entre le domicile du masseur-kinésithérapeute et le lieu de l'expérimentation, à Blois, en région centre val de Loire.

Ces 16 candidats ont ensuite été relancés par email pour leur permettre de prendre leurs dispositions pour l'expérimentation prévue le 11 et 12 juillet 2021. Sur ces 16 participants, 4 ont répondu favorablement pour participer à l'expérimentation.

Les freins évoqués pour la participation à l'expérimentation ont été la crise sanitaire de la Covid-19 et les difficultés rencontrées par les masseurs-kinésithérapeutes durant la période du confinement mais aussi le coût financier du déplacement jusqu'au lieu d'expérimentation.

Une relance par email a été faite afin d'obtenir plus de participants le 20 juin 2020. Deux masseurs-kinésithérapeutes, correspondant aux critères, ont répondu à cette relance et ont été inclus dans l'expérimentation.

Les caractéristiques des 6 masseurs-kinésithérapeutes composant la population sont résumées dans le Tableau 8.

Tableau 8 : caractéristiques de la population étudiée

Code associé au MK	Sexe (M : masculin / F : féminin)	Age en année	Année d'obtention du DEMK	Formations complémentaires post graduées
AA	M	57	1990	1992 DU anthropologie médicale 1994 DU kinésithérapie respiratoire et cardio-vasculaire 1995 Cadre de santé et licence en sciences de l'éducation 1996 maîtrise en sciences de l'éducation 1999 DEA sciences de l'éducation (inachevé) 2000 DU sciences de la qualité en établissement de santé 2004 Certificat d'études Statistiques Appliquées à la Médecine 2006 Master en Santé Publique 2010 DU Interprétation des essais thérapeutiques
AB	M	65	1978	1984 Thérapie manuelle 1990 Rééducation uro-gynécologique 2010 Certification MDT (Institut McKenzie France)
AC	M	59	1984	1988 Rééducation uro-gynécologique 1989 Drainage Lynphatique Manuel 1990 Perfectionnement en kinésithérapie respiratoire 1990-2013 Formations courtes en thérapie manuelle 2013 Myothérapie 2016 Acupuncture

AD	M	29	2014	2016 MDT parties A et B (Institut McKenzie France) 2017 Kinésithérapie et Douleur niveau 1 (INK Formation) 2018 MDT parties C et D (Institut McKenzie France) 2018 Intégration de la Mindfulness en Kinésithérapie (Physiomind) 2019 DU Hypnose et Communication Thérapeutiques (Université de Nantes) 2019 CGE niveau 1 (TMP formation) 2019 Raisonnement clinique avancé au service du diagnostic par Chad Cook (Agence EBP) 2019 Affections respiratoires aiguës du nourrisson (Health Impact)
AE	M	26	2017	2018- 2021 DU Thérapie Manuelle Orthopédique (TMO) (en cours)
AF	F	33	2009	2015 Diplôme d'ostéopathie

9.2 Enquête par questionnaire post expérimentation : sélection des entretiens à analyser

9.2.1 Méthode et outil d'enquête

Il s'agit d'une enquête par questionnaire visant à prendre en compte la possibilité d'utilisation des données de l'expérimentation dans notre analyse (Figure 16 : questionnaire post expérimentation).

Participation bénévole à un travail de recherche : questionnaire post journée d'expérimentation !

Merci infiniment, je vous demande un dernier effort en prenant les minutes nécessaires à remplir le questionnaire suivant.

Etienne Panchout
etienne.panchout@univ-cocorders.fr
06 60 56 16 58

*Obligatoire

Votre ressenti sur cette expérience

Prenez la liberté de vous exprimer le plus sincèrement possible

1. Cochez la case correspondant à votre stress avant la séance d'expérimentation en rapport à une séance "classique" dans votre cabinet *

Une seule réponse possible.

- Stress largement supérieur à une séance classique
 Stress plutôt supérieur à une séance classique
 Stress équivalent à une séance classique
 Stress plutôt inférieur à une séance classique
 Stress largement inférieur à une séance classique

5. Cochez la phrase correspondant le plus à votre ressenti vis à vis de la présence de caméra PENDANT L'ENTRETIEN AVEC L'EXPERIMENTATEUR APRES LA CONSULTATION *

Une seule réponse possible.

- Totalemement déstabilisant
 Plutôt déstabilisant
 Plutôt pas déstabilisant
 Pas du tout déstabilisant

6. Si vous le souhaitez, détaillez ici les raisons de votre choix précédent

9. Cochez la phrase correspondant à votre émotion à la fin de votre passage, une fois l'expérimentation complètement terminée (consultation + entretien) *

Une seule réponse possible.

- Totalemement désagréable
 Plutôt désagréable
 Plutôt agréable
 Totalemement agréable

10. Si vous le souhaitez, détaillez ici les raisons de votre choix précédent

11. Vous êtes-vous senti jugé sur votre performance technique durant l'expérimentation (consultation + entretiens) ? *

Une seule réponse possible.

- Oui, totalement
 Oui, un peu
 Non, absolument pas

17. Année de votre diplôme d'état en masso-kinésithérapie *

18. Citez avec précisions les autres formations que vous avez effectuées. IMPORTANT = précisez pour chacune d'entre elles l'année de la formation. *

Commentaire éclairé

19. *

Une seule réponse possible.

- J'accepte que les informations issues de ce questionnaire soient utilisées dans le cadre du travail de recherche de M Panchout
 Je n'accepte pas l'utilisation des informations issues de ce questionnaire dans le cadre du travail de recherche de M Panchout

2. Si vous le souhaitez, détaillez ici les raisons de votre choix précédent

3. Cochez la phrase correspondant le plus à votre ressenti vis à vis de la présence des caméras PENDANT LA CONSULTATION *

Une seule réponse possible.

- Totalemement déstabilisant
 Plutôt déstabilisant
 Plutôt pas déstabilisant
 Pas du tout déstabilisant

4. Si vous le souhaitez, détaillez ici les raisons de votre choix précédent

7. Cochez la phrase correspondant à votre satisfaction d'avoir participé à cette expérimentation *

Une seule réponse possible.

- Totalemement insatisfait
 Plutôt insatisfait
 Plutôt satisfait
 Totalemement satisfait

8. Si vous le souhaitez, détaillez ici les raisons de votre choix précédent

12. Si vous le souhaitez, détaillez ici les raisons de votre choix précédent

Renseignements divers

Merci de remplir à nouveau ces informations avec le plus d'exhaustivité et de précision possible.

13. Nom *

14. Prénom *

15. Merci d'indiquer votre âge *

16. Indiquez la ville où vous exercez et le code postal (exemple : Blois 41000) *

Figure 16 : questionnaire post expérimentation

Ce questionnaire comporte 5 dimensions. Chaque dimension est reliée à des variables et des indicateurs comme indiqué dans la Figure 17.

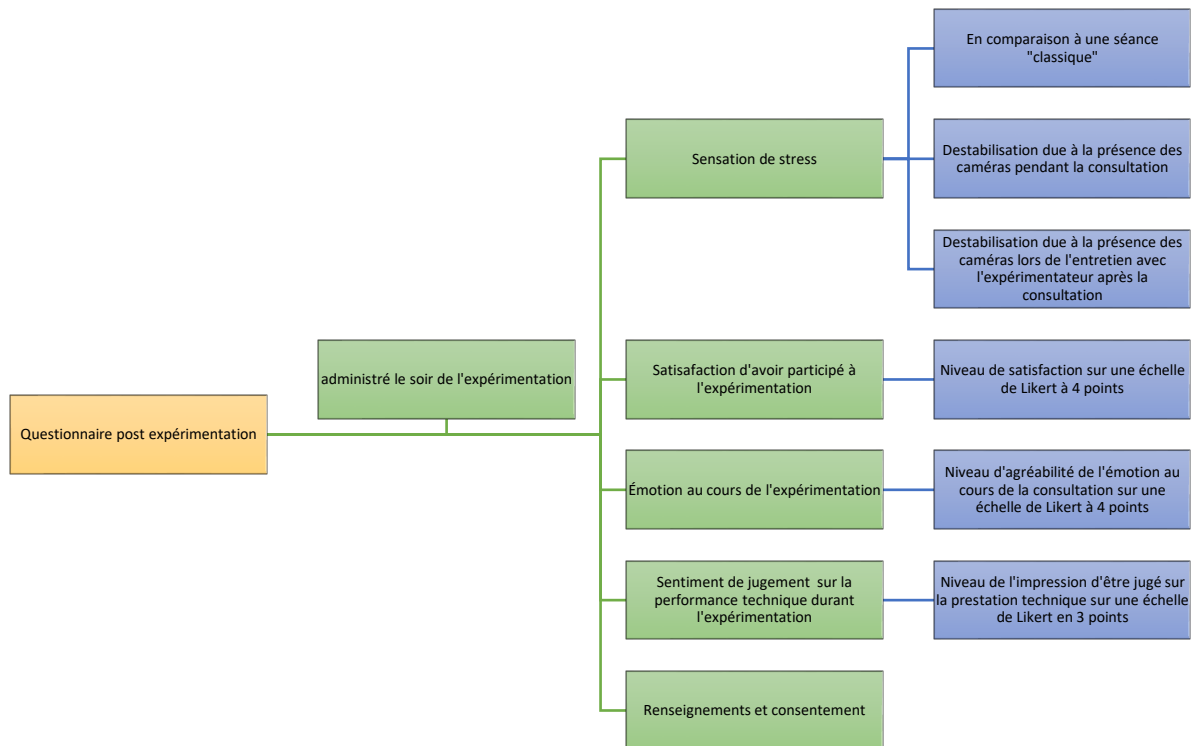


Figure 17: dimensions et indicateurs du questionnaire post expérimentation

L'objectif de cette enquête est de prendre en compte la charge cognitive due à des éléments extérieurs à la situation de soin sur les résultats obtenus lors des entretiens d'auto-confrontation. De nombreuses études font état d'un stress perçu par des étudiants lors de séances de simulation. Ce stress, tenant compte du lien entre émotion et cognition énoncé dans la première partie de ce travail, est à prendre en compte dans notre expérimentation. En effet, Bong et al. (2016) expliquent que la simulation doit reproduire un stress équivalent à la situation clinique proposée. Cependant, ils ajoutent que ce stress peut être source de diminution de la qualité de la performance. Afin de diminuer, le stress inutile inhérent à notre expérimentation nous avons mis en place tant du côté de l'actrice que des participants des modalités favorisant la mise en confiance vis-à-vis du dispositif en respectant les modalités préconisées par la HAS (2012). Malgré tout, il semble indispensable de questionner ce stress vis-à-vis des participants plus en détails.

Dans chaque action, il existe une charge cognitive associée à l'action engagée. La théorie de la charge cognitive développée par Sweller et al. (2011) va dans ce sens. Notre objectif, pour l'obtention de résultats acceptables et utilisables, est de vérifier à partir des dimensions du questionnaire si certains participants ont été en difficulté dans l'expérience. Cette difficulté, pouvant entraîner des modifications comportementales à la fois dans la séance et dans le discours lors de l'entretien doit être prise en compte dans le choix des matériaux issus des entretiens à utiliser. Émotions et raisonnement sont intimement liés. Les émotions en lien avec

le contexte du soin et les problématiques cliniques de la situation clinique font partie de l'expérimentation. En revanche, nous avons souhaité tenir compte des éléments perturbateurs extérieurs pouvant influencer et modifier nos résultats.

9.2.2 Résultats

Les réponses sont disponibles dans le Tableau 9 : réponses au questionnaire post expérimentation.

Tableau 9 : réponses au questionnaire post expérimentation

Questions MK	Stress avant la séance en rapport à une séance "classique"	Ressenti vis à vis de la présence des caméras pendant la consultation	Ressenti vis à vis de la présence de caméras pendant l'entretien	Satisfaction générale	Émotion ressentie en fin d'expérimentation	Sentiment de jugement sur la performance technique
AA	Stress plutôt supérieur à une séance classique	Pas du tout déstabilisant	Pas du tout déstabilisant	Totalement satisfait	Totalement agréable	Non, absolument pas
AB	Stress équivalent à une séance classique	Pas du tout déstabilisant	Pas du tout déstabilisant	Totalement satisfait	Totalement agréable	Non, absolument pas
AC	Stress équivalent à une séance classique	Plutôt pas déstabilisant	Plutôt pas déstabilisant	Plutôt satisfait	Plutôt agréable	Non, absolument pas
AD	Stress plutôt supérieur à une séance classique	Pas du tout déstabilisant	Pas du tout déstabilisant	Totalement satisfait	Plutôt agréable	Oui, un peu
AE	Stress équivalent à une séance classique	Plutôt déstabilisant	Pas du tout déstabilisant	Totalement satisfait	Totalement agréable	Oui, un peu
AF	Stress plutôt supérieur à une séance classique	Plutôt pas déstabilisant	Plutôt déstabilisant	Totalement satisfait	Totalement agréable	Non, absolument pas

Les résultats aux questionnaires sont présentés ci-après dimension par dimension :

- Sensation de stress avant l'expérimentation

Les Figure 18, Figure 19 et Figure 20 présentent l'autoévaluation du stress du masseur-kinésithérapeute avant l'expérimentation, le niveau de déstabilisation due à la présence de caméra lors de l'entretien d'auto-confrontation et le niveau de déstabilisation due à la présence de caméra lors de la séance de consultation.

Concernant le stress pré expérimentation, la question ouverte reliée à cet indicateur du questionnaire permet de percevoir les doutes d'AD quant au caractère réel ou simulé de la situation avec l'idée d'un potentiel « piège ». Pour AF, le stress était plutôt lié au fait d'être performant, « d'être à la hauteur ». Les autres participants n'ont pas justifié leur réponse. AD et AF sont deux masseurs-kinésithérapeutes ayant ressenti un stress « plutôt supérieur » à une séance classique.

Concernant la présence des caméras lors de la consultation, AB et AC « on oublie vite les caméras », « la concentration se porte sur le patient ». AF précise avoir eu du mal à faire « abstraction des caméras au début » de la consultation.

Enfin, concernant la présence des caméras lors de l'entretien d'auto-confrontation, seul AF s'est sentie déstabilisée. En effet, elle explique que le stress de la consultation et de la situation proposée a eu du mal à « redescendre ».

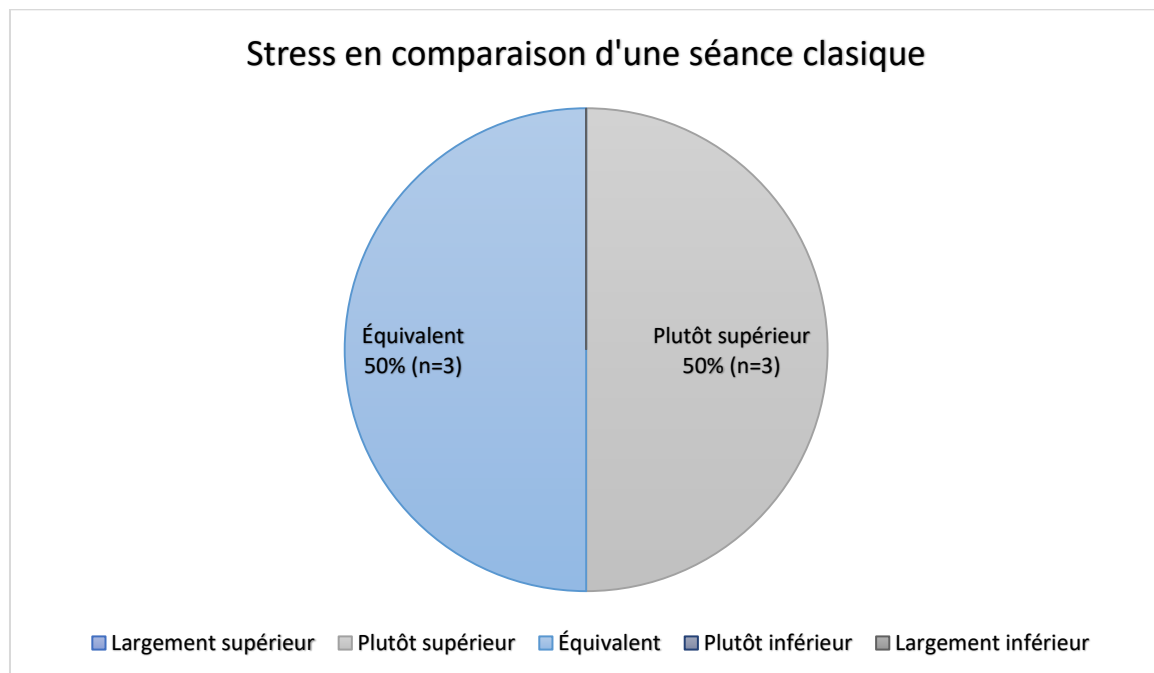


Figure 18: stress en comparaison d'une séance classique

Niveau de déstabilisation due à la présence de caméra lors de l'entretien d'auto-confrontation

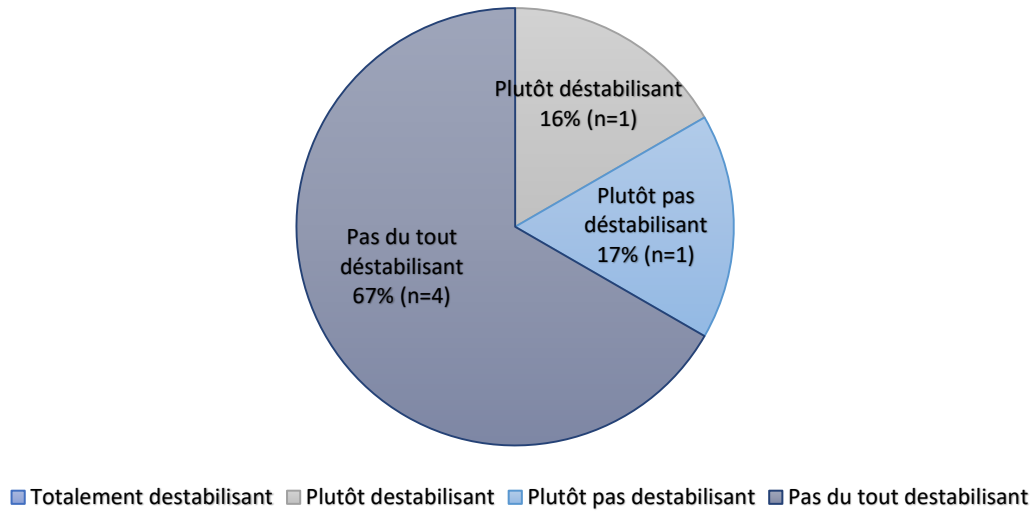


Figure 19: niveau de déstabilisation due à la présence de caméra lors de l'entretien d'auto-confrontation

Niveau de déstabilisation due à la présence de caméra lors de la séance de consultation

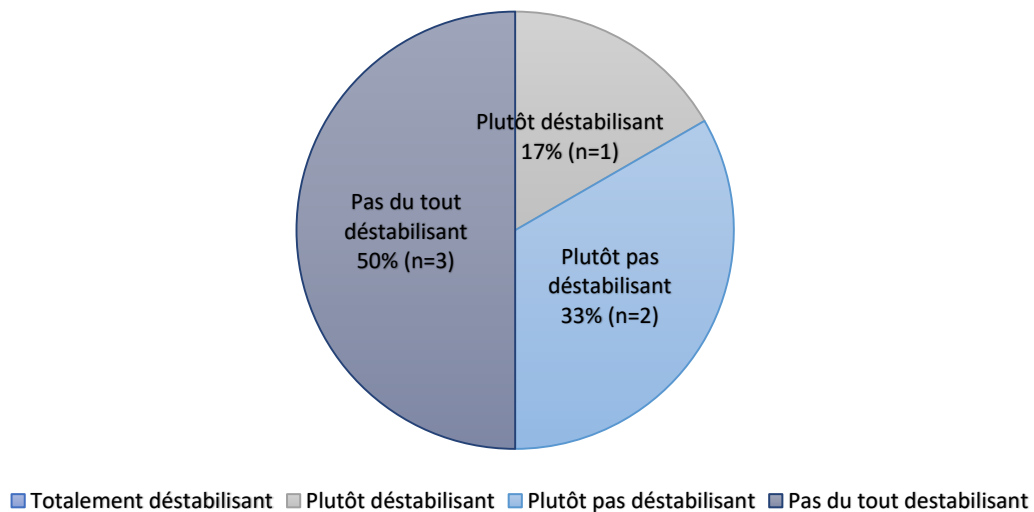


Figure 20: niveau de déstabilisation due à la présence de caméra lors de la consultation

- Satisfaction sur la participation à l'expérimentation

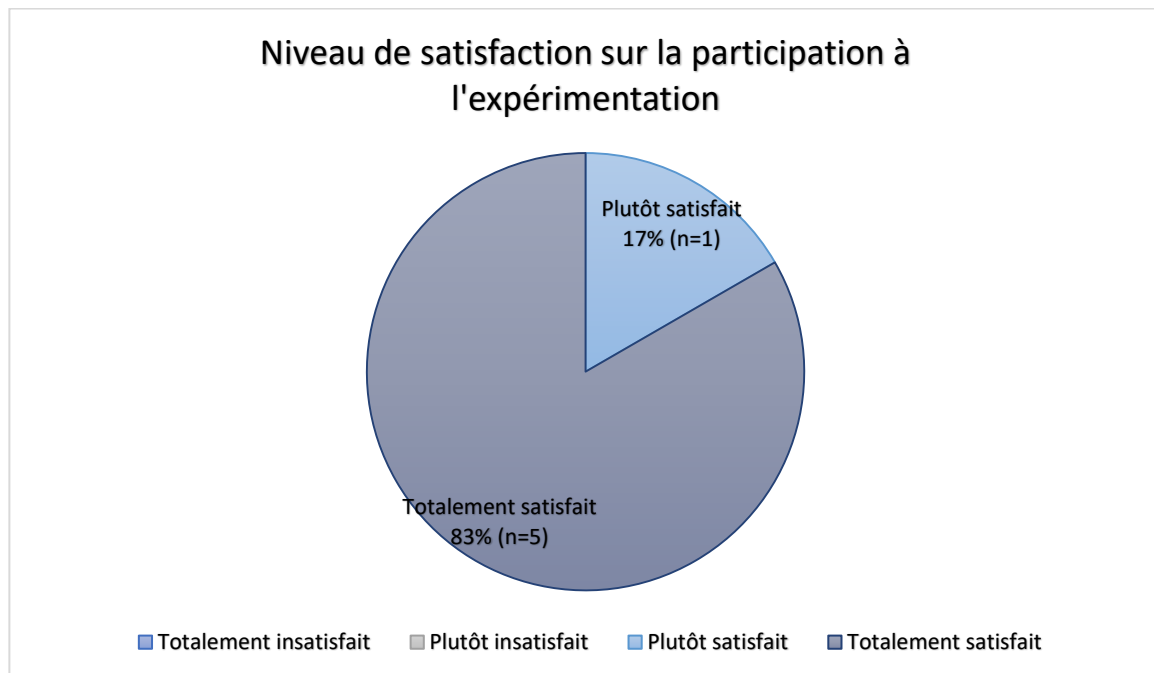


Figure 21 : niveau de satisfaction sur la participation à l'expérimentation

La Figure 21 présente la satisfaction des masseurs-kinésithérapeutes d'avoir participé à l'expérimentation.

AC et AF ont apporté des précisions concernant cet indicateur. AC, totalement satisfait, explique que « *tout ce qui peut permettre à la kinésithérapie d'être améliorée* » lui semble important. Quant à AF, elle dit :

Je ne sais pas si ma contribution va servir à quelque chose. Mais je suis ravie d'être venue. Malgré le stress et un peu la peur et bien j'y suis arrivée. J'avais envie de venir envie de participer à la recherche pour notre métier. J'étais heureuse d'être là même si cela a été un coût énergétique important. Cela est un épanouissement personnel aussi, voir la mise en place technique d'une expérimentation (je ne parle pas de la méthodologie car je n'y connais rien), faire un entretien à la suite et repartir avec le sourire et bien que demander de plus ?.

- Emotion en fin d'expérimentation (Figure 22) :

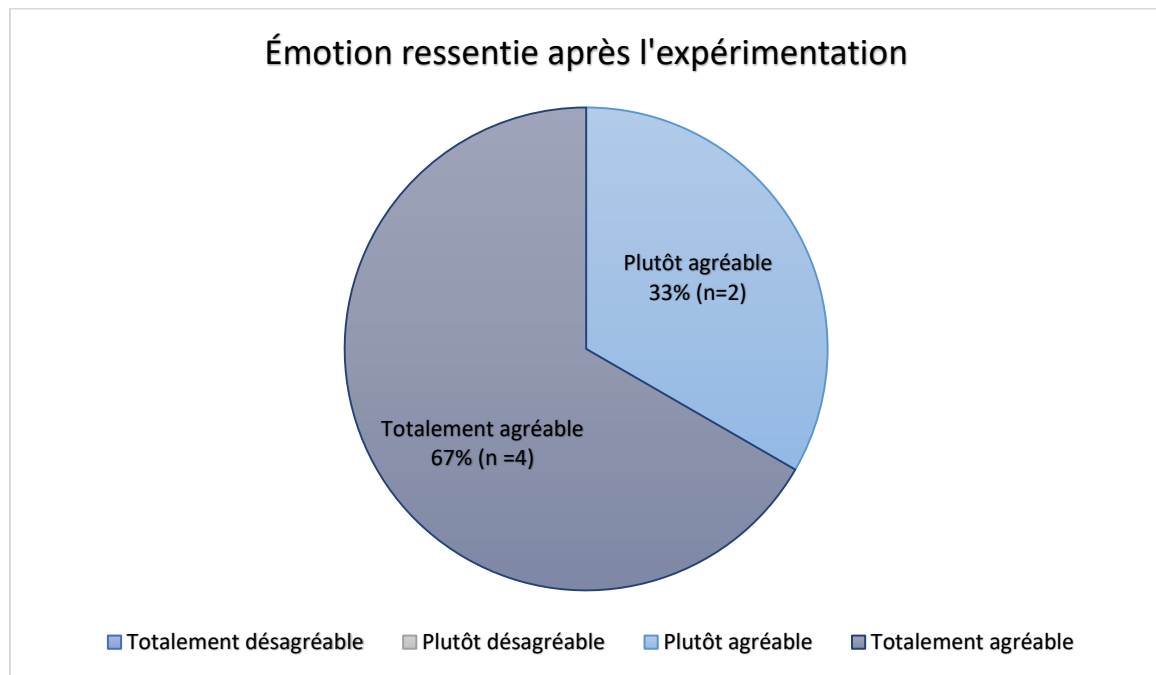


Figure 22 : émotion ressentie après l'expérimentation

La question ouverte est remplie par AD et AF. AD explique avoir eu une sensation désagréable immédiatement après la séance en raison de l'incertitude face aux prises de décisions. Il poursuit en précisant avoir eu une émotion agréable après l'entretien d'auto-confrontation :

La sensation juste après la consultation était désagréable, entre la sensation d'être perdu dans ses pensées et la tristesse de ne pas avoir pu être utile pour cette patiente. En est ressorti de l'entretien une sensation agréable accompagnant une certitude plus importante sur les décisions prises pendant la consultation.

AF écrit « J'étais fière de moi, heureuse d'avoir participé, peut-être même aidé ? Je me suis sentie sereine à la fin et apaisée. ».

- Sentiment de jugement sur la performance technique durant l'expérimentation

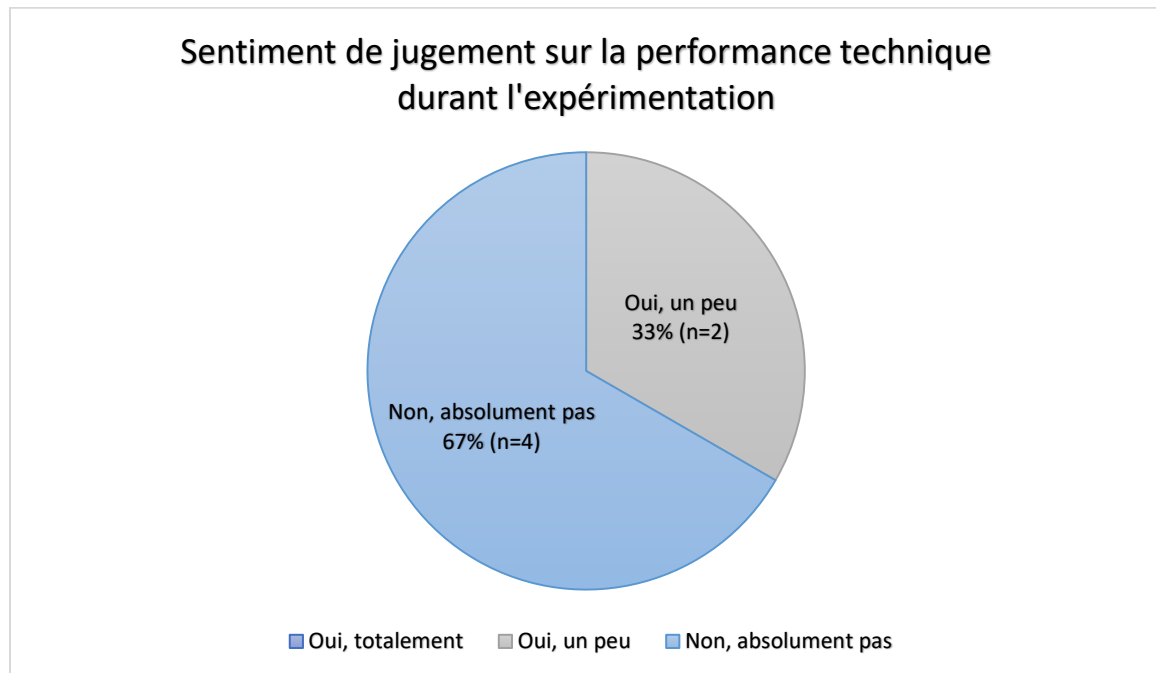


Figure 23 : sentiment de jugement sur la performance technique durant l'expérimentation

La Figure 23 présente le ressenti des masseurs-kinésithérapeutes sur la sensation d’être jugé, évalué sur la performance technique lors de l’expérimentation.

AC et AF ont répondu à la question ouverte après avoir répondu « *non, absolument pas* » à la question fermée. AC explique « *Bien qu'il y ait eu nécessairement un avis (l'objectivité pure n'existe pas), cela n'est jamais apparu lors de l'entretien.* ». Quant à AF elle écrit « *A aucun moment je me suis sentie jugée. On ne m'a pas parlé de technique (pas pendant la consultation car j'étais seule avec ma patiente) et nous n'avons pas évoqué cela durant l'entretien.* ».

AD précise sa réponse « *Oui, un peu* » avec les mots suivants « *Les personnes organisant l'expérimentation ont installé un climat de confiance et de non-jugement, mais la croyance du "jugement involontaire et automatique inhérent à l'être humain" reste présente.* ». Il explique qu’il a eu des difficultés à ne pas se sentir jugé. Il attribue aux circonstances mais aussi à la difficulté personnelle de ne pas se sentir jugé.

9.2.3 Discussion et sélection des entretiens à analyser

Notre analyse de ces résultats doit permettre de déterminer les entretiens à analyser et à prendre en compte dans cette expérimentation. En effet, le biais de désirabilité est à prendre particulièrement en compte dans notre expérimentation afin d’avoir des résultats interprétables et utilisables.

La situation de l'expérimentation contient de nombreux éléments augmentant considérablement la charge cognitive en rapport avec une séance de consultation classique :

- Le lieu de l'expérimentation ;
- La présence des caméras ;
- La personnalité et la compétence dans la conduite d'entretien des expérimentateurs ;
- La situation simulée que le masseur-kinésithérapeute en ait eu conscience ou non ;
- Le fait que ce soit une expérimentation.

Tout d'abord, les résultats de l'enquête post expérimentation montre une satisfaction des masseurs-kinésithérapeutes, et une émotion jugée plutôt agréable suite à la participation. L'expérimentation a été un moment perçu par l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes comme moment agréable et satisfaisant.

Par ailleurs, les réponses aux relances lors des entretiens ne semblent pas être corrélées à l'INT. La population de cette expérimentation est trop faible pour évoquer des tests statistiques fiables de corrélation. Cependant, il n'est pas retrouvé d'hypothèse de corrélation entre les réponses des participants et les INT. Par exemple, AD et AE ont eu chacun des INT différents. Or, ce sont les deux seuls masseurs-kinésithérapeutes à s'être senti jugé durant l'entretien. De la même manière, AC et AD ont trouvé l'expérimentation « *plutôt agréable* » tout en ayant eu deux INT différents pendant que l'ensemble des autres participants jugeaient l'expérience « *totalelement agréable* ». Il est donc possible de proposer d'analyser les entretiens quel que soit l'INT ayant suivi la consultation et mené l'entretien d'auto-confrontation.

D'autre part, AA, AB, AC et AF ont des réponses qui permettent d'intégrer leurs entretiens respectifs dans notre enquête sans difficulté. En effet, les réponses de ces participants ne laissent pas de place trop importante à une influence sur leur comportement des éléments extérieurs (caméras, lieu de l'expérimentation).

En revanche, l'utilisation des résultats issus des entretiens d'AD et AE sont à discuter.

Concernant AD, il s'est senti « *un peu* » jugé lors de l'entretien d'auto-confrontation. En revanche, les caméras n'ont pas perturbé son travail lors de la consultation ou son expression lors de l'entretien. L'explication donnée par AD dans la question ouverte est en lien avec le sentiment d'être évalué en permanence. Il exprime donc ici un sentiment personnel, une difficulté à se détacher du jugement d'autrui. Ensuite, AD utilise les termes « *climat de confiance* » et « *non-jugement* » pour parler de l'atmosphère créé par l'INT. Ces termes permettent de renforcer l'hypothèse de la difficulté pour AD à se détacher du jugement d'autrui alors même que celui-ci instaure un climat propice à l'expression. Enfin, AD a bénéficié de

formations en lien avec le triage par raisonnement clinique comme la formation MDT et a une expérience professionnelle de 7 années. Pour conclure, nous incluons AD dans notre population d'étude.

Concernant AE, la combinaison du niveau de déstabilisation lors de la consultation par la présence des caméras et de l'impression d'avoir été jugé durant l'entretien d'auto-confrontation interroge la fiabilité de nos résultats. De plus, AE est le participant ayant le moins d'expérience, et il n'a pas encore finalisé son cursus de formation en TMO. Selon Tricot & Sweller (2016), « *la psychologie de l'expertise a montré que le principal facteur déterminant les performances des experts réside dans les connaissances spécifiques acquises. Plus le domaine est complexe, plus les connaissances spécifiques ont de l'importance.* ».

Il n'est pas impossible que le renversement dû à l'expertise n'ait pas encore eu lieu pour AE. Cet effet permet aux experts de résoudre des problèmes complexes :

Les experts sont des personnes qui ont déjà acquis les connaissances nécessaires à la résolution d'un type de problèmes donné. Ils n'ont pas besoin qu'on leur montre comment résoudre ces problèmes du fait qu'ils n'ont pas besoin de s'engager dans une recherche pour trouver une solution pertinente aux problèmes (Tricot & Sweller, 2016).

Cet effet mis en lumière par la théorie de la charge cognitive décrite par Sweller et al. (2011) explique le passage de novice à expert.

Aussi, afin de préserver la qualité de nos résultats, nous excluons AE de l'expérimentation car il n'est pas impossible qu'il en soit au stade de novice dans la situation d'accès direct. Maintenir AE dans l'expérimentation pourrait conduire à l'inclusion de résultats non représentatifs du modèle opératif des experts qui nous intéresse ici. Ces résultats pourraient venir biaiser notre analyse et la modélisation de la structure conceptuelle de la situation de triage.

Finalement, les entretiens de 5 des 6 masseurs-kinésithérapeutes ayant participé à l'expérimentation seront utilisés.

Les résultats de cette enquête par questionnaire permettent de réaliser le diagramme de flux des participants de cette étude.

9.3 Diagramme de flux des participants

La Figure 24 permet de visualiser le diagramme de flux de la population de notre expérimentation.

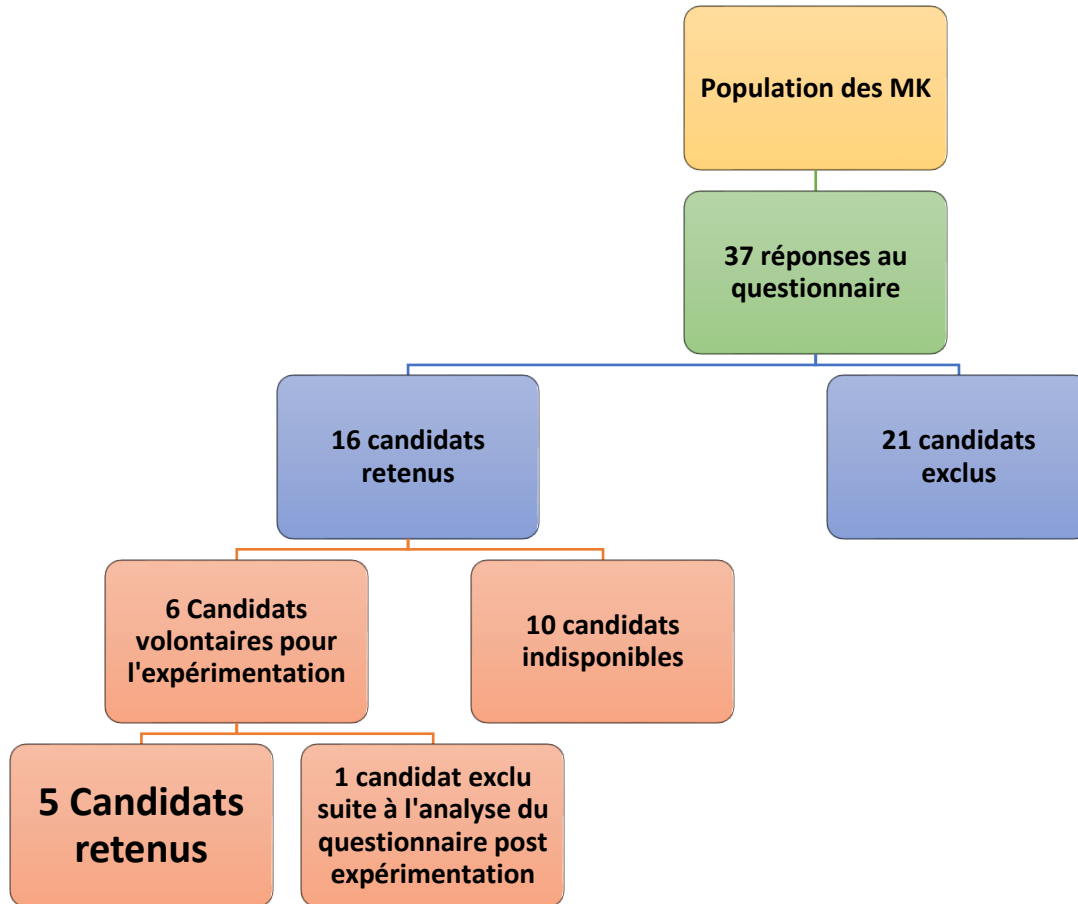


Figure 24 : diagramme de flux des participants à l'expérimentation

10 Analyse des entretiens d'auto-confrontation

10.1 Caractéristiques des entretiens et des séances de simulation

Dans le Tableau 10, il est possible de prendre connaissance des durées des séances effectuées par les masseurs-kinésithérapeutes, la durée des entretiens et l'interviewer. L'ensemble des entretiens sélectionnés sont consultables en annexe (Annexe 3 : retranscription de l'entretien avec AA pour AA, Annexe 4 : retranscription de l'entretien avec AB pour AB, Annexe 5 : retranscription de l'entretien avec AC pour AC, Annexe 6 : retranscription de l'entretien avec AD pour AD et Annexe 7 : retranscription de l'entretien avec AF pour AF).

Tableau 10 : caractéristiques des séances et des entretiens

MK	AA	AB	AC	AD	AE	AF
Durée de la séance avec la patiente	19'30''	41'	47'	46'30''	37'30''	30'30''
Durée de l'entretien d'auto-confrontation	46'	44'45''	37'	26'45''	38'	18'45''
Interviewer	INT1	INT2	INT1	INT2	INT1	INT2

10.2 Lecture flottante : la frustration de « ne pas soigner » et le « risque » pour le patient comme thèmes émergents

La lecture flottante proposée encore appelée la découverte du sens général (Giorgi, 1975) permet de s'imprégner du matériau d'analyse pour en dégager les premières informations issues du discours. Elle permet d'appréhender et de laisser

Venir à soi des impressions, des orientations [...] petit à petit la lecture devient plus précise en fonction d'hypothèses émergentes, de la projection sur le matériel de théories adaptées, de l'application possible de techniques utilisées sur des matériaux analogues (Bardin, 1977).

Cette lecture flottante des matériaux a permis l'émergence de deux thématiques supplémentaires non attendues dans les entretiens qui seront à l'origine de dilemme pour les masseurs-kinésithérapeutes. Le risque lié à la situation de triage par raisonnement clinique analytique (système 2) et non analytique (système 1) en accès direct et la notion de frustration des masseurs-kinésithérapeutes au cours de la séance. Ces deux catégories ont été ajoutées après cette étape de la lecture flottante aux catégories pré existantes initialement qui étaient : le mode de raisonnement, les émotions ressenties, les concepts pragmatiques de la situation de triage et le moment de la prise de décision de triage. Au total, après cette étape, six catégories ou thématiques se dégagent.

10.3 Analyse verticale des données et catégorisation

Pour Bardin (1977) « *la catégorisation est une opération de classification d'éléments constitutifs d'un ensemble par différenciation puis regroupement par genre (analogie) d'après des critères préalablement définis* ». Le critère de catégorisation choisi dans cette expérimentation est sémantique par thématique. Bardin (1977) parle d'une « *procédure par boîte* ». Le type d'unité choisi dans le traitement des données est l'unité de sens. L'unité de sens est appelée « *unité de contexte* » par Bardin (1977), tantôt « *unité d'enregistrement* » et tantôt « *unité de contexte* » (Mucchielli, 1979). L'Écuyer (2011) écrit sur l'unité de sens :

Quoique plus difficile d'utilisation, elle a le grand mérite de demeurer constamment et exclusivement liée à l'identification des éléments du texte possédant un « sens complet » en eux-mêmes. Le simple mot, la simple phrase ne contiennent pas nécessairement en eux-mêmes tout le sens : ils peuvent prendre des sens tout à fait différents plus loin dans le texte. L'unité de sens n'est donc jamais délimitée une fois pour toutes.

Pour Mucchielli (1979), il s'agit alors de découper « *en tranches ayant, en elles-mêmes, un sens global unitaire* ».

Les unités de sens en lien avec les catégories ou thèmes identifiés par la lecture flottante et attendus par le guide d'entretien sont sélectionnées à l'aide d'un code couleur. Nous vous proposons un exemple de cette analyse verticale dans Figure 25.

- 1 Les émotions au cours de la prise de décision de triage.
- 2 Le Mode de raisonnement dans la prise de décision de triage →
- 3 Les concepts organisateurs de l'action et les indicateurs et variables mis en jeu →
- 4 Le moment de la prise de décision dans la consultation.
- 5 La notion de risque(s) dans le soin accordé au patient.
- 6 La notion de frustration dans le soin apporté par le kinésithérapeute.....

270 surveiller quoi?

271 INT^a: Tu as décidé de, donc d'intervenir en éducation posturale sur la fin de la séance en fait?

272 MK^a: C'est ça?

273 INT^a: Et à quel moment tu as pris cette décision, finalement d'intervenir?

274 MK^a: Bah, si tu veux, euh... à la suite de tout ça quoi, quand je suis ar... voilà comme j'ai pas de

275 préférence directionnelle, je sais que j'ai une question, assise c'est pas délétère, de toute façon que ça

276 t'comme elle est en travail assise longtemps longtemps longtemps, alors t'as assis au travail, assis

277 lecture, t'as assis avachi dans ton canapé, t'as assis dans ton fauteuil, donc on est assis j'dirais une

278 grande partie de la journée. Puis après, un petit peu avachi, donc autant la faire travailler comme ça

279 on est sûr que si y'a une hernie qui, qui qui se déclenche qui vient c'est pas ça qui va lui produire la

280 douleur de.... En revanche, peut être que ça peut l'améliorer et tout?

281 INT^a: Oui?

282 MK^a: Voilà. Mais ça c'est point d'interrogation.

283 INT^a: Oui. Est-ce que tu peux me résumer du coup dans la prise en charge quels sont les éléments qui

284 étaient en faveur de du choix de l'intervention qui s'est, que tu as décidé?

285 MK^a: XX à la fin ouais?

286 INT^a: C'était quoi les critères et les indicateurs précis?

287 MK^a: Alors les indicateurs c'est aucune préférence directionnelle?

288 INT^a: Ok?

289 MK^a: Tout a l'air un peu d'empirer?

290 INT^a: Oui?

291 MK^a: Voilà, donc à partir de ce moment-là, soit je je je laisse et puis je leur dis je dis allez voir le

292 médecin ou un thérapeute qui va faire autre chose hein, c'est ça mes choix en fait?

293 INT^a: D'accord euh, tu m'as dit au début que t'avais toujours un peu un doute?

294 MK^a: Oui?

295 INT^a: Euh selon toi, ce doute là il serait levé à quel moment?

296 MK^a: Alors il serait levé euh au moins à la prochaine séance peut être. Entre deux et trois séances ça

297 dépend?

298 INT^a: Et sur quels éléments de la deuxième ou troisième séance euh?

299 MK^a: Et bien d'abord je verrais ce que l'éducation assise a donné?

300 INT^a: Oui?

301 MK^a: Pour voir si elle a participé?

302 INT^a: Oui?

303 MK^a: Parce que si elle participe pas c'est mal barré pour faire ((rire)) pour faire du McKenzie?

304 INT^a: ((rire))?

305 MK^a: Donc après c'est pas la peine d'insister hein?

306 INT^a: Ouais?

307 MK^a: XX Voilà, ça convient pas ça convient pas hein, donc ça serait ça mes éléments et c'est les

308 symptômes qu'elle va, qu'elle va avoir, et là je refais une évaluation, alors y'a plus trop la partie tout

309 ça ((retourne sa feuille sur le recto)) ça va, ça c'est, c'est dans le dossier, je réinterroge un petit peu,

310 mais ça va plus vite après c'est surtout ((retourne la feuille sur le verso)) la réévaluation un petit peu

311 comme ça si je peux le faire, en fonction de ses symptômes.

Figure 25 : extrait de l'analyse verticale de l'entretien de AB

Une fois la catégorisation effectuée, l'interprétation du chercheur va permettre d'en « *savoir plus* » en s'appuyant sur « *les éléments constitutifs du mécanisme classique de la communication : le message (signification et code) et son support ou canal d'une part ; l'émetteur et le récepteur d'autre part, comme pôles d'inférences proprement dits* » (Bardin, 1977).

10.3.1 Tableau d'indexation thématique du discours de AA (Tableau 11)

Tableau 11 : tableau d'indexation thématique du discours de AA

Analyse de l'entretien : INT1	
Entretien réalisé par INT1	
Date de l'entretien : 11 juillet 2020	
Durée de l'entretien : 46'	
Lieu de l'entretien : 3 bis avenue du Maréchal Foch 41000 Blois	
Tableau d'indexation thématique du discours des interviewés	
Thèmes listés dans le guide d'entretien et abordés par les MK interviewés	Bribes de phrases extraites du discours correspondant aux thèmes listés dans le guide d'entretien et abordés par le MK interviewé
Les émotions liées à la capacité de triage	<p>Ligne 4 : « c'est une expérience improbable pour moi »</p> <p>Ligne 25 : « Ah bah pfff, (geste de la main qui part vers le haut)) c'est parti, c'est vraiment sinusoïdal »</p> <p>Ligne 29 : « Là, alors déjà, là j'suis dans, j'suis dans l'incertitude »</p> <p>Ligne 40 : « Euh, en fait à ce moment-là j'me dis euh... « c'est un domaine de la maladie que j'connais pas » »</p> <p>Lignes 44 et 45 : « Euh... Qu'est-ce que c'est que cette histoire et donc oui j'suis pas très à l'aise avec ça, avec le fait que le, que je maîtrise pas la question »</p> <p>Ligne 54 : « C'est pas la catastrophe mais, tst j'me dis attention là faut, va falloir gérer le truc. »</p> <p>Lignes 100 à 104 :</p>

« C'est, voilà. Donc, et puis pendant ce temps-là ça me permettait de réfléchir, d'avoir un contact avec la personne, d'avoir un contact corps à corps qui permet de la détendre, de se dire qu'elle est, elle est bien en relation avec un thérapeute, puis moi pendant ce temps-là je réfléchis euh... voilà comment je vais alambiquer le truc, comment j'avais lui, l'annoncer que c'est pas fini, il faut qu'elle voit son médecin, moi j' pense qu'il faut qu'elle revoie son médecin »

Lignes 143 et 144 :

« Elle se déshabille bah je vois qu'elle a toujours deux seins, euh... donc j'me dis « c'est quoi ce truc-là ? » »

Lignes 169 à 171 :

« Sur le plan thérapeutique j'ai un peu peur que ce soit une personne qui soit euh... sur des, des croyances un peu... un peu surprenantes par rapport à la thérapeutique, donc j'me méfie et j'me dis va falloir être assez convainquant euh »

Ligne 257 :

« je sors les rames ((mime de ramer)) »

Lignes 372 à 376 :

« Un p'tit truc Etienne, faut que j'te dis parce que du coup ça va peut être jouer sur ton expérimentation, à un moment, parce que j'suis un peu tordu, euh, quand elle me parle du, du cancer du sein dans cette dans cette zone là de de l'entretien ((regarde et montre sur sa feuille)) je... j'ai un p'tit moment dans la tête où j'me dis « est-ce qu'il m'aurait pas foutu entre les pattes une actrice ? »

Lignes 382 à 385 :

« Voilà elle a pas de cicatrice, y'a pas de truc et j'me dis est-c- et puis, elle a une façon de me répondre à s- quand je lui pose la première question sur le, sur la douleur là ((montre sur sa feuille)) euh au tout début de l'entretien, euh qui m'alerte un p'tit peu et euh j'ai l'impression qu'elle a appris son texte. »

Lignes 387 et 388 :

« Voilà. Donc, j'ai un p'tit doute et puis après euh... par recoupement, sur d'autres informations donc elle euh, ouais, elle dit bien son truc, voilà. »

Ligne 390 :

« Et j'abandonne l'idée que c'est une actrice »

Lignes 401 à 403 :

« J'vais pas chercher à blinder, euh.. j'vais chercher à prolonger derrière tr- très rapidement hein là ((montre sur sa feuille)) dans le dans le au début de la deuxième partie de la séance j'me dis « bon là faut que j'aille chercher des ressources » »

Lignes 422 et 423 :

« Oui alors c- bah tiens sur le plan émotionnel je trouve ça beaucoup plus inconfortable que ma vie professionnelle habituelle »

Lignes 554 et 555 :

« Ah non je doute pas, non non moi j'suis parti dans cette action là et, va falloir que mes collègues soient très convaincants

Ligne 557 :

« Pour me faire douter dans l'autre sens, voilà »

Lignes 561 à 563 :

« Quand même un peu dans le brouillard dans cette affaire-là, et s- et j'me dis mes collègues vont m'aider, à, formaliser les choses euh, me confirmer que la décision e-est pertinente, de juste envoyer un message chez le médecin traitant. »

Ligne 727 :

« À ce moment-là oui je doute oui c'est dans les moments où je me dis c'est une actrice »

Ligne 794 :

« Si j'suis dans une attitud- dans une démarche de certitude »

Lignes 875 et 876 :

« Parce que j'ai, justement, comme j'étais en situation d'incertitude, je.. je me préparais, j- même avant je faisais méditation zen

Lignes 878 à 880 :

« Tu vois pour euh fuuut faire descendre la pression euh.. Laisser venir mon esprit spontanément, ne... pas me laisser influencer par les émotions d'façon à ce que après je sois dans un attitude un peu proche de, de ce que je vis habituellement »

<p>Le mode de raisonnement utilisé lors de la capacité de triage par raisonnement clinique :</p> <p>triage par raisonnement clinique non analytique (système 1)</p>	<p>Lignes 6 et 7 :</p> <p>« voilà c'est ça permet de, de réfléchir autrement, d'émettre des hypothèses, se dire ouh lala y'a plein de trucs que j'sais pas alors faudrait que j'bosse ci et ça.. euh »</p> <p>Lignes 288 à 290 :</p> <p>« en même temps je garde toujours dans l'idée que, d'une part ça peut être un problème mécanique parce que elle a, elle a fait un déménagement y'a quelques temps, elle m'a parlé de ses activités sportives ((regarde sa feuille)) qu'étaient plus ou moins euh »</p> <p>Lignes 337 à 340 :</p> <p>« Voilà. Moui ça ça m'intéresse pas du tout euh... Du coup je fonctionne avec euh l'idée que faut essayer de comprendre qu'est-ce qui a pu se passer dans cette région-là, qui fait qu'elle a mal. Donc à un moment les enfants euh.. c'est l'idée par rapport à l'ancienneté des grossesses et des gro- des conséquences de la grossesse sur l'appareil locomoteur. »</p>
<p>Le mode de raisonnement utilisé lors de la capacité de triage par raisonnement clinique :</p> <p>triage par raisonnement clinique analytique (système 2)</p>	<p>Lignes 32 et 33 :</p> <p>« et puis tout de suite y'a des hypothèses qui commencent à se mettre, donc tu vois j'commence à rationaliser »</p> <p>Lignes 249 à 250 :</p> <p>« C'est, c'est à la fois me dire euh j'ai besoin de gagner du temps ((met la vidéo sur pause)) pour réfléchir et en même temps »</p> <p>Lignes 342 à 345 :</p> <p>« Euh.. sur euh.. euh.. le sport parce que ça peut avoir une retentissement sur la mécanique lombaire et de savoir c'qui se passe plus ou moins actuellement. Et puis euh évidemment ((claque des doigts)) à partir d'un moment j'décroche les antécédents boum là ça y est c'est c'est ce fil-là. J'fais comme une fermeture prématurée, à un moment »</p> <p>Lignes 881 à 884 :</p> <p>« quand je sors du truc j'me dis « bon voilà c'était ci était ça, euh c'était un truc où euh, mon recueil de données cliniques était pas le plus performant, était pas le plus intéressant et par contre j'ai fait une démarche de raisonnement clinique comme j'fais d'habitude, j'suis antécédents, euh hypothèse euh immédiate XX etc.»</p>

<p>Processus interactifs</p>	<p>Lignes 66 à 68 :</p> <p>« Ce sera que ça, mais par contre ce qui me rassure c'est j'me dis bon même si c'est une expérimentation euh j- si y- mentalement je me replaçais dans une situation plus réaliste, j'serais un collègue d'Etienne, euh y'aurait des médecins autour euh qu'on peut contacter. »</p> <p>Lignes 79 à 87 :</p> <p>« Oui, alors déjà moi tout de suite je serai allé voir euh.. en, en ressource spontanée un collègue du cabinet pour lui en parler physiquement « là, tiens Etienne t'as deux minutes ? »</p> <p>Lignes 82 à 84 :</p> <p>MK : « J'voudrais te parler d'un cas là j'viens de, j'viens de rencontrer, j'ai laissé partir la personne mais j'suis pas satisfait, euh voilà c'est une jeune femme qui un antécédent de cancer de, du sein qui me paraît bizarre, pas de chirurgie, radiothérapie, puis cancer du sein à 34 ans c'est un truc- »</p> <p>Ligne 106 :</p> <p>« Et du coup la messagerie sécurisée c'est le moyen qui me permet d'envoyer »</p> <p>Lignes 108 à 111 :</p> <p>« L'info au médecin, mais du coup j'vais en parler d'abord avec un collègue parce que c'est, comme c'est un sujet que je maîtrise pas, euh, j'vais en parler avec toi, avec un collègue du cabinet de façon à avoir des arguments percutants, clairs, précis, dans le mail sécurisé que j'vais envoyer au médecin traitant. »</p> <p>Lignes 204 à 207 :</p> <p>« Un mois, par rapport à une reprise d'examen de diagnostic, et ça serait pas une bonne idée, donc du coup après je surenchéris un peu sur le « ah et va falloir voir le docteur » et, et j'la préviens que j'vais informer le médecin en lui- de façon à ce qu'elle se dise bon, y'a un truc qui va se passer derrière. »</p> <p>Ligne 405 :</p> <p>« Il faut que j'aille chercher des collègues XX »</p> <p>Lignes 409 et 410 :</p>
-------------------------------------	---

	<p>« je discute avec elle, faut que je vois avec les collègues du cabinet, et du coup je blinde pas mais j’essaie de, de préparer ma sortie »</p> <p>Lignes 472 à 474 :</p> <p>« Voilà et j’aimerais mieux que vous la voyiez pour explorer un peu ça parce que j’suis très inquiet par rapport à un cancer du sein chez quelqu’un qu’est très jeune »</p> <p>Ligne 559 :</p> <p>« Par contre ce que j’ai besoin, c’est que les collègues me donnent un avis parce que je suis euh »</p>
<p>Les concepts organisateurs de la situation de triage</p>	<p>Lignes 34 à 37 :</p> <p>« après quand elle me, que je l’interroge et qu’elle me décrit un peu ses trucs alors y’a des- j’passe à la fois d’éléments rationnels dans l’histoire de, cette jeune fille, de sa maladie etc., et puis hop, y’a des choses qui commencent à m’inquiéter, euh par rapport à l’antécédent du cancer du sein et là j’m dis « ouh, attention on est dans la merde, ça peut être plus compliqué que ça ». Voilà. »</p> <p>Lignes 41 à 42 :</p> <p>« donc euh le cancer du sein, j’connais bien le cancer du poumon évidemment, mais le cancer du sein, chez une femme de 34 ans j’m dis « oh lala ça va pas ça » »</p> <p>Lignes 163 à 164 :</p> <p>« Euh... Donc si on ramène par rapport à l’âge actuel de la personne ((montre l’âge puis le cancer sur sa feuille)) ç’t’à dire qu’avant 30 ans elle avait déjà eu un cancer du sein »</p> <p>Lignes 172 à 177 :</p> <p>« Après quand je l’examine j’ai pas d’éléments mécaniques euh... qui sont très probants, en même temps j- c’est pas mon rayon hein, j’avoue que l’appareil locomoteur, la colonne vertébrale c’est pas mo- c’est pas du tout mon secteur, mais euh quand j’examine sa colonne vertébrale y’a pas d’attitude scoliotique euh, je palpe, oui effectivement y’a des muscles paravertébraux qui sont plus.. plus euh.. plus costauds du côté de, de la sciatique que d’l’autre mais c’est assez cohérent dans le- mais ça j- c’est pas ça qui me décide. Voilà »</p>

Ligne 229 ::

« Tst, j’lui demande l’intensité de la douleur »

Ligne 231 :

« Elle est pas très très élevée »

Lignes 233 et 234 :

« Mais pour moi c’est pas un élément suffisant pour écarter euh, l’hypothèse d’une évolution cancéreuse »

Lignes 236 à 240 :

« Hein, parce que la personne elle dit 3 sur 10 là maintenant mais en même temps elle vient consulter assez rapidement euh en se disant « j’vais partir en vacances » donc potentiellement ça peut être plus important après voyage en voiture, donc c’est pas.. c’est un élément pour dire voilà aujourd’hui j’ai un flash c’est à 3 sur 10, si on en reparle dans deux jours elle pourra me dire autre chose »

Ligne 242 :

« Mais c’est pas ça qui, c’est pas l’intensité qui va me, qui va me convaincre que c’est bénin. »

Lignes 251 à 256 :

« même si c’est un cancer on- elle a le droit d’avoir moins mal euh... et elle m’a dit déjà elle même spontanément que quand elle est en chien de fusil elle se sent bien donc j’m dis on va partir dans cette idée là puisqu’elle a déjà trouvé une posture elle-même euh qu’est favorable à son antalgie euh c’est assez facile en éducation thérapeutique de dire bah « puisque vous le faites-vous avez trouvé que cet élément-là vous soulage » on est à peu près certains qu’elle va pouvoir le réutiliser pour pour f- soulager puis après moi je je réfléchis de manière mécanique alors là j’suis vraiment euh...»

Lignes 467 à 472 :

« Oui. Bah je, lui rappelle l’identité de la personne ((regarde sa feuille)), euh c’est une patiente de 34 ans qu’a eu un cancer du sein y’a 6 ans que vous connaissez, notera un cancer du sein qu’a été traité par radiothérapie, elle est venue vous voir en accès direct pour un problème de lombalgie avec sciatique à gauche euh... voilà moi je suis... très interrogatif sur euh

cette situation je comprends pas trop ce qui se passe au niveau lombaire j'ai rien trouvé moi à l'examen euh clinique concernant cette patiente si ce n'est une petite contracture para vertébrale gauche. »

Lignes 499 et 500 :

« C'est pas, c'est significatif c'dire elle aurait pas eu de fourmillements j'me serais dit c'est quand même une douleur lombaire, un région euh. »

Lignes 630 à 635 :

« ils sont venus sans leur dossier les mains dans les poches, on a pas d'informations précises ils connaissent pas bien la maladie, ou leur médecin traitant me l'envoie et puis finalement en creusant, parce qu'il a confiance en moi et qu'il sait que je vais pouvoir débrouiller un peu le truc, et du coup en essayant de débrouiller j'me dis « ouhla il manque des trucs y'a pas les scanners, probablement c'est ça mais ça peut être autre chose euh... voilà y'a des antécédents bizarres, ça fait 10 fois qu'elle bouffe des antibiotiques cette année » ((claque des doigts)) donc »

Lignes 749 à 752 :

« Ouais oui, pour moi y'a un- voilà ! Si tu veux, pour résumer, à ce moment-là y'a un décalage entre l'intensité des, des symptômes qu'elle décrit, des signes que j'observe mécaniquement, dans sa façon de bouger, dans sa façon de se déshabiller, dans sa façon de se pencher en avant, dans sa façon de se tenir, et puis euh et puis un contexte que je suis en train d'imaginer »

Lignes 755 et 756 :

« Euh... cette intensité de la douleur tac tac, ok, derrière y'a pas forcément euh y'a pas forcément d'autre, d'autre indicateurs que t'utilise si ce n'est peut-être l'aspect position qui soulage »

Lignes 907 et 908 :

« Le, le fait d'avoir eu quelqu'un qu'a une qu- une attitude scoliotique... qui, qui, qui a une démarche qui montre que visiblement il a une XX»

Lignes 910 et 911 :

« Une douleur etc, ça m'aurait renforcé dans l'idée d'apporter un soulagement momentané, ça n'aurait rien changé sur l'hypothèse par rapport à son antécédent de cancer. »

	<p>Lignes 915 et 916 :</p> <p>« Et, et-et le fait qu'on soit à une intensité de douleur faible aucune [bruit de sonnerie] conséquence mécanique visible, j'me dis bon aller on accélère c'est... »</p>
<p>Le moment de la prise de décision de triage</p>	<p>Lignes 133 à 134 :</p> <p>« Au moment où elle me dit qu'elle a eu un antécédent de cancer du sein ((regarde sa feuille)), tu vois j'suis à peu près à la moitié de la feuille, là j'me dis ((claque des doigts)) »</p> <p>Lignes 138 à 141 :</p> <p>« Ah voilà ! Oui, alors la décision j'la prend à ce moment-là. ((signe de la main vers la vidéo)) Là t'as tapé bien. Parce que au passage ((regarde rapidement sa fiche puis la vidéo)) elle m'a dit qu'elle a un cancer du sein, euh, j'la reluque je vois pas de.. de masse de sein qu'a disparu, euh. »</p> <p>Lignes 157 à 161 :</p> <p>« Pour moi la qu- la décision elle est quasiment prise à partir du moment où elle m- elle me parle antécédent de cancer du sein ((regarde sa feuille)), c'que j'me dis à ce moment-là c'est « il va falloir.. euh... avoir des précisions sur l'ancienneté de ce cancer du sein et comment ça a été traité » voi- ce- elle à ce moment-là ((pointe sa feuille du doigt)) honnêtement ce- j'pense pas au traitement pour elle le traitement il a probablement été chirurgical, voilà, mais de quand ça date ? »</p> <p>Lignes 805 à 807 :</p> <p>« Euh, non non on a assez fait, la question elle est plus là. Et j'me dis « alors si je continue à jouer le jeu de l'expérimentation comme si j'étais vraiment au boulot dans 10 minutes je vais avoir un nouveau patient qui va »</p>
<p>La notion de risque en lien avec la capacité de triage</p>	<p>Lignes 45 à 48 :</p> <p>« et en même temps j'me dis « cette personne elle va partir en vacances » euh on peut perdre un mois dans une décision thérapeutique, et j'me suis faut pas, faut pas que j'me laisse embarquer par le fait que ça m'ennuie parce que c'est pas de la rhumat- c'est pas de la pneumo c'est de la rhumato »</p> <p>Lignes 89 à 90 :</p>

	<p>« Mais il peut y'avoir quelque chose potentiellement dangereux, euh.. j'me suis même demandé à un moment est-ce que c'était judicieux de masser, tu vois de, de- »</p> <p>Lignes 349 et 350 :</p> <p>« Oui de précaution, voilà je dis ça va falloir aller creuser, euh.. avec en plus der- juste derrière les antécédents elle me parle de l'homéopathie donc j'me dis ah là là faut aller »</p> <p>Lignes 352 et 353 :</p> <p>« On va aller piocher dans ce truc-là euh... y'a l'idée du départ en vacances qu'est un autre élément euh qu- qu'elle me dit spontanément donc j'me dis c- c'est à ce moment-là »</p> <p>Lignes 355 à 357 :</p> <p>« Voilà dans la temporalité j'me dis ouais donc là il va falloir qu'on, qu'on.. dans cette séance il faut que je prenne une décision avec elle sur euh, qu'est-ce qui va se partir- qui va se passer quand elle va pa- franchir la porte »</p> <p>Lignes 588 :</p> <p>« Mais euh voilà j'ai son mail ((montre et regarde sa feuille)) comme ça je peux la recontacter »</p> <p>Ligne 592 :</p> <p>« Je vais pouvoir l'appeler en direct »</p> <p>Lignes 859 à 860 :</p> <p>« sur le raisonnement clinique tu te dis bah voilà oui non c'est, c'est une situation justement où je me met en danger »</p>
<p>La notion de frustration dans le soin apporté par le kinésithérapeute interviewé</p>	<p>Lignes 18 à 19 :</p> <p>« Et puis la patiente elle vient, elle a, elle, elle exprime quelque chose donc tu t'dis bah voilà faut que j'lui apporte euh, j'me dis ouais c'est intéressant, voilà faut que j'lui apporte quelque chose. »</p> <p>Lignes 60 à 61 :</p> <p>« Juste inquiet euh.. et du coup ins- alors sur le plan émotionnel insatisfait de ne pas apporter euh.. une, une prestation euh... »</p> <p>Lignes 95 à 96 :</p>

« J'me disais que c'était pas un soucis par rapport à un problème cancérologique de faire allonger la personne sur le côté, pour qu'au moins mécaniquement ça lou- ça la soulage »

Lignes 198 et 199 :

« C'est à dire là j'lui met une petite posture pour la soulager et à un moment j'me dis même « est-ce que c'est bien logique de la soulager ? » parce que si ça la soulage vraiment, »

Lignes 201 et 202 :

« Elle va se dire ((tape dans ses mains)) « aller affaire classée on part en vacances on oublie tout » et du coup sur une évolution euh carcinomateuse on peut perdre »

Lignes 261 à 262 :

« V'là ça va ouvrir un petit peu les lombaires alors là c'est euh je, j'essaie de m'accrocher à tout ce qui flotte »

Lignes 284 à 287 :

« Franchement, euh... et donc mon objectif c'est quand même qu'la personne elle, là elle a une douleur euh qu'elle considère comme suffisamment euh invalidante pour venir consulter ce matin et que du coup on va essayer de trouver ensemble une solution qui va pouvoir la soulager, même si y'a cette idée de l'hypothèse euh... Cancéreuse euh évolutive qu'est pour moi prédominante »

Lignes 292 à 295 :

« Euh... importantes et on est tous, avec le confinement avec des activités physiques qu'on a gérer de manière un peu différentes donc voilà j'me dis bah ça peut être aussi tout simplement une cause mécanique donc voilà on, on peut apporter quelque chose et de toute façon dans les deux cas euh.. je trouve important de pouvoir soulager la po- la personne »

Lignes 433 à 439 :

« Ah ouais ouais, là j'me dis j'ai fait mon taf, parce que euh... la personne elle est euh... j'l'ai pas inquiétée et en même temps j'ai attiré son attention sur le fait que ça serait bien quand même devoir son médecin assez rapidement, et derrière j'ai eu le temps de mettre en place une organisation, j'ai ses coordonnées j'ai le nom de son médecin ((compte sur ses doigts)),

euh je l'ai prévenue que je vais parler avec les collègues du cabinet euh et peut être j'l'ai un p- c'est un p'tit peu soulagé alors j'lui ai pas demandé à la fin si, si ça l'avait soulagée ce qu'on avait fait mais euh pour moi c'était p- pas vraiment l'objectif de la séance. »

Lignes 769 à 770 :

« En fait, le fait que ça soulage sur le moment, c'est juste pour moi euh... une évaluation d'avoir trouvé un moyen pour elle de soulager par la suite. »

Ligne 785 :

« Pour que ce soit confortable et peut être pour pas rien faire non plus »

Ligne 791 :

« Après, le fait de rien faire ne me pose pas de problème »

Ligne 838 :

« Ah oui, oui oui, c'est, intellectuellement c'est un truc très très stimulant. J'suis insatisfait »

Lignes 857 et 858 :

« un peu de ambivalence ou d'incertitude, insatisfaction qui fait que.. euh voilà. Mais intellectuellement c'est intéressant »

Lignes 925 à 9256 :

« Parce que même si c'est une hypothèse de cancer, de de métastase osseuse, euh t'as le droit de soulager la personne. »

10.3.2 Tableau d'indexation thématique du discours de AB (Tableau 12)

Tableau 12 : tableau d'indexation thématique du discours de AB

Analyse de l'entretien INT1	
Entretien réalisé par INT2	
Date de l'entretien : 11 juillet 2020	
Durée de l'entretien : 37'	
Lieu de l'entretien : 3 bis avenue du Maréchal Foch 41000 Blois	
Tableau d'indexation thématique du discours des interviewés	
Thèmes listés dans le guide d'entretien et abordés par le MK interviewés	Bribes de phrases extraites du discours correspondant aux thèmes listés dans le guide d'entretien et abordés par le MK interviewé
Les émotions liées à la capacité de triage	<p>Lignes 222 et 224 : « ou alors je me suis demandé c'est une de vos, de vos ((rire)) de vos comédiennes qui fait des trucs »</p> <p>Lignes 503 à 506 : « Y'a des gens qui à l'interrogatoire vont te dire euh des choses précises, hein qui reforment bien précisément, dans le cas ça te donne une idée tu te dis tiens bah ça ça doit être un syndrome de dérangement, postérieur euh voilà, tout est ok et puis ((retourne la feuille)) quand tu fais ça, c'est pas du tout ça »</p> <p>Lignes 577 à 579 : « Ouais. Pour l'instant mécaniquement c'est plus le choix après tu peux trouver toutes les origines hein, après... y'a pas d'infection ça c'est sur... moi, moi je... je pense qu'il peut y avoir une origine ou discalé ou un peu inflammatoire tu peux essayer oui oui hein »</p> <p>Ligne 630 : « On sait jamais avec cette méthode là sur quoi on tombe hein, c'est ça hein »</p> <p>Ligne 632 à 633 :</p>

	<p>« Peut tomber sur quelque chose qui répond très très bien comme quelque chose qui répond jamais quoi »</p> <p>Lignes 659 à 661 :</p> <p>« J'ai la compétence après j'ai les cours mais c'est pour enseigner, eux ils trouvent que oui ça peut influencer mais qu'il est préférable de le faire parce que quand ça arrive le patient se dit bah tiens mon kiné il a raison »</p> <p>Ligne 668 :</p> <p>« Moi j'ai dit il est possible que ça se... que ça se centralise mais ça peut ne pas »</p> <p>Lignes 671 à 672 :</p> <p>« Ben, je... j'ai pas exactement quand j'ai commencé à faire ça c'était donc les répétition euh oh j'ai le sentiment que ça allait pas centraliser »</p> <p>Lignes 728 à 730 :</p> <p>« Donc déjà ils sont confiants parce qu'ils ont été voir le neurochir, ils savent qui seront pas opérés, le neurochir leur va avoir un recommandé à la méthode, donc tu as déjà un peu plus confiant avec ça »</p>
<p>Le mode de raisonnement utilisé lors de la capacité de triage par raisonnement clinique : triage par raisonnement clinique non analytique (système 1)</p>	<p>Lignes 178 à 1181 :</p> <p>« ((regarde sa feuille)) 'fin en j'met en décalé ça augmenté, donc j'ai rien trouvé mécaniquement, qui puisse l'améliorer. Peut-être augmenter en extension mais j'en suis pas sûr. Donc là j'me repose des questions à savoir est-ce qu'elle est pas en train de commencer à faire une hernie discale, soit à minima puis ça va se développer »</p> <p>Lignes 417 et 418 :</p> <p>« De toute façon, hein, donc on a pas de signe neurologiques de de radiculopathie à part la dysesthésie, les réflexes c'est bon tout le reste est bon »</p> <p>Lignes 426 à 429 :</p> <p>« C'est ça. J'aurais quelqu'un qui a une vraie sciatique qui descend bien avec des signes neuropathiques, je lui poserais la question, forcément hein, est-ce qu'il bouge bien ? Est-ce qu'il a pas une insuffisance urinaire ou faire des efforts, est-ce que quand il s'essuie, il s'essuie il s'y sent bien? Ça tout le syndrome de la queue de cheval hein, voilà. »</p> <p>Ligne 682 :</p>

	<p>« Et pas de réponse donc je doutais que ça allait centraliser mais faut quand même en être sûr »</p> <p>Lignes 684 et 685 :</p> <p>« Ouais ouais absolument. C'est pas sur une hypothèse hein faut que ça soit, faut que ça soit vérifié, dans la mesure du possible »</p>
<p>Le mode de raisonnement utilisé lors de la capacité de triage par raisonnement clinique : triage par raisonnement clinique analytique (système 2)</p>	<p>Lignes 2 et 3 :</p> <p>« bah elle est pas très claire la patiente dans ses- parce que moi si tu veux quand je fais la méthode McKenzie XX »</p> <p>Lignes 7 à 11 :</p> <p>« ((regarde sa feuille)) Donc dans ses réponses elle est pas toujours très claire alors euh, elle fait du sport, elle dit qu'elle fait du sport oui, du cardio, tout ça, mais je lui fais faire des exercices j'ai l'impression qu'elle en a rapidement marre quoi t- s- on dirait qu'elle a pas envie d'être active dans son traitement hein elle attend peut être un traitement passif c'est tout à fait possible hein voilà. Donc moi en, en résultat de bon, si tu veux nous on travaille comme ça ((tourne la feuille vers INT)) »</p> <p>Lignes 94 à 98 :</p> <p>« ((regarde sa feuille cf examen posture)) Ensuite on fait l'examen de la posture, donc sa posture assise elle est passable hein elle se tient pas toujours très bien, debout elle est plutôt bonne, alors elle a pas de shift latéral, le shift ((montre la posture)) donc ça elle a pas. Quand tu corrige sa posture assise ça fait quand même un empiré mais elle sait pas le dire vraiment, elle sait pas te dire si oui c'est pire non c'est pas pire, elle sait pas très bien répondre bon moi j'ai mis empiré point d'interrogation »</p> <p>Lignes 100 à 103 :</p> <p>« Sa lordose me paraît normale. ((Lit sa feuille cf. examen neurologique)) À l'examen neuro, j'vais quand même faire l'examen neuro parce que ça me paraissait pas clair, pas de déficit moteur, les réflexes sont bons, quand même paresthésie à L5, un petit peu, qu'elle parte pas tout de suite mais qu'on- que je trouve au toucher, un petit peu, hein »</p> <p>Lignes 120 et 121 :</p>

« Ok, avant de commencer, on fait faire des tests et on lui redemande pendant le test qu'est-ce que ça donne et après le test, qu'est-ce que ça donne ? »

Lignes 136 et 137 :

« Hein, d'accord.((montre sur sa feuille)) Donc, quand c'est pareil c'est à dire que ça n'a pas augmenté- ça a augmenté dedans mais c'est revenu comme avant, c'est pas empiré »

Lignes 148 et 149 :

« ((cf.Rep Ext. Dbt sur feuille bilan)) Donc là ça l'augmente et il semblerait que ça l'empire, là on est peut-être un peu d'accord »

Lignes 156 et 157 :

« ((Lit sa feuille bilan)) Donc après je lui fais faire assis, euh, couchée, sur le ventre, donc elle avait toujours la barre en douleur hein j'ai pas XX mais elle l'avait »

Lignes 168 à 170 :

« Donc c'est là qu'elle peine à les faire, bon elle fait de la cardio, fait de la muscu mais elle peine quand même à faire ça, bon, ((regarde sa feuille)) et elle a pas l'air de, de l'apprécier beaucoup mais parce que ça lui augmente la douleur ((pointe sur la feuille cf. Ext en Procubitus)) et ça l'empire »

Lignes 194 à 203 :

« Voilà. C'est dommage, c'est pas un cas bien, parce que y'a des cas biens où on voit une différence très significative mais justement hein c'est aussi des cas parce que la méthode elle est pas faite pour tout le monde, y'a des gens qui vont pas apprécier parce qu'ils ont pas envie de faire d'efforts, bon c'est pas pour eux faut faire autre chose hein, donc j'ai placé ça en haut ((cf. classification provisoire sur la feuille bilan)) point d'interrogation, pas en dérangement, pas en dysfonction, donc le dérangement c'est plutôt discal, les dysfonctions c'est la XX installée, pas postural non plus hein, parce que ça correspond pas à un syndrome postural hein, syndrome postural c'est, c'est euh... la position hein, c'est positionnel, c't'à dire tu fais faire tous les mouvement c'est sans effet, sans effet, sans effet, sans effet, ça fait, ça m'augmente pas ça

diminue pas, alors tu, tu fais maintenir en position avachie un petit peu longtemps pour voir ce que ça donne »

Lignes 205 à 206 :

« C'est les gens plus jeunes hein souvent... ((pointe sur sa feuille cf classification provisoire)) J'ai mis autre, c'que dans McKenzie y'a autre »

Lignes 218 à 222 :

« Soit... Elle a pas envie de faire d'effort, ou soit elle a une petite, kinésiophobie mais pas, parce que quand elle se penche là c'est riche d'enseignement hein, elle se penche elle touche le sol sans hésitation, tu vois pas du tout de mouvement d'hésitation. Alors y'a pas de moment d'hésitation non plus, donc elle a là, c'est peut être un début de hernie discale faudra faire quand même un petit peu, y'a quand même quelques petits signes qui peuvent »

Lignes 237 à 239 :

« Après bon, les confrères qui font de l'ostéo ils font comme ça c'est autre chose hein c'est une façon de voir hein mais nous en McKenzie on préfère faire comme ça où on intervient le moins souvent parce que en fait bah, bah tu connais un p'tit peu non ? »

Lignes 336 et 337 :

« Alors en fait ((retourne la feuille)) si tu veux ça me sert à savoir au départ est-ce que ça va être un syndrome de dérangement »

Lignes 433 et 434 :

« Ça le médicament bon c'est intéressant pour savoir si ils prennent pas de corticoïdes locaux ((regarde la feuille cf questions spécifiques)) »

Ligne 476 :

« En fait c'est pas trop une intuition c'est... une conclusion des mouvements tests »

Lignes 594 à 597 :

« On voit mécaniquement déjà comment ça se passe hein, les gens qui ont une infection on voit bien ils sont, ils sont apathiques ils sont, ils sont renfermés, il faut qui leur pose la question, ou alors ils ont les sueurs ou

	<p>des choses comme ça quoi, alors à ce moment-là ça te, ça te dirige vers, c'est le questionnaire hein, non ? »</p> <p>Ligne 674 : « Parce que tout ça ((montre sur la feuille)) tout ça y'a pas de réponse là dans tout ça »</p> <p>Ligne 687 : « En fait c'est un arbre décisionnel hein »</p> <p>Lignes 703 à 705 : « Alors euh... non en général je le suis ou alors vraiment euh une personne âgée là ça correspond moins, alors, tu as les patients... Qui tu sais à l'avance que ça peut répondre, ça peut répondre favorablement et des situations où y'a peu de chances que ça réponde favorablement. »</p>
<p>Processus interactifs</p>	<p>Lignes 721 à 726 : « C'est déjà une prédisposition j'peux te dire quelqu'un qui vient avec une sciatique très forte qu'a commencé dans la jambe, c'est pas un pronostic euh favorable, si y'a une radiculopathie complète, ça c'est un pronostic dur, tu sais pas mais surprises hein pis des fois derrière des conflits hein c'est comme ça la médecine. Euh... ce qui est bien pour nous c'est les gens qui sont allés voir le neurochir, ils vont voir le neurochir, le neurochir il leur dit non non pas d'opération, moi j'ai beaucoup d'ordonnances « faites du McKenzie » »</p> <p>Lignes 779 et 780 : « Ça marche, ils continuent, ça marche pas, c'est pas parce que le McKenzie marche pas que y'a pas d'autre méthode qui marche pas hein »</p>
<p>Les concepts organisateurs de la situation de triage</p>	<p>Lignes 13 et 14 : « Hein, on a un diagramme, la douleur, comment elle la ressent, l'endroit, et cætera... ((cf. schéma en haut du recto de la feuille)) »</p> <p>Lignes 16 à 18 : « Je demande les contraintes mécaniques, c'est ressources humaines donc elle est assise plus plus plus plus, contraintes mécaniques de loisir, sport. Sa douleur elle est à 3, maxi, et 2-3 mini donc- ((cf. information avant la partie interrogatoire de la feuille de bilan)) »</p>

Lignes 26 à 28 :

« C'est présent depuis 3 semaines, c'est sans raison apparente, et depuis 3 semaines elle a l'air de dire que ça se détériore, bon, ok. Donc ça a bien commencé par son dos, donc c'est plutôt, un signe... un signe qu'est plutôt bon quand ça commence par le dos hein »

Lignes 34 à 36 :

« Donc là c'est bon pronostic. Va savoir si c'est constant ou intermittent, nous on cherche à savoir si c'est constant ou intermittent, intermittent c'est plus un syndrome de débranchement, tu vois un p- l'origine euh ce serait plutôt discal »

Lignes 43 à 46 :

« On cherche des situations mécaniques empirées ou de mieux. On peut empirer assise debout ou à la marche bon tout, tout l'empire. À la marche elle est un p'tit peu mieux au début et un p'tit peu moins bien... elle est mieux quand même allongée en chien de fusil. ((cf. feuille bilan partie interrogatoire)) »

Lignes 58 à 63 :

« ((continue de lire la feuille)) Bon y'a des antécédents de cancer du sein hein, y'a 6 ans. Mais tout est bon elle est suivie, un p'tit peu de la radiothérapie bah comme problème, bon cancer du sein on sait que c'est touchy... mais bon là depuis 6 ans, faudra voir quand même, le seul traitement qu'elle a eu c'est l'arnica en granules, c'est pas, je connais pas trop-là, j'sais pas trop si l'arnica en granulé fait quelque chose sur ce genre de douleurs ((rire)) plutôt sur des hématomes des choses comme ça »

Lignes 67 à 70 :

« ((continue de lire sa feuille cf. partie question spécifiques)) Bon, aucun médicament, donc elle a pas d'antécédents, elle a pas de truc cardio, tension, j'sais pas j'ai XX toujours là lui, y'a pas de bilan radio y'a pas eu de perte ah si perte de poids 2 kilos depuis 3 semaines mais elle a fait un régime donc ça c'est normal hein c'est à force de... c'est les drapeaux rouges hein qu'on cherche c'est... »

Lignes 108 et 109 :

« ((Lit sa feuille cf. perte de mouvement)) Distance doigt-sol 0, en extension, un p'tit peu limitée mais y'a rien, en glissement latéral, pas de limitation et pas de douleur du tout, hein »

Lignes 117 et 118 :

« Donc au départ on enregistre la douleur qu'elle a, barre lombaire et douleur... ((Cf. symptômes avant tests debout sur la feuille bilan)) »

Lignes 129 à 130 :

« Je lui fais faire un test, soit y'a la douleur avant, soit y'a pas de douleur avant, là y'a une douleur avant, un peu hein, tu fais faire le test et tu demandes si ça modifie la douleur »

Lignes 141 et 142 :

« Parce que faut essayer d'avoir, je précise qu'il soit clair quoi, la deuxième fois je lui fais pencher ça augmente encore la douleur »

Ligne 287 :

« Alors les indicateurs c'est aucune préférence directionnelle »

Lignes 307 à 311 :

« XX Voilà, ça convient pas ça convient pas hein, donc ça serait ça mes éléments et c'est les symptômes qu'elle va, qu'elle va avoir, et là je refais une évaluation, alors y'a plus trop la partie tout ça ((retourne sa feuille sur le recto)) ça va, ça c'est, c'est dans le dossier, je réinterroge un petit peu, mais ça va plus vite après c'est surtout ((retourne la feuille sur le verso)) la réévaluation un petit peu comme ça si je peux le faire, en fonction de ses symptômes. »

Lignes 339 à 341 :

« Ou une dysfonction, en fonction de, de son état. Par exemple si quelqu'un te dit « bah moi quand je suis assis rraah ça me fais mal bon je me lève je marche » bon là tu vas penser à un syndrome de dérangement. Mais c'est confirmé par les tests derrière, mais déjà tu sais si c'est mécanique ou pas »

Lignes 380 à 382 :

« Bon elle a pas de dérouillage matinal hein donc tu vois c'est un petit peu... p't'être inflammatoire mais c'est pas vraiment une maladie

inflammatoire elle a pas de dérouillage matinal euh ça va venir ça m'embête quand même »

Lignes 402 et 402 :

« C'est pas une vraie sciatique, elle a pas de choses comme ça y'a rien qui peut te faire penser à un syndrome de la queue de cheval... donc j'lui ai pas posé de question »

Lignes 408 à 410 :

« Direction ((siffle)) le chirurgien, hein, marche normale aussi quelqu'un qui se mettrait à boiter et cætera et cætera, donc ça c'est des, c'est des tests que j'ai pas fait là parce que j'ai pas, pas lieu de le faire si tu veux hein »

Lignes 436 à 439 :

« Hein, des anticoagulants évidemment hein, faudra faire attention dans certaines douleurs hein, les analgésiques ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens bah c'est la quantité qui nous renseigne, quelqu'un qu'en prend beaucoup tu te dis bon la douleur est importante, quelqu'un qu'en prend pas beaucoup, la douleur moins importante »

Lignes 441 et 442 :

« Hein, la santé générale tu vois c'est un peu ce qui se rapporte un peu, euh le cancer ou une grosse infection ou une chose comme ça quoi tous les drapeaux rouges, voilà. »

Lignes 454 à 457 :

« Et... ((regarde sa feuille)) c'est son deuxième épisode, elle en a eu un, c'est son deuxième. Moi je lui conseillerai de le voir quand même pour être un peu plus sur, peut être que le médecin va savoir avec une douleur la nuit ((montre sur sa feuille cf. interrogatoire)) euh peut être lui ferait passer une prise de sang, ou alors des, une biologie, ça peut lui servir »

Lignes 480 à 484 :

« C'est du fait que les mouvements tests ne donnent pas de signes, préf-pas de préférence directionnelle ou de centralisation, que tout à l'air un p'tit peu d'empirer tu vois ((montre sur sa feuille cf. mouvements tests)) ça augmente, ça augmente, ça augmente, sauf la flexion où comme ça mais c'est en effet ça veut dire ça la soulage pas non plus donc y'a pas

de mieux y'a pas... juste en flexion dorsale comme ça couché, y'a pas mieux, y'a pas de pire mais y'a pas de mieux »

Lignes 486 à 489 :

« Donc, et tout le reste y'a un petit peu du pire, donc j'vois pas, j'vois aucune préférence directionnelle donc j'vois aucun mouvement mécanique qui pourrait la soulager, hein, donc c'est là que je décide de faire plutôt de l'éducation posturale, dans un premier temps, pour voir ce que ça va donner »

Lignes 543 à 546 :

« Y'a quelque chose qui l'empêche, l'extension c'est pareil si elle va pas vraiment à fond tu t'dis va y avoir une obstruction, à quel moment ? Est-ce que c'est pendant ? Ou est-ce que c'est en fin d'amplitude ? C'est différent déjà. Les glissement latéraux, clairs, c'est bien, pas de problème dans ses glissements latéraux »

Lignes 553 à 555 :

« En fait e-u-h... En faisant attention faut pas avoir peur de ... de faire mal un peu aux gens, en plus c'est des contraintes de se pencher c'est pas pire que quand ils vont courir ou quand ils font leurs courses dans un magasin ou des choses comme ça »

Lignes 581 à 583 :

« C'est pas infectieux y'a pas de signes infectieux général y'a pas de température, y'a pas de malaise y'a pas de ... pas bien, y'a pas de fièvre, y'a pas de choses comme ça tu peux avoir une infection hein ça pourrait arriver dans... »

Lignes 585 et 586 :

« Bah on voit bien, on voit bien qu'elle, son comportement hein, quelqu'un que, quelqu'un qui a un syndrome infectieux il se comporte pas comme ça hein déjà »

Lignes 742 à 745 :

« Qu'a des douleurs constantes qui savent pas gérer c'est pas intermittent, c'est constant constant constant, et y'a eu des alors, le pire c'est ceux qu'est qu'ont eu des antécédents familiaux hein qu'on sait que... finalement c'est plus génétique que ((rire)) que mécanique hein si

	<p>y'a des antécédents familiaux euh t'as 4 à 6 fois plus de risques d'avoir une hernie discale »</p> <p>Ligne 827 : « Oh j'aurais pu lui poser cette question-là d'ailleurs si hein la famille avait déjà eu ça hein »</p> <p>Lignes 848 à 852 : « Ah ça se mélange mais c'est plus les mouvements tests qui vont, qui vont faire l'enjeu, que j'trouve qu'il y a une une différence entre quelqu'un qui fait du sport cardio, la muscu quoi et puis là qui a l'air de t'aider à faire euh des mouvements, même quand elle s'est penchée en avant, elle a l'air de souffler un p'tit peu tu vois ? Alors que c'est quelque chose quand tu fais du sport tu dois être... d'autant plus qu'elle a pas de limitation et elle a pas vraiment d'empiré à la marche »</p> <p>Lignes 879 à 882 : « Un petit peu avant aussi dans l'interrogation, l'arrive pas à te dire précisément.... Si elle a mal là et elle a p't'être pas, elle parle pas de la fesse quoi si tu veux c'est là l'interrogatoire sans que il y ait la fesse, y'a tout ça et après elle a fait que parler de la fesse... Au début elle en parle après, pas que là, elle est comme ça elle est comme ça c'est tout »</p> <p>Lignes 896 et 897 : « ... La conclusion c'est toujours ce que j'ai dit hein, elle y va elle suit bon savoir comment évolue sa douleur »</p>
<p>Le moment de la prise de décision de triage</p>	<p>Lignes 274 à 281 : « Bah, si tu veux, euh... à la suite de tout ça quoi, quand je suis arr- voilà comme j'ai pas de préférence directionnelle, je sais que j'ai une question, assise c'est pas délétère, de toute façon que ça t- comme elle est en travail assise longtemps longtemps longtemps, alors t'as assis au travail, assis lecture, t'as assis avachi dans ton canapé, t'as assis dans ton fauteuil, donc on est assis j'dirais une grande partie de la journée. Puis après, un petit peu avachi, donc autant la faire travailler comme ça on est sûr que si y'a une hernie qui, qui qui se déclenche qui vient c'est pas ça qui va lui produire la douleur de.... En revanche, peut être que ça peut l'améliorer et tout »</p>

	<p>Lignes 291 et 292 :</p> <p>« Voilà, donc à partir de ce moment-là, soit je je je laisse et puis je leur dis je dis allez voir le médecin ou un thérapeute qui va faire autre chose hein, c'est ça mes choix en fait »</p> <p>Lignes 470 et 471 :</p> <p>« Ah c'est, c'est, à partir de là si tu veux ((montre sur sa feuille cf. mouvements tests)) à partir du, des mouvement test »</p>
<p>La notion de risque en lien avec la capacité de triage</p>	<p>Ligne 74 :</p> <p>« Cette partie-là c'est les drapeaux rouges »</p> <p>Lignes 78 à 80 :</p> <p>« Donc là c'est normal euh tout le reste est normal, j'ai pas relevé de drapeaux rouges, 'fin bon là ça faut y faire gaffe quand même, cancer du sein ((pointe l'élément cancer du sein sur sa feuille dans la partie antécédents)) »</p> <p>Lignes 188 à 192 :</p> <p>« Pour, pour, qu'elle puisse se mettre en éducation assise, essayer d'être assise, voilà, en attendant de voir, faudrait la revoir, et voir comment ça évolue. Moi je lui ai conseillé quand même d'aller voir le médecin parce que ça se réveille la nuit quand même, et, quand presque tout empire, se demander si c'est quand même pas inflammatoire qui va, qui bon, trimbaler une inflammation quoi que tu fasses ça empire en mouvement mécanique. Voilà c'est comme ça qu'on fait. »</p> <p>Lignes 232 et 233 :</p> <p>« Et puis je la revoie chez le médecin pour avoir euh... C'est, c'est pas, la mécanique, c'est pas le moment »</p> <p>Ligne 262 :</p> <p>« De toute façon tu sais que tu seras pas délétère »</p> <p>Lignes 263 à 265 :</p> <p>« Si c'est- et voir ce que ça donne, si elle ça le fait, voir ce que ça donne. Mais c'est une patiente qui serait quand même à surveiller tu vois ? Parce qu'elle a quand même... un petit peu de paresthésie, des choses comme ça, je crois pas qu'elle puisse l'inventer ou alors mais euh... voilà quoi si tu veux. »</p>

	<p>Ligne 448 : « Je lui conseille parce qu'elle l'a pas vu »</p> <p>Ligne 527 : « Au départ vaut mieux ne pas avoir d'idée préconçue »</p> <p>Lignes 557 à 559 : « Alors ces mouvements peut y avoir des risques si y'a une périphérisation importante, ça c'est un signe, dans une sciatique, si c'est surtout là hein le risque, si tu commences à faire des mouvements et puis que ça descend dans la jambe, ça c'est pas bon. Donc faut s'arrêter. »</p>
<p>La notion de frustration dans le soin apporté par le kinésithérapeute interviewé</p>	<p>Lignes 756 à 759 : « De même que, tu peux très bien avoir des hernies discales et la méthode McKenzie fait rien. En général c'est donné en première intention hein, j'sais pas si t'as vu oui forcément t'as forcément vu les dernières recommandations de la HAS, voilà j'avais ramené un petit truc de Martin Melbye hein qui est le danois qui a participé à l'équipe danoise »</p> <p>Lignes 829 et 830 : « Sinon... euh... franchement... non. Pas dans actuellement... je vois pas d'autre question.... j'aurais peut-être euh... si j'avais un peu plus de temps... c'que j'ai pas pris parce que... faut s'arrêter »</p> <p>Lignes 835 et 836 : « Des fois pour un diagnostic mécanique il faut deux trois séances voire quatre hein ça s'fait pas toujours comme »</p> <p>Lignes 854 et 855 : « J'me demande peut-être quelqu'un qui attendais un traitement un peu passif, comme beaucoup hein »</p> <p>Lignes 865 à 872 : « Oh ouais bah ça et un petit peu... je la trouvais un petit peu passive dans ses dans son traitement, euh... elle a pas des réponses claires elle sait pas vraiment clairement te dire euh... si elle a plus mal si elle a moins mal alors ça on le voit habituellement on est plus dans les douleurs chroniques hein quand les gens ont des douleurs chroniques difficiles des fois d'avoir une différence significative hein dans des douleurs mécaniques euh standard la différence est significative, les gens sentent</p>

significativement pendant les tests une différence, ils sont capable de dire « bah oui j'ai moins mal », après avoir fait les tests quoi si tu veux, là c'est pas le cas et... et parfois elle a répondu à coté quoi, c'est une peu... bizarre quoi »

Lignes 886 à 888 :

« C'est quelqu'un qu'aurait pu, si tu veux, aurait pu faire un traitement un peu standard, j'sais pas du massage la détendre, faire les trucs comme ça elle aurait été contente... Si elle avait pas vu avant euh après hein »

10.3.3 Tableau d'indexation thématique du discours de AC (Tableau 13)

Tableau 13 : tableau d'indexation thématique du discours de AC

Analyse de l'entretien INT1	
Entretien réalisé par INT1	
Date de l'entretien : 11 juillet 2020	
Durée de l'entretien : 26'45''	
Lieu de l'entretien : 3 bis avenue du Maréchal Foch 41000 Blois	
Tableau d'indexation thématique du discours des interviewés	
Thèmes listés dans le guide d'entretien et abordés par le MK interviewés	Bribes de phrases extraites du discours correspondant aux thèmes listés dans le guide d'entretien et abordés par le MK interviewé
Les émotions liées à la capacité de triage	<p>Lignes 6 à 8 :</p> <p>« Bah euh ((croise les bras)) comme à la fin... Comme à la fin de chaque premier rendez-vous, là ((désigne le cabinet du pouce)) j'me suis fait plaisir, franchement, par rapport à ((geste des mains)) à un, à une situation standard au cabinet... »</p> <p>Lignes 69 à 71 :</p> <p>« Moi avec les, fin, les outils que j'ai, je me sens parfaitement apte à prendre en charge quelqu'un sans ordonnance. Maintenant, y'a des signes, bon, elle a pas, elle a pas présenté de Lasègue particulier, parce que mine de rien j'ai... »</p> <p>Lignes 537 et 538 :</p> <p>« Donc j'pouvais pas tout cerner. Effectivement, elle peut très bien avoir des coliques néphrétiques »</p>
Le mode de raisonnement utilisé lors de la capacité de triage par raisonnement	<p>Lignes 32 à 38 :</p> <p>« C'est c'que j'essaie aussi de dire à mes étudiants parce que même, bon, même si j'suis plus près de la sortie que d'la fin, bien sûr ! Euh... bon quand tu fais tes bilans, tes machins, moi en fait maintenant, fin, ((regarde en l'air)) c'est très compliqué, c'est c'que j'essaie aussi de passer aux étudiants, y'a des choses, bon, on palpe, on sent ((gestes de</p>

<p>clinique : triage par raisonnement clinique non analytique (système 1)</p>	<p>palpation)), moi je, c'est plus du tout, j'suis plus dans le registre étudiant machin ci ça là, j'fais mon truc, je regarde, je sens ((mime son discours)), c'est, c'est intuitif. Et l'intuitif ça t'amène, t'as pas des choses, t'es jamais sûr en fait de ce que tu fais. Fin moi dans... »</p> <p>Lignes 52 et 53 : « Mais, j'ai noté, j'ai noté, j'ai noté un tas de trucs hein euh c'est plus, c'est plus simple, moi maintenant j'arrive à un stade où bon, ça se, ça s'empregne, et puis c'est, plus, plus global. »</p> <p>Ligne 122 : « Bon ça, bon l'fait, c'est, c'est devenu un automatisme. »</p> <p>Lignes 124 à 128 : « Bah intuition je sais pas si c'est intuition mais c'est des choses, ça c'est des choses que j'ai appris avec ? moi ma génération, vous êtes plus jeunes, on vous met certainement le doigt dessus, mais c'est au fil des années, de palper, « tiens ? », j'ai, j'ai bon voilà et puis en discutant aussi avec des collègues, voilà. Moi quand je fais un rachis, je regarde jamais un rachis sans regarder de haut en bas, pour moi c'est une évidence. »</p> <p>Lignes 152 et 153 : « Avec euh, elle sent, moi, c'est pas, 'fin oui c'est de l'intuition, moi je pense qu'elle a une racine qu'est un peu chahutée »</p> <p>Ligne 224 : « Bah c'est, ((rire)) c'est, oui c'est le feeling. »</p> <p>Lignes 226 : « C'est l'intuition »</p> <p>Lignes 231 : « Tu sais pas pourquoi mais bon tu, tu sens que ça va merder quoi ((rire)). »</p> <p>Lignes 249 à 252 : « Ça se déroule ((mime le déroulement dans sa tête)), puis, c'est ce que j'expliquais d'ailleurs à, à Marie, euh moi j'suis un vieux machin maintenant y'a des trucs où ça se déroule, ça se déroule, j'y av- j'y ai regardé un peu le haut, j'me dis que c'était un peu, un peu, un peu tendu,</p>
--	--

	<p>j'dis j'vais faire un examen palpatoire un peu plus, un peu plus précis. Et euh... »</p> <p>Lignes 522 à 523 : « Là tu vois y'aurait autre chose. Là, là je n'y ai absolument pas pensé. C'qui est p't'être le cas hein on sait pas »</p> <p>Lignes 551 à 553 : « Elle peut, elle peut avoir des caillots.... Elle peut avoir des caillots hein elle peut avoir, euh j'lui ai pas demandé ((désigne l'ordinateur)) effectivement elle peut avoir été traitée pour un cancer du sein, elle peut avoir des problèmes de thyroïde... »</p> <p>Lignes 583 et 584 : « J'la connais pas. J't'ai dit hein j'la connais pas, moi, là y'a des éléments, y'a des trous hein dans mon, dans mon bilan »</p>
<p>Le mode de raisonnement utilisé lors de la capacité de triage par raisonnement clinique : triage par raisonnement clinique analytique (système 2)</p>	<p>Lignes 362 à 367 : « C'est une vaste question. Une vaste question. Pour être bah pour être franc, moi je pense, enfin en tant que kiné moi j'assume pleinement ma fonction de kiné, je, je, y'a de longtemps que j'aimerais bien que les gens viennent nous voir sans, en première intention. C'est de notre responsabilité, de notre formation, de faire un bilan de la situation avec, avoir une conscience ((désigne sa tête)) bien précise de nos limites, ce pourquoi on peut essayer quelque chose avec euh, là j'ai donné un délai qui est un peu, donné un exemple »</p> <p>Lignes 571 à 573 : « Bah des p'tits tiroirs, c'est, c'est des, c'est des p'tits panneaux alors moi j'les note pas parce que effectivement les, bon avec les étudiants mais, qu- j- là ça, ça rappelle quelque chose. C'est un peu un automatisme »</p>
<p>Processus interactifs</p>	<p>Lignes 369 à 376 : « Euh... C'est à nous de, à nous de, d'évaluer com-comme un médecin le fait hein, un médecin, un médecin il, quelqu'un va venir le voir il va essayer il va avoir plusieurs outils, il va essayer euh tel outil si ça va, si ça va tant mieux, il a... bon ça marche, ça marche, des fois on sait même pas pourquoi ça marche ((rire)) des fois ça marche pas on sait pas</p>

	<p>pourquoi non plus donc faut s'interroger, moi j'ai toujours ça au fond de ma tête « bah tiens » et euh et à partir de là, si y'a des, une évolution qu'est pas, qu'est aussi bien objective que subjective, parce que parfois ça évolue mais ça évolue pas bien, pas.... Euh à ce moment-là, on fait reconsulter ou on oriente vers quelque chose de plus précis mais ça, ça fait partie je dirais de nos compétences »</p>
<p>Les concepts organisateurs de la situation de triage</p>	<p>Lignes 40 à 42 : « Je, je travaille, j'essaie d'être le maximum à l'écoute de mon patient, alors j'lui pose des questions tout ça, mais surtout dans, je regarde, je sens, je palpe ((mime son propos)), c'est, c'est plus ça qui me guide. »</p> <p>Lignes 46 à 50 : « C'est plus mes doigts, alors effectivement y'a d'autres choses, j'ai regardé comment elle se tenait, j'ai vu bon, j'ai vu sa posture, j'ai vu tout ça bon, j'ai vu qu'y'avait un côté qu'était plus maigre que l'autre, -fin voilà. Ça j'l'ai pas noté ((fait signe de noter)) mais tu vois j'la reverrais euh... là c'est... bon j'm'en souviens mais bon moi dans une demi-heure j'm'en souviendrais plus. J'vais pas la revoir cette dame.»</p> <p>Ligne 83 et 84 : « Euh le bassin.... Bon comme plein de gens hein le bassin vrillé, euh, mon avis y'a une petite inflammation d'une racine... »</p> <p>Lignes 88 à 91: « Moi j'pense que en plus elle a pas un tonus, cette dame elle a pas un tonus musculaire bien... elle est pas ((ferme les poings)) Il faudrait faire un renfort du caisson, hein, purement mécanique, hein, euh... j'lui, alors y'a des, j'l-ui, j'la voyais qu'une fois mais je lui ai pas demandé si elle avait des enfants, si elle a eu des césariennes ((compte enfant et césarienne sur ses doigts)) »</p> <p>Lignes 115 à 120 : « Un patient c'est un tout. C'est un... ((désigne la vidéo)) c'est pas un rachis lombaire, là j'suis, en plus elle travaille sur ordi, j'sais même pas si j'avais l'info là ((désigne encore la vidéo)), mais pour moi c'est un ensemble. Quelqu'un qui a mal, qui a mal en bas ou qui a mal en haut ((agite ses bras alternativement de haut en bas)), y'a, y'a des, moi à la</p>

palpation, elle a son côté droit, ça croise, 'fin tu fais de l'ostéo moi j'fais pas d'ostéo mais c'est un peu empirique, ça au fil des années, y'a des, y'a des choses, c'est un tout. »

Ligne 132 :

« Bah, déjà sa perception, sa mobilité. »

Ligne 135 :

« Bah j'sais pas j'l'ai pas évaluée tout de suite mais elle dit, elle évalue à trois sa douleur »

Ligne 139 :

« Sa perception à elle, elle est pas hyper gênée dans son quotidien. »

Ligne 145 :

« Mais... C'est surtout le point de vue du kiné, excuse-moi. »

Lignes 149 et 150 :

« Je l'ai fait bouger en arrière ((se penche en arrière)), y'a pas eu de, latéralement ((se penche latéralement des deux côtés)) elle bouge bien, tu vois y'a pas de phénomène de blocage, avec euh... »

Lignes 158 à 161 :

« ça c'est du concret, dans un premier temps avec un travail d'assouplissement, de remodelage du bassin, de travail actif du caisson abdominal, diaphragme, machin tout le tralala... tu connais. J'pense qu'on peut essayer, si cet outil-là fonctionne pas, dans la mesure où elle est pas complètement handicapée dans son quotidien... »

Ligne 181 :

« Parce que, elle a quand même des antécédents, y'a un an elle a fait un truc un peu similaire... »

Ligne 183 :

« Là, ça fait quinze jours trois semaines que ça, ça l'emmerde. »

Lignes 187 à 193 :

« Oui, oui ((hausse les épaules)). Fin, pour, prenons le cas précis, quelqu'un qu'a mal au dos, qui euh... j'sais pas, 'fin, bon soyons précis, 'fin quelqu'un qui a mal au dos, en fonction de sa dépense et de son activité professionnelle, de ses antécédents traumatiques ((compte sur ses doigts)), elle, manifestement elle a pas d'antécédent traumatique. Ça

aussi c'est un phénomène de, entre guillemets, de « moindre gravité » hein, euh elle aurait eu des épisodes de sciatique, traités avec des antalgiques, machin, 'fin anti-inflammatoires tout le tralala actuel, j'aurais été beaucoup plus euh prudent. Je lui aurais conseillé de faire un bilan peut être plus rapidement. »

Lignes 195 à 197 :

« Hein, parce que là elle espère marcher tout ça, c'est pas sûr qu'elle puisse le faire, j'l'ui ai quand même dit gentiment, mais euh voilà, c'est, c'est tout mis dans la balance, hein. Effectivement dans, les antécédents c'est hyper important. »

Ligne 201:

« Oui, voilà. Le, le fait qu'il y ait eu des, d'autres types de, d'épisodes douloureux »

Lignes 205 à 207 :

« Voilà. Si ça s'est résorbé tout seul, si y'a eu un traitement anti-inflammatoire, si y'a eu infiltration, 'fin y'a tous les cas de figure possible ((rire)) on le sait bien, donc ça effectivement c'est un critère qui fait que le patient j'vais pas le prendre en charge de la même façon. »

Lignes 209 à 211 :

« Là c'est clair quelqu'un qui aurait été euh... Fin qu'aurait eu un truc deux trois fois épisode antalgique arrêt euh, arrêt professionnel et tout l'tralala, j'irai peut-être pas triturer le bassin de la même façon. »

Lignes 245 à 247 :

« Bah c'est, j'ai regardé là bon, elle se plaignait, j'avais vu que le bassin était un peu de traviole, elle a des fourmillements bon, p't'être ((désigne sa tête)) la racine machin, t'sais ça dé- moi dans ma tête »

Lignes 255 à 257 :

« Le fourmillement et l'ensemble, parce que, j'voulais, j'voulais quand même, j'me doutais qu'y'avait du pyramidal dans l'affaire hein... Je voulais vérifier, hein, euh... Et puis, et puis voir un petit peu aussi au niveau de dorsal à la charnière. »

Lignes 262 à 265 :

« Au niveau... Puis j'ai appuyé parce que ça, ça c'était pour le bilan énergétique par rapport à, par rapport parce que y'avais une légère différence de température, ça peut évoquer un p'tit conflit au niveau, au niveau laryngé, voilà c'est ça je voulais, dans ma tête c'était ça que je voulais faire avec le bilan palpatoire. »

Lignes 270 et 271 :

« Y'a deux choses ((compte sur ses doigts)) que je voulais savoir : si elle avait, dans son anté-, dans son premier antécédent, si elle a été traitée médicalement »

Lignes 297 à 302 :

« Et je, tu vois, je l'aurai à traiter ultérieurement, je la, j'me donnerais j'me donnerai, tu vois, j'me donnerai pour le coup, un mois, voilà, sauf, sauf si y'avait eu une augmentation euh subite de, des signes, euh j'lui donnerais un mois pour essayer de la remettre d'aplomb musculairement parlant, lui donner un programme ((compte sur ses doigts)), euh... bon, un peu c'que y'a un p'tit truc énergétique mais ça c'est ann-, c'est annexe, et puis voir comment ça évolue. Si ça se résorbe, bah c'est bon, fin... »

Lignes 313 à 314 :

« J'me donne un délai, enfin, on est quand même toujours à l'écoute encore une fois, si six mois y'a une résurgence, elle a super mal »

Lignes 347 à 349 :

« Les deux, moi bon 'fin j'ai des, maintenant j't'ai dit j'suis un vieux machin ((INT rit)) j'fais pas des trucs donc je tire ((mime l'étirement)), si ça vient, je, je, j'observe en même temps si y'a une douleur »

Lignes 396 à 407 :

« C'est évident que, que quelqu'un, prenons un exemple caricatural, j'sais pas moi, quelqu'un qu'a dévalé un escalier, qui s'est flingué l'épaule, il va arriver avec euh... je sais pas moi un bon un truc euh tu, tu, tu suppute une rupture de, d'un ligament... Alors j'vais peut-être le prendre en charge au niveau purement antalgique et j'vais lui orienter dardar vers un écho, hein, Quelqu'un qui vient me voir comme ça pour un truc ((désigne l'ordinateur)), un peu, bon, ça, c'est- la dangerosité du

	<p>cas, est différente, hein. Quelqu'un qui vient me voir avec une entorse euh... Qui s'est que, qu'a fait une entorse 'fin bon juste on est dans les entorses dans l'algique, qui vient me voir avec une entorse qui s'est fait, je sais pas moi, y'a deux jours, et euh, s'il a un œuf de pigeon, c'est pas l'œuf de pigeon qui va m'impressionner, c'est, le... S'il a eu un, une sensation de craquement, si, dans la nuit qu'a suivi y'a eu une résurgence des douleurs ((compte sur ses doigts)), 'fin j'vais l'interroger là-dessus, si, voilà. Donc pour orienter euh plus spécifiquement p't'être vers une radio avant d'faire quoi que ce soit. J'vais pas toucher à quelqu'un forcément parce qu'il va venir me voir sans ordonnance. »</p> <p>Lignes 483 à 488 :</p> <p>« J'ai commencé à regarder euh quand elle, quand elle monte sur la table, quand elle euh.... Parce que là y'a des signes qui trompent pas, 'fin qui trompent pas, il faut être euh ((désigne son front)) ... c'que j'dis encore aux étudiants euh y'a c'que le patient dit et y'a ce que tu vois, ce que tu entends, c'est c'est aussi, une foule d'informations. Moi je j'essaie d... Encore une fois, j'essaie hein parce que c'est pas toujours le cas euh parfois le discours du patient est différent de ce que son corps dit, et là, là c'est plus compliqué. »</p> <p>Lignes 533 à 535 :</p> <p>« Surtout, surtout en première- eu- alors j'aurai p't'être été plus... Plus.... Puis ça aussi quand a des patients sur plusieurs séances, là il fallait que je fasse, 'fin relativement concret. Je savais que je la verrais qu'une fois cette madame. »</p> <p>Lignes 605 à 607 :</p> <p>« Alors, évidemment j'ai pas demandé si elle avait eu de traitement de chimio de choses comme ça, mais, 'fin, les gens qui traverses des épisodes comme ça, ils t'le, ils t'le balancent, souvent ((hausse les épaules)) »</p>
<p>Le moment de la prise de décision de triage</p>	<p>Ligne 283 :</p> <p>« Oui bah j'ai vu qu'elle montait sur la table sans difficulté aussi »</p> <p>Lignes 285 à 287 :</p>

	<p>« Ça bon euh... elle a des légers fourmillements, elle m'a décrit des trucs qui descendent dans les, dans le mollet. Bon c'est des paresthésies hein, des paresthésies, bon, c'est pas forcément les gens qui vont avoir des paresthésies avec des, finalement des... des trois fois rien. »</p> <p>Ligne 416 :</p> <p>« Là, là j'peux y aller. Les signaux de sens interdit tombent »</p> <p>Lignes 490 et 491 :</p> <p>« Là c'était relativement cohérent. Alors effectivement, au fil du, du, de l'échange j'me suis dit « bon, ça m'paraît simple j'vais pouvoir m'faire plaisir »</p>
<p>La notion de risque en lien avec la capacité de triage</p>	<p>Lignes 163 à 165 :</p> <p>« On peut jouer cette carte-là. Et c'est pour ça aussi que je lui ai dit (<i>désigne la vidéo</i>), mine de rien, dans, dans l'échange, je lui ai dit que si ça all- si ça continuait, si ça ne s'améliorait pas, évidemment, faudrait faire des investigations plus précises. Peut-être IRM... »</p> <p>Ligne 213 :</p> <p>« J'aurai peut être pris en charge sans prescription mais avec beaucoup plus de prudence. »</p> <p>Lignes 228 et 229 :</p> <p>« Parce que bon, toi comme moi t'as rencontré des patients des fois on se dit « merde, y'a anguille sous roche »</p> <p>Lignes 289 et 290 :</p> <p>« Y'a des gens avec des sciatiques tronquées avec des vraies hernies discales, là j'ai pris le risque oui, j'ai pris le risque sans.... »</p> <p>Lignes 294 et 295 :</p> <p>« J'ai choisi de faire, euh... J'assume entièrement la responsabilité d'avoir pris en charge cette patiente sans prescription »</p> <p>Lignes 385 à 387 :</p> <p>« Donc bon, voilà. Euh... Encore une fois ça sert à rien de faire cinquante séances sur un truc, tu t'obstines, y'a des choses ça, ça doit, ça devrait évoluer, si ça évolue pas c'est qu'on est passé à côté de quelque chose. »</p> <p>Lignes 422 à 424 :</p>

	<p>« Y'a des, fin dans ma tête y'a des sens interdit euh... En fonction du, en fonction c'e- oui effectivement c'est de la gravité, du cas précis parce que on parle de façon générale euh... Ça me viendrait pas à l'idée de, de-de, j'te dis, de genre prendre en épaule, un gars qui s'est flingué l'épaule »</p> <p>Lignes 493 et 494 :</p> <p>« Mais euh tu vois ça dépend. Mais j'essaie, j'essaie autant que faire se peut, à chaque consultation, même pour un patient que je connais, et ça c'est vachement difficile, d'être bien armé... »</p> <p>Ligne 525 :</p> <p>« Peut avoir une pelle dans la vertèbre hein mais à ce stade, c'est prématuré pour euh... »</p>
<p>La notion de frustration dans le soin apporté par le kinésithérapeute interviewé</p>	<p>Lignes 10 à 16 :</p> <p>« J'avais du temps, donc là j'me suis fait plaisir, ça c'est clair. Mais, à la fin on est toujours un peu ((regarde en l'air)) 'fin bon moi, j'suis pas à me justifier, on est quelque part un peu, c'est pas frustré mais on, on est une première séance où on appréhende un truc global euh on met en place des trucs moi j'ai fait quelques manœuvres myo, bon je sais là-dessus, l'accu- euh, en fait, c'que j'ai dit y'a plusieurs outils, moi avec le, le recul que j'ai je sais pas c'qui va prendre le mieux, bon je fais du sûr, le sûr c'est le étirements, le relâchement, le pompage, le massage ((mime les différentes techniques)), mais on peut, on peut avoir d'autre, d'autre outils »</p> <p>Ligne 18 :</p> <p>« Un peu ((hausse les épaules)). 'Fin « frustré » c'est un bien grand mot... »</p> <p>Lignes 20 et 21 :</p> <p>« Bah non, parce que, il est clair que, cette patiente j'vais avoir envie la revoir, ((rire)) pour voir comment, comment gérer les choses de façon plus, plus précise, voilà. Ça,... »</p> <p>Lignes 57 et 58 :</p> <p>« Des doutes. Moi là après je l'ai massée, j'ai pompé, j'ai, je, je savais pas, on sait jamais comment elle va réagir à l'action... »</p>

Lignes 62 et 63 :

« L'idéal, j'suis, j'suis pas id- enfin si c'est idéaliste mais, c'est essayé de se coller, dans une séance et dans un traitement, au mieux, au patient.

En fait, euh... voilà. »

Lignes 93 à 96 :

« Elle en a pas eu apparemment. Mais euh si, 'fin, ça c'est important aussi pour le caisson abdominal, si elle a fait une rééducation pelvienne, tu vois j'ai, y'a des choses, j'les ai volontairement occultées, parce que bon euh, ses fourmillements, sa douleur, la tête traviole, j'ai fait ce que j'ai pu avec ce que j'avais, mais, y'a un travail plus en profondeur »

Lignes 450 à 453 :

« ((temps de réflexion)) Moi j'fais mon truc en fonction de, de surtout de, de c'que j'ai sous les doigts et de la demande implicite du patient... Cette dame elle consulte, ça fait 15 jours qu'elle est emmerdée avec son dos. Elle consulte parce qu'elle veut faire sa randonnée elle part le 20, c'est ça sa demande... »

Ligne 457 :

« Donc là, bon, c'qu'elle veut elle, bon puis y'a moi euh mon truc, euh...
Donc j'peux concilier »

Ligne 500 :

« Ah non, je pense sincèrement pas l'avoir aggravée »

Ligne 557 :

« Dans, ça tenait pas dans toute la séance hein »

Lignes 588 à 591 :

« En- en fonction de sa demande, sa demande, moi j'ai fait mon bilan, avec signes de gravité euh peu, peu important, j'me dis bon j'vais faire quelque chose pour essayer de la soulager mais euh c'est là aussi c'est frustrant parce que, effectivement y'a des choses derrière qui peuvent apparaître, et qui peuvent modifier... »

10.3.4 Tableau d'indexation thématique du discours de AD (Tableau 14)

Tableau 14 : tableau d'indexation thématique du discours de AD

Analyse de l'entretien INT1	
Entretien réalisé par INT2	
Date de l'entretien : 11 juillet 2020	
Durée de l'entretien : 38'	
Lieu de l'entretien : 3 bis avenue du Maréchal Foch 41000 Blois	
Tableau d'indexation thématique du discours des interviewés	
Thèmes listés dans le guide d'entretien et abordés par le MK interviewés	Bribes de phrases extraites du discours correspondant aux thèmes listés dans le guide d'entretien et abordés par le MK interviewé
Les émotions liées à la capacité de triage	<p>Lignes 3 à 10 :</p> <p>« Assez euh... Perturbé euh parce qu'en fait par rapport à, par rapport à... ce genre de cas j'ai pas eu... En fait j'ai pas encore eu de cas de euh... j'ai déjà eu des cas d'accès direct qui se sont très bien passés, j'ai pas eu de euh... de red flag très très fort et là j'avais l'impression quand même y'avait ce, y'avait un red flag euh... et du coup c'est vrai que je me suis retrouvé un peu en mode « ok bah qu'est-ce je fais avec ? » Alors que, parce que j'ai pas d- je, en fait j'ai la connaissance théorique par rapport à ça mais c- la connaissance pratique, le, bah en vrai la coopération avec le patient par rapport à ça qui, qui vient pour quelque chose et j'lui dis « ben désolé » ((rire)) j'ai ouais, j'avoue que là j'étais très, très perturbé par ça, euh... »</p> <p>Lignes 10 à 14 :</p> <p>« puis en plus je pense que j'étais influencé malgré moi sur le... le contexte parce que en fait dans ma tête c'était « forcément y'a un piège ». En fait j'avais cette sensation-là de, c'est forcément un cas intéressant donc du coup pas un cas où y'avait... un cas classique typiquement un cas où y'avait euh, y'avait quelque chose à creuser un</p>

peu plus. Et je pense que ça un peu, ça a un peu biaisé aussi ma réflexion par rapport à ça. »

Ligne 16 :

« Après coup ouais, après coup euh... bah j'suis un perdu quoi un peu perdu ouais. »

Lignes 22 à 28 :

« Mais aussi franchement c'est la première fois, et du coup désagréable dans le sens où j'avais toutes les hypothèses qui étaient en tête, euh... Notamment l'hypothèse pat- euh euh patient euh, simulé mais qui du coup par- par ce que je lui ai proposé peut-être perdu aussi et puis du coup va pas me donner des informations qui vont m'intéresser parce que ce que je lui ai demandé c'était différent du script habituel euh.... Le pat- le vrai patient 'fin ce genre de choses, puis après le red flag ou pas avec la... voilà. C'est vrai que j'avais, j'avais tout ça qui rentrait en tête à ce moment-là du coup. »

Lignes 30 et 31 :

« C'est dans ces moment-là de devoir annoncer bah ouais j'étais, perdu par rapport à ces décisions euh, alors mais en dehors de ça le reste du temps non plutôt, plutôt bien. »

Lignes 299 à 301 :

« Ouais. J'aurais pu, j'aurais pu chercher beaucoup plus fort, voilà, là j'ai, j'ai fait que, j'lui ai fait faire que les mouvements euh... j'ai poussé un petit peu pour voir si ça donnait une réponse mais ça pas donné de réponse, j'aurais pu chercher des, en force un peu plus mais là du coup euh.... »

Ligne 316 et 317 :

« Moment d'annoncer euh et bah j'avoue que oui je ce moment à j'étais perdu à ce moment-là donc peut être que j'aurais formulé autrement par rapport à ça euh tel que euh... bon excuse-moi je je... »

Ligne 337 et 339 :

« Euh mais bref, un peu perturbé par rapport à ça mais euh, sinon globalement non... Bon ça devrait ouais, ouais ça s'est bien passé

	<p>globalement j'ai l'impression, plutôt quand on, on a parlé de ses seins aussi puis ouais, ouais rien d'autre à ajouter. »</p>
<p>Le mode de raisonnement utilisé lors de la capacité de triage par raisonnement clinique : triage par raisonnement clinique non analytique (système 1)</p>	<p>Lignes 63 et 64 : « voilà après j'ai déjà eu des cas des personnes qui venaient avec un cancer aussi, avec des douleurs, on teste »</p> <p>Ligne 70 : « Euh... j'vais dire p- les deux ? Intuitivement peut être »</p> <p>Lignes 77 à 79 : « Donc euh y'a les deux, du coup, y'a des deux. Y'a intuitivement je me dis « bah ouais j'me retrouve un peu coincé » »</p> <p>Lignes 146 à 151 : « Euh... après surtout les autres tests j'avoue j'ai pas, j'ai pas senti le besoin de faire les réflexes, de faire un testing musculaire ou autre, j'ai pas senti forcément, j'ai pas senti vraiment forcément c'est pas pertinent de les faire, euh... Parce qu'en fait c'est vrai qu'on, qu'on les fait uniquement quand y'a des, y'a des choses qui descendent plus loin que le genou, par qu'en fait c'est par rapport à ça et donc du coup ouais c'était, ça semblait moins grave donc j'ai pas, j'ai pas pensé à, j'ai pas j'me suis dit j'sais pas, j'avais pas besoin de les faire ? »</p> <p>Lignes 211 à 218 : « Et aussi dans l'hypothèse où... à laquelle j'ai pensé un petit peu, mais j'ai écarté rapidement c'est un côté euh psychosocial, le côté euh... Le côté sensibilisation centrale et plus le côté psychosocial que... J'avoue là j'ai pas creusé euh... Parce que... Voilà j'aurais pu creuser un peu plus avec des questionnaires types et là j'les avais pas sous la main donc j'ai pas pensé euh... Et puis, oui j'aurais pu creuser un peu plus sur la condition de travail et tout ça c'est plutôt avec le covid en euh... voilà c'était un peu compliqué donc ça aurait pu être un truc mais j'ai ouais j'avais pas, j'avais pas cette sensation que quand tu te dis non j'ai pas cette sensation que ça pouvait jouer pour elle, mais c- là j'avoue que j'ai pas testé non plus là j'ai pas testé »</p> <p>Lignes 222 à 225 :</p>

	<p>« J'me dis que j'ai plutôt euh... Ouais pas pensé euh j'ai, en fait euh, y'a j'avais pas d'indices qui m'indic- qui me donnaient la sensation que ça pouvait jouer là-dedans, euh... donc j'ai pas pensé en fait ouais, j'ai pas pensé parce que j'avais pas d'indices qui me disaient « tiens va creuser là-dedans », en fait »</p> <p>Lignes 239 à 244 :</p> <p>« Bah tu creuse un peu plus là-dessus et puis derrière bah tu te rends compte que y'a des fois y'a des montagnes de, de mal être par rapport à ça. Là j'ai, j'avoue que j'ai pas senti ça j'ai pas entendu donc est-ce que c'est parce que le patient simulait ou parce que, voilà j'ai aussi cette à ce moment-là j'ai eu cette question de patient simulé donc du coup ce genre d'information était pas présente ou pas euh... voilà et puis après d'autres choses que j'aurais attendu c'était les antécédents beaucoup plus importants, aussi. »</p> <p>Lignes 255 à 259 :</p> <p>« Et puis après oui bah après y'a, y'a aussi certains... euh... aspect de la personne, enfin bon certaines personnes si j- comment dire ? Voilà si euh, j'vais pas forcément creuser à chaque fois là-dessus mais si ce sont des personnes que je sens peut-être, je sentirais le mal à l'aise, euh mal à l'aise par rapport à, à la relation avec d'autres personnes ou euh... dans leur corps voilà donc avec des comportements euh, typiques de ça peut être que là je »</p>
<p>Le mode de raisonnement utilisé lors de la capacité de triage par raisonnement clinique : triage par raisonnement clinique</p>	<p>Lignes 70 à 75 :</p> <p>« et de manière logique en fait parce que du coup c'est un biais- moi j'suis dans le milieu McKenzie et c'est des gens type McKenzie et en fait justement dans ce, cette classification, là vu que, alors j'ai pas tout testé euh... parce que bon manque de temps et puis en fait les premières réponses elle est, dans ce que je disais par rapport à ce que je pensais euh... mais c'était en gros ben, c'est plutôt dans classification autre euh dans, dans l'outil McKenzie. »</p> <p>Lignes 79 et 80 :</p> <p>« et puis aussi via le raisonnement logique qui m'a, qui m'a, MBP, là ouais j'me retrouvais aussi »</p>

<p>analytique (système 2)</p>	<p>Lignes 120 à 122 : « Dans une balance euh... Hum je dirais soixante-dix - trente peut être, où du coup l'hypothèse était quand même au départ puis ben du coup ça m'a permis de pouvoir la confirmer un petit peu euh par les tests. »</p> <p>Lignes 139 et 140 : « Après là c'est vrai que j'ai pas fait tous les tests que je pourrais éventuellement faire, euh je sais que j'aurais dû faire plus tôt euh j'avoue que là j'ai, je, j'ai péché sur ça mais »</p> <p>Lignes 162 et 163 : « Les autres hypothèses alternatives ? Euh... ben en fait là j'ai, j'ai regardé 'fin j'ai cherché à, à aller à l'hypothèse de, d'hernie discale »</p> <p>Lignes 165 et 166 : « Euh j'ai une pot-, une potentielle aussi, syndrome de la queue de cheval même si ouais ça semble pas courant mais on sait jamais »</p> <p>Lignes 168 et 169 : « Euh... après j'ai regardé aussi fractures et tout ça que j'ai demandé par rapport aux chutes, et par rapport à, accident »</p> <p>Lignes 176 à 179 : « Et euh voilà, après euh... C'est à dire par rapport à ça... Non j crois que c'est tout, donc c'est tout donc ça plus après donc euh une hypothèse de quelque chose de mécanique du coup euh... et euh avec ses contraintes par exemple où, où ouais une surcharge de, un stress mécanique du coup ou, ou alors dans le cancer éventuellement, métastase osseuse, voilà. »</p>
<p>Processus interactifs</p>	<p>Ligne 33 et 34 : « Euh de référer au médecin euh... Pour écarter éventuellement une euh, euh, j'ai perdu les mots en plus à ce moment-là euh une ri- aux urgences une, un nouveau cas de cancer quoi en fait. »</p> <p>Lignes 36 à 40 : « Un... voilà une métastase peut être ou quelque chose comme ça. Euh... donc ouais voilà j'ai, c'est la décision que j'ai prise en, en attendant du coup la réponse du médecin qui revoie chez moi mais du coup couvrir sous le médecin et après mieux ou avec j'espère une liste d'exams complémentaires qui soit négatif et donc du coup permet de pouvoir faire</p>

	<p>une, voilà se dire « ok bon j’vais creuser un peu plus » ou alors euh positif et du coup bah qui corrobore à ce que j’ai vu. »</p>
<p>Les concepts organisateurs de la situation de triage</p>	<p>Lignes 45 à 48 :</p> <p>« qu’elle m’a parlé donc de la grosse fatigue, euh de la grosse fatigue et du coup de son épisode de cancer du sein je me dis tiens bah « peut être que », surtout c’est comme elle a dit c’est une des, dans les 10 % des pers- des femmes qu’ont pas de chance en gros, euh... et puis ça en fait du coup y’avait, même pour la fatigue et puis pour la perte de poids y’avait une explication »</p> <p>Lignes 50 à 54 :</p> <p>« je pouvais pas trop écarter cette hypothèse quand même à mon sens, donc rapidement dans l’examen j’ai eu ses seins en tête, et puis après en fait je voulais voir si justement mécaniquement ça changeait, si ça changeait pas bah ça renforçait cette hypothèse-là selon moi. En tout cas ça s- ça renforçait l’hypothèse que moi je pouvais pas être utile en tout cas. »</p> <p>Lignes 85 et 86 :</p> <p>« Là où j’ai eu l’intuition et là où euh... j’ai, j’aurais du mal à... je pense que les deux étaient un peu en même temps en fait... et plutôt pendant le test des mouvements répétés du coup, sur table »</p> <p>Lignes 88 à 90 :</p> <p>« Hum, c’est dans la, dans la, dans la, ah, dans les euh... Dans la séance là, c’est au moment où je lui demande de faire des exercices sur table et faire se relever contre le mur tout ça j’en fais refaire quelques-uns pour voir comment ça évolue. »</p> <p>Lignes 98 à 106 :</p> <p>« Ouais je au niveau des réponses ça changeait pas au niveau de ce qu’elle sent qu’elle ressentait tout ça au niveau physique ça changeait pas, euh... »</p> <p>Lignes 100 et 101 :</p> <p>« Les sensations qui étaient-elles, inchangées selon la, si c’était dans la journée en fait on voyait que les sensations n’étaient pas changées et en plus de ça euh... »</p>

Lignes 101 à 105 :

« Bah voilà euh historique de cancer du sein, euh... fatigue et perte de poids en fait, et douleur nocturnes ouais donc c'est que pendant l'anamnèse où en fait elle me décrivait tout ça où elle disait « bon ok c'est peut-être plus ça et euh et puis en plus ça avait l'air de pas vouloir changer en fait matinée tout ça euh selon la période de journée donc voilà »

Lignes 114 à 116 :

« par contre dans l'anamnèse donc dans l'interrogatoire j'me suis fait une id- une hypothèse et en fait je décide de l'infirmier avec les tests »

Lignes 118 et 119 :

« comme les test étaient négat- les tests euh, là que j'ai fait étaient négatifs et bah ça confirmait un peu plus l'hypothèse initiale »

Lignes 155 et 156 :

« Me suis dit qu'j'avais pas besoin parce qu'en fait, les gravités de la sensation et les douleurs euh... D'irradiation c'était pas, voilà c'était que la fesse, c'était pas dans sous les genoux du coup »

Lignes 171 et 172 :

« Euh coté infectieux aussi, euh cas de fièvre avec les différentes opérations ou autre euh coté inflammatoire aussi tout ça j'en ai parlé un petit peu euh... »

Lignes 186 et 187 ::

« Voilà, vérifiées avec le patient avec, avec l'interrogatoire euh... »

Lignes 187 et 188 :

« Hormis éventuellement peut être le côté inflammatoire, du coup, mais euh... voilà c'est peut-être celui-ci que j'aurais peut-être pu creuser un peu plus, »

Lignes 188 à 192 :

« mais voilà ouais, j'vais pas avoir, j'ai pas eu l'impression que c'était vraiment pertinent dans le sens où on dit que les sensations 'fin les douleurs inflammatoires sont plus en deuxième partie de nuit donc euh... voilà à partir de hein, 4 heures à peu près, c'est ce qu'on dit et puis j'vais pas l'impression que c'était plus fort que d'habitude la nuit que le jour »

Lignes 198 à 202 :

« les pathologies inflammatoires vont avec les mouvements comme ça, vont augmenter peut-être les sensations vont augmenter mais en fait n'importe quel mouvement qu'on va faire, ça va augmenter progressivement progressivement jusqu'à ce que bah, ça devienne bah ce que ça flambe entre guillemets et là du coup ça semblait pas non plus euh... »

Lignes 207 à 209 :

« Mais du coup avec les mouvements répétés ça avait augmenté progressivement de chaque cot- 'fin voilà n'importe quel mouvement qu'on aurait fait ça aurait augmenté ça aurait augmenté que donc là du coup ça m'aurais par rapport à ça »

Lignes 246 à 253 :

« Euh... des personnes qui me parlent de lombalgies euh... Plutôt récurrents chroniques ou alors avec des, voilà des choses beaucoup plus récurrentes là j'aurais euh... J'me serais attendu à quelque chose de... voilà, j'aurais creusé un peu plus. Là comme ça avait l'air aigu, et que y'avais des, c'était un voilà, un nouvel épisode d'un, voilà ça me semblait pas récurrent ça me semblait pas chronique donc du coup ouais je, j'ai vite écarté ce genre de chose. Mais voilà quand y'a des patients qui me sortent un livre d'antécédents à peu près long comme mon bras ou alors, ou alors c'est, ce sont des douleurs qui sont là depuis plusieurs mois comme ça là ouais ce sont des choses qui, qui me mettraient la puce à l'oreille aussi. »

Lignes 281 à 283 :

« Euh... et puis euh si je la revoyais et que, au bout de deuxième séance on voit pas d'évolution hum au bout d'deuxième, troisième séance ouais là je, je ouais peut être à ce moment là où là vraiment si y'a aucune évolution euh... »

Lignes 283 et 284 :

« ouais peut être, après si y'a un début d'évolution, si on voit que ouais y'a, même si c'est moins bien hein après »

Lignes 284 à 286 :

	<p>« l'évolution ça peut être dans les deux sens, on voit que, si on voit qu'avec quelque chose, avec un exercice que je lui donne ça change quelque chose bah là j'aurais la conviction qu'on peut faire quelque chose, en gros. »</p>
<p>Le moment de la prise de décision de triage</p>	<p>Ligne 44 : « Euh... bah relativement au d- relativement au début, alors fait dans les questions que j'ai posé »</p> <p>Lignes 57 et 58 : « Euh... à la fin, après avoir fait les différents examens, et que je vois que les différents examens c'était euh... ne sortaient rien en fait, là du coup ouais ça a, ça renforçait un peu plus ce côté-là »</p>
<p>La notion de risque en lien avec la capacité de triage</p>	<p>Lignes 75 à 77 : « Et euh 'fin moi en tout cas là je classifierai dans « autre » et donc du coup dans « autre » c'est tout ce qui est non mécaniquement répondant et donc du coup par rapport à ce que je pouvais proposer là ça me semblait un peu, j'me sentais un peu limité du coup. »</p> <p>Ligne 274 : « Euh bah là, avec elle bah déjà avec la décision du médecin »</p> <p>Lignes 276 à 279 : « Euh ça c'est, c'est sûr, la décision du médecin même s'il me dit... en gros je p- tel examen n'est pas contre de la kiné euh bah à ce moment-là voilà peut-être que, peut-être que oui là je... je serais un peu plus conforté dans le sens où j'ai l'a l'assurance, j'ai le médecin pour pour dire ok bon bah je peux faire quelque chose »</p> <p>Lignes 301 à 306 : « Voilà là avec l'hypothèse d'éventuellement ouais, de métastase osseuse j'ai pas osé, j'ai pas osé faire, là j'aurais attendu le, l'avis du médecin pour dire ok 'fin je peux y aller euh... mais voilà, mais si j'avais eu une prescription ou si, j'avais pas ce cette hypothèse-là, j'aurais testé peut être un peu plus en force à ce moment-là, donc pour voir si y'avait une réponse quelque ch- si y'avait une réponse qui apparaissait. Voilà... »</p>

<p>La notion de frustration dans le soin apporté par le kinésithérapeute interviewé</p>	<p>Lignes 59 à 63 :</p> <p>« dans, ma conclusion c'était même si c'est euh « même si c'est pas ça pur l'instant j'ai pas l'impression de pouvoir lui apporter quelque chose » et même si c'est ça ce qui était le cas d'autres personnes qui ont par exemple un cancer, mais que du coup on peut quand même apporter quelque chose au niveau physique. Et euh, et là j'avais pas l'impression que rapidement en tout cas j'allais pas, j'allais pouvoir lui apporter une réponse, donc... »</p> <p>Lignes 64 à 67 :</p> <p>« on voit que ça s'améliore, bon bah même si y'a le cancer on peut quand même l'améliorer un petit peu, donc euh voilà donc c'est, là j'ai pas eu cette sensation là que je pouvais l'aider, donc du coup je me dis bon ben voilà je, je me dis ouais j'ai pas l'impression que je peux aider donc voilà. »</p> <p>Lignes 312 à 316 :</p> <p>« Ouais j'suis un peu, un peu frustré de pas pouvoir lui proposer quelque chose en fait. Je pense que ça me conviendrait un peu plus le fait que j'ai bien fait de la renvoyer chez le médecin mais c'est vrai qu'avec le temps euh, le temps court qu'elle avait de partir en vacances, euh, je j'aurais, je je sais pas, j'aurais peut-être déjà fo-, formulé autrement parce que c'est vrai que j'ai été un peu abrupt sur le... »</p> <p>Lignes 326 à 328 :</p> <p>« Ouais, donc du coup pour répondre, ouais, rassuré peut être par rapport à ma décision mais frustré et un peu triste de pas avoir pu lui proposer quelque chose, du coup, voilà y'a cette ambiance-là »</p>
--	---

10.3.5 Tableau d'indexation thématique du discours de AF (Tableau 15)

Tableau 15 : tableau d'indexation thématique du discours de AF

Analyse de l'entretien INT1	
Entretien réalisé par INT2	
Date de l'entretien : 11 juillet 2020	
Durée de l'entretien : 18'45''	
Lieu de l'entretien : 3 bis avenue du Maréchal Foch 41000 Blois	
Tableau d'indexation thématique du discours des interviewés	
Thèmes listés dans le guide d'entretien et abordés par le MK interviewés	Bribes de phrases extraites du discours correspondant aux thèmes listés dans le guide d'entretien et abordés par le MK interviewé
Les émotions liées à la capacité de triage	<p>Lignes 4 à 7 :</p> <p>« J'me sens peut être euh, un, euh un peu 'fin j'étais un peu stressée pendant l'épreuve. J'avais pris ça comme une épreuve un peu. J'avais, je me sentais comme une étudiante. Comme une étudiante qui passe un examen ((rire)) ça m'a fait flipper, mais bon, alors que, c'est quasiment du quotidien quoi mais c'est pas les mêmes mais voilà non ça va. Non ça va je suis contente de ça... »</p> <p>Ligne 13 :</p> <p>« Et du coup ça m'a fait flippé »</p> <p>Lignes 82 à 84 :</p> <p>« Bah j'sais pas qui sont passés par ma tête en me disant « je pense que c'est pas bon ce que tu fais » 'fin c- je sais pas, j'étais pas dans mon soin quoi. J'étais pas dans le soin j'étais dans le stress de me dire bah elle a ça, ça et ça bah du coup ça me, ça m'a un peu stressé. »</p> <p>Lignes 94 et 95 :</p> <p>« Y'a rien après, c'est fou, c'est fou c'est comme un trou enfin j'sais pas. »</p> <p>Lignes 102 à 106 :</p>

	<p>« Hum, alors pourquoi j'ai pas fait comme d'habitude ? Euh ((souffle)) j'arrive pas à l'expliquer, est-ce que c'est le contexte, je sais pas franchement, je pense pas, enfin peut être que si franchement les caméras et tout... ça a peut-être mis une dose de stress... ouais je trouve que ça a mis du stress, on est pas stressé mais on est stressé quand même, faut le dire quoi. Hum, non vraiment j'me suis sentie un peu comme une étudiante, 'fin j'sais pas »</p> <p>Lignes 184 à 186 :</p> <p>« Hum... certitudes... ((souffle)) ((rire)) je pense que j'ai bien fait quand même, voilà. C'est ... même si c'est pas dans le protocole, qu'il fallait pas faire comme ça, j'estime que, dans ma prise en charge, ben voilà je, j'aurais fait pareil peut-être même être filmée »</p> <p>Ligne 190 :</p> <p>« c'est plus le contexte de soin en fait qui m'a perturbée, voilà. Je, voilà où j'en suis. »</p>
<p>Le mode de raisonnement utilisé lors de la capacité de triage par raisonnement clinique : triage par raisonnement clinique non analytique (système 1)</p>	<p>Lignes 10 et 11 :</p> <p>« Oui ça m'a fait penser à, une patiente que j'ai déjà eu qu'est, ouais symptômes voilà ça m'a rappelé des choses »</p> <p>Lignes 26 à 31 :</p> <p>Par rapport à ce type de pathologie quoi, et il va déceler aussi du coup euh, une problématique au niveau euh, des sphincters et du coup c'était une urgence, 'fin là j'ai plus eu de nouvelles tu vois mais elle est restée en contact, 'fin voilà en deux semaines elle a eu rendez-vous chez le neurochir fin ça a été assez rapide quoi. Et du coup euh, c'est pour ça je, face à cette patiente tu vois j'me, tst, j'avais pas envie de la manipuler donc je l'ai pas fait. »</p> <p>Lignes 120 à 124 :</p> <p>« je dirais peut être pas cinquante-cinquante je pense que moi l'emprise de, moi l'intuition elle est plus importante peut être, même si parfois je sais qu'en fait des fois y'a rien, ça m'arrive ça avec des gens, et ben en fait j'ai besoin d'être dans la tête, euh sûre et rassurée, ce pourquoi bah, ça m'arrive vraiment très souvent de faire euh des courriers au médecin ou même de les appeler ou je vais prendre »</p>

	<p>Lignes 126 à 129 :</p> <p>« ouais puis du coup ça, ‘fin en plus, je me suis dit hier soir, j’ai quand même eu une dame où c’était un peu compliqué et l’issue n’était pas forcément très bonne, bah ça m’ a peut être encore plus emmenée, du coup, dans mon intuition, qui me dit bah là, t’as pas envie de faire ça donc, je fais pas »</p>
<p>Le mode de raisonnement utilisé lors de la capacité de triage par raisonnement clinique : triage par raisonnement clinique analytique (système 2)</p>	<p>Lignes 20 à 23 :</p> <p>« qui est allée voir aussi un neurochirurgien et qui lui, il a quand même fait aussi euh un toucher vaginal en fait dans le cadre de euh... bah de sa consultation en fait pour, ‘fin voilà pour voir un peu si ça allait justement niveau vésico sphinctérien c’est pour ça qu’en fait à deux ou trois reprises j’ai posé la question ((rire)) »</p>
<p>Processus interactifs</p>	<p>Lignes 36 à 38 :</p> <p>« J’sais pas, on est pas à l’abri qu’il y ait pas une pathologie, une métasta- ‘fin j’en sais rien je sais pas, du coup euh, je préférerais quand même rappeler le médecin ‘fin me sécuriser en fait par rapport à une éventuelle manipulation. »</p>
<p>Les concepts organisateurs de la situation de triage</p>	<p>Lignes 19 et 20 :</p> <p>« voilà, qui a aussi des antécédents de cancer tout ça »</p> <p>Lignes 34 à 36 :</p> <p>« Bah ces antécédents de cancer du sein, sa douleur inflammatoire, douleur continue, douleur à la palpation des épineuses ((souffle)). J’sais pas je me dis est-ce que y’a pas encore quelque chose derrière euh... »</p> <p>Lignes 43 à 47 :</p> <p>« J’ai juste voulu faire mes tests qui pourtant y’avait ((souffle)) rien d’alarmant, vraiment, parce que j’ai regardé un peu sa proprio de bassin son contrôle moteur de bassin, son Schober ça allait euh... j’ai fait son</p>

Lasègue, euh oui ça, Lasègue controlatéral du coup y'a pas de signe de gravité finalement, mais c'est le contexte je pense »

Lignes 49 à 51 :

« Les éléments du contexte, et bien du coup ses antécédents de cancer du sein, je crois que c'est surtout ça qui m'a, j'sais pas comme ça se, quand elle m'a dit « oui je fais partie des rares personnes à avoir un cancer du sein » et tout, d'accord, j'ai noté après euh... »

Lignes 51 et 52 :

« et après qu'est-ce qui m'a un peu stressée ? Bah c'est ça la douleur à la palpation des épineuses »

Lignes 61 à 66 :

« bah que la douleur soit continue la douleur continue ça m'a pas, ça m'a pas inspirée non plus en fait. La douleur continue ça m'a ((souffle)) elle est présente le jour tout le temps, certes c'était pas une intensité euh, voilà c'était pas huit sur dix quoi, et en plus c'était elle prenait pas d'antalgique donc c'est vrai que bon on aurait pu dire « bah tient elle prend pas d'antalgique elle a trois sur dix, bon peut être que si elle prenait quelque chose ça pourrait aller mieux » tout ça, mais elle m'a dit quand même c'est continu »

Lignes 66 à 68 :

« elle a des antécédents de cancer du sein, des douleurs comme ça à la palpation, boh m'a, j'sais pas, du coup ça m'a... bah j'sais pas j'ai pas eu envie d'aller euh... »

Lignes 86 à 90 :

« par rapport au début j'ai commencé par l'interrogatoire j'ai posé des questions bon j'ai oublié des choses, mais j'y reviens tout le temps, voilà, après je pose, parfois j'oublie des choses et quand ils sont allongés je me dit oh en fait est-ce que ((rire)) est-ce que j'ai pas un interrogatoire... »

Lignes 91 et 92 :

« j'ai fait quelques petits tests debout, après sur le dos, après hop sur le ventre parce que je me suis dit je vais aller voir un peu vraiment la localisation, précise en fait de sa douleur »

Ligne 95 :

	<p>« là j'ai fait la palpation d'épineuses et paf. ((rire)) »</p> <p>Ligne 157 :</p> <p>« Pareil, les antécédents de cancer, pareil, et euh »</p> <p>Lignes 158 à 162 :</p> <p>« et la douleur, bah la douleur en fait, le motif de consultation en fait, c'était à peu près similaire et euh, finalement c'est une patiente que j'ai suivi aussi en kiné, l'autre dame, mais euh bon, au vu du manque d'amélioration on avait quand même pris la décision d'aller plus loin en fait dans les investigations, mais pas sur le plan kiné, prise en charge kiné, du coup, elle est partie vers un, vers le neurochirurgien en question du coup, voilà »</p>
Le moment de la prise de décision de triage	<p>Lignes 73 à 77 :</p> <p>« Et bien je pense que c'est, ouais quand j'ai fait la palpation d'épineuses on a dit que c'était euh, que c'était, 'fin tu sais elle a vraiment fait « aie » quoi, bah j'me suis dit ((souffle)) bah on va voir ((rire)) du coup ça m'a, en fait dans ma tête je me suis dit ben, voilà, bah après bah j'avais plus envie donc euh, fallait pas que j'y aille quoi »</p>
La notion de risque en lien avec la capacité de triage	<p>Lignes 31 et 32 :</p> <p>« J'avais pas envie de la mettre en lombar roll 'fin comme j'aurais fait un étirement, je sais pas 'fin tu vois ça m'a pas »</p> <p>Lignes 42 et 43 :</p> <p>« Et ben euh... je sais pas, de faire je sais pas quelque chose qui va pas de, je sais pas franchement j'arrive même pas à expliquer je, ça m'inspirait pas de, j'sais pas, de, de manipuler de mobiliser. »</p> <p>Lignes 53 à 57 :</p> <p>« j'ai pas envie de, de manipuler comme j'aurais fait bah, j'sais pas un patient lambda sans antécédent déjà de cancer ça m'aurait déjà rassurée je pense, ça j'étais pas vraiment rassurée je crois c'est ça le terme, j'étais pas rassurée. Donc euh... J'avais pas envie de faire des choses et en fait j'avais envie d'être couverte entre guillemets donc euh, voilà. »</p> <p>Lignes 125 et 126 :</p> <p>« parce que, quand j'ai un doute, bah je préfère ne pas faire, en fait, ça c'est vraiment tout le temps ma politique et euh... »</p>

	<p>Lignes 130 à 133 :</p> <p>« Ça a pris de l'emprise en fait sur ce qui, 'fin au niveau du protocole on va dire classique de prise en charge, y'aurait peut-être pas eu euh, tant de problèmes que ça mais, mais moi ça m'a, ça m'a un peu, ouais ça m'a fait peur c'est tout, ouais... »</p> <p>Lignes 138 à 141 :</p> <p>« Et bien euh bah je me suis dit, si un facteur de gravité ou quelque chose de sous-jacent, en fait je me suis dit si on découvre, par malheur voilà, un truc qui va pas, bah j'sais pas je, j'avais l'impression que ça allait être, entre guillemet ma faute je vois que j'allais être un peu responsable en fait de cette dame qui est venue me voir »</p> <p>Lignes 176 à 180 :</p> <p>« Oh non, non quand même je l'aurais pas tuée, 'fin j'espère pas mais mais voilà ça je trouve que... ça reflète bien peut être un peu ce qu'on fait c'est que, 'fin, nous me concernant je vais vraiment parler pour moi, c'est que si j'ai un doute, si je suis pas sure, si bah, je prends peut être trop de précautions je sais pas, mais... voilà. »</p> <p>Lignes 180 à 182 :</p> <p>« Après, je me dis même l'histoire de son médecin ça aurait peut-être pu attendre les deux semaines, mais peut-être pas donc je sais pas, je préfère être très, je sais pas, je sais pas si voilà, y'a beaucoup, de doutes, finalement. Voilà. »</p>
<p>La notion de frustration dans le soin apporté par le kinésithérapeute interviewé</p>	<p>Lignes 24 à 26 :</p> <p>« c'est vrai que nous en tant que par exemple kiné il viennent nous voir pour le dos on va faire un toucher vaginal ça va paraître bizarre, le neurochirurgien bah lui ça rentre tout à fait dans le cadre de ses compétences, je pense euh... »</p> <p>Lignes 68 à 71 :</p> <p>« Lui faire comme j'ai envie de, de la mettre par exemple en lombar roll de, aller clac clac clac, de me lancer dans un traitement euh ((rire)) comme j'aurais fait ou limite ça même j'aurais pu mobiliser avec un petit ballon de Klein tu vois dire aller on va mobiliser un peu on va détendre</p>

ça aurait pas fait de mal non plus de détendre le rachis, mais ça m'a stressé »

Lignes 79 et 80 :

« Tu vas pas être efficace peut être, 'fin tu vois y'a plein de trucs qui me... »

Lignes 172 à 174 :

« Après, euh... je me dit ben, j'ai, voilà la patiente est repartie sur ses deux jambes ((rire)) donc je me dis du coup bon « bien ou pas bien en tout cas elle va bien mais elle a toujours sa douleur » et euh... voilà 'fin, voilà ce que je me demande c'est est-ce que j'ai bien fait de la renvoyer quoi, je sais pas ? »

Lignes 187 et 188 :

« peut-être que la patiente est déçue je me dit aussi, elle aurait peut-être préféré être manipulée, euh... »

10.4 Analyse croisées des données

10.4.1 Des processus cognitifs qui déterminent le triage par raisonnement clinique

Tout d'abord, la théorie des scripts cliniques en santé pensée par analogie avec la théorie de Gagnon (2008), est activée chez l'ensemble des participants. La théorie des scripts reliée à un contexte clinique en santé est décrite notamment dans le modèle interactif de raisonnement clinique de l'Université de Montréal (Charlin et al., 2012). Les scripts cliniques ont huit composantes en lien avec la situation clinique en santé :

- L'épidémiologie ;
- La physiopathologie ;
- La constellation de signes et symptômes ;
- Les conditions de survenue ;
- Les modalités d'évolution ;
- Les options d'investigation ;
- Les options d'intervention ;
- La mémoire des cas antérieurs.

Cette dernière composante des scripts cliniques (mémoire des cas antérieurs) est particulièrement présente dans le discours des participants. Cette composante est liée au processus cognitif « *pattern recognition* » décrit par Higgs et al. (2008). En effet, ils effectuent des analogies avec leurs expériences antérieures.

Le cas le plus marquant est celui de AF, habituée à ce champ d'intervention musculo-squelettique. Elle explique prendre sa décision de renvoyer le patient vers le médecin en raison d'une expérience récente analogue : « AF : *Oui ça m'a fait penser à, une patiente que j'ai déjà eu qu'est, ouais symptômes voilà ça m'a rappelé des choses* ». Pour AA, la situation est différente. En effet, il ne travaille pas dans le champ d'intervention de la consultation proposée : « AA : *c'est une expérience improbable pour moi* », « AA : *Euh, en fait à ce moment-là j'me dis euh... « c'est un domaine de la maladie que j'connais pas »* ». Il a l'habitude d'intervenir dans le champ cardio-respiratoire. Cependant, les signes cliniques prélevés dans la situation vont faire émerger des situations de danger analogues en lien avec les antécédents de maladie de cancer chez la patiente. Ces deux experts de champs d'intervention différents utilisent la mémoire des cas antérieurs pour trier la situation dans une case danger. L'importance de l'expérience et du vécu est mise en lumière. L'utilisation de la mémoire des cas antérieurs est intuitive, non contrôlée chez les masseurs-kinésithérapeutes. Elle correspond à l'utilisation par

raisonnement non analytique (système 1). Pour AF, l'apparition précoce d'un script clinique analogue à la situation proposée entraîne une prise de décision rapide :

AF : Et bien je pense que c'est, ouais quand j'ai fait la palpation d'épineuses on a dit que c'était euh, que c'était, 'fin tu sais elle a vraiment fait « aie » quoi, bah j'me suis dit ((souffle)) bah on va voir ((rire)) du coup ça m'a, en fait dans ma tête je me suis dit ben, voilà, bah après bah j'avais plus envie donc euh, fallait pas que j'y aille quoi.

Lorsque le praticien n'a pas de cas antérieurs, le triage par raisonnement non analytique (système 1) peut tout de même être activé. Ainsi, pour AA, la difficulté de retrouver un script clinique comparable à la situation vécue n'empêche pas une décision rapide grâce au prélèvement dans la situation clinique de signes et symptômes de gravité avec notamment l'antécédent de cancer chez la patiente : « AA : Pour moi la qu- la décision elle est quasiment prise à partir du moment où elle m- elle me parle antécédent de cancer du sein ». Aussi, que le script clinique soit riche, c'est-à-dire riche en situations analogues à la situation clinique rencontrée, ou pauvre, la prise de décision, le triage du patient peut être rapide à l'aide du triage par raisonnement clinique non analytique (système 1). AA et AF utilisent leurs scripts cliniques pour prendre leur décision en utilisant une boucle régulatrice entre le raisonnement non analytique (système 1) et le raisonnement analytique (système 2). Ils utilisent aussi le principe de précautions lorsqu'ils ne sont pas en mesure de vérifier leurs hypothèses notamment celle potentiellement graves. Ils décident tous deux de renvoyer la patiente rapidement au médecin : « AA : après je surenchéris un peu sur le « ah et va falloir voir le docteur » et, et j'la préviens que j'vais informer le médecin en lui- de façon à ce qu'elle se dise bon, y'a un truc qui va se passer derrière », « AF : ça m'arrive vraiment très souvent de faire euh des courriers au médecin ou même de les appeler ou je vais prendre ».

Pour les autres participants, le comportement vis-à-vis des scripts cliniques est différent.

AC utilise préférentiellement le raisonnement non analytique (système 1) : « AC : j'suis plus dans le registre étudiant machin ci ça là, j'fais mon truc, je regarde, je sens ((mime son discours)), c'est, c'est intuitif ». Il émet intuitivement de nombreuses hypothèses diagnostiques rapidement en fonction des éléments cliniques prélevés dans la situation : « AC : Bah c'est, ((rire)) c'est, oui c'est le feeling ». Il utilise ensuite le raisonnement analytique (système 2) afin de vérifier ses hypothèses « AC : euh moi j'suis un vieux machin maintenant y'a des trucs où ça se déroule, ça se déroule, j'y av- j'y ai regardé un peu le haut, j'me dis que c'était un peu, un peu, un peu tendu, j'dis j'vais faire un examen palpatoire un peu plus, un peu plus précis.

Et euh... ». AC fonctionne à l'intuition comme il l'indique lui-même. Il évoque le fait d'avoir des évocations automatiques lors de la consultation. Il utilise donc les composantes des scripts cliniques pour émettre des hypothèses : « AC : *Bah des p'tits tiroirs, c'est, c'est des, c'est des p'tits panneaux alors moi j'les note pas parce que effectivement les, bon avec les étudiants mais, qu- j- là ça, ça rappelle quelque chose. C'est un peu un automatisme ».*

Enfin, AB et AD, tous deux formés à la méthode Mc Kenzie, ont suivi le protocole issu de leur méthode : « AB : *On sait jamais avec cette méthode là sur quoi on tombe hein »*, « AD : *j'suis dans le milieu McKenzie et c'est des gens type McKenzie et en fait justement dans ce, cette classification ».* Il s'agit d'une fiche bilan avec un algorithme décisionnel préétabli : « AB : *En fait c'est pas trop une intuition c'est... une conclusion des mouvements tests ».* Tout laisse à penser que ces deux participants inhibent le système 1 par le suivi de ce protocole de bilan. En effet, ils se réfèrent très régulièrement dans l'entretien d'auto-confrontation à leur feuille de bilan en suivant l'ordre, le protocole de cette fiche. L'organisation, les étapes successives de la fiche bilan fournie par la méthode guide le raisonnement de ces deux participants. Ils émettent régulièrement des hypothèses en essayant de les retrouver dans l'algorithme de la méthode utilisée : « AD : *Et euh 'fin moi en tout cas là je classifierai dans « autre » et donc du coup dans « autre » c'est tout ce qui est non mécaniquement répondant ».* Lors des entretiens, ces deux participants ont fait état de la situation clinique non « logique » pour évoquer leur prise de décision de renvoyer la patiente vers le médecin. La situation clinique ne correspond pas à une situation classique, elle ne rentre pas dans l'algorithme décisionnel. Ces deux participants utilisent évidemment le raisonnement non analytique (système 1) et les composantes des scripts cliniques, mais ils sont aussi très en lien avec le protocole de la méthode et notamment cette fiche bilan à laquelle ils se réfèrent sans cesse ce qui correspond à l'utilisation du raisonnement analytique (système 2). La fiche bilan inhibe le système 1 tout en guidant le raisonnement des kinésithérapeutes. AB et AD utilisent le «*knowledge reasoning*» à travers la fiche bilan de la méthode Mc Kenzie, mais aussi le raisonnement hypothético-déductif qui semble être inhibé et ralenti : « AB : *Voilà, ça convient pas ça convient pas hein, donc ça serait ça mes éléments et c'est les symptômes qu'elle va, qu'elle va avoir, et là je refais une évaluation, alors y'a plus trop la partie tout ça ((retourne sa feuille sur le recto)) »*, « AD : *Euh... j'vais dire p- les deux ? Intuitivement peut être, et de manière logique en fait parce que du coup c'est un biais ».* Nous avons donc à faire à deux styles de masseurs-kinésithérapeutes, la notion de «*style*» faisant référence à la définition du style professionnel proposé par Clot (2014), un style de raisonnement quasi-analytique pour AB et AD, et un style de raisonnement libre pour AC et AF. Cependant, si nous reprenons et extrapolons au raisonnement la proposition de Wallon

(1983) reprise par Clot (2014) sur les automatismes gestuels, les automatismes proposés par la fiche bilan sont à l'inverse de la liberté de choisir du professionnel « *le couronnement de l'automatisme ce n'est pas d'avoir fixé dans le collectif un certain enchaînement d'actions obligatoires, c'est au contraire la liberté croissante dont chacun peut bénéficier dans le choix des actions à enchaîner* » (Clot, 2014).

Il est intéressant de noter l'utilisation très fréquente du « *on* » par AB pour décrire son cheminement avec son patient. En effet, comme l'écrit Clot (2014) parlant de conducteurs de TGV, « *ce discours en on ou discours du générique, épouse plus ou moins étroitement ce qu'on a qualifié plus haut de genre comme instrument collectif de l'action* ». Le « *on* » peut être considéré comme le « *parapluie du genre* ». Le discours de AB illustre cette situation de description étapes par étapes de ce qu'il faut faire.

Il apparaît donc que les masseurs-kinésithérapeutes utilisent la boucle régulatrice entre le raisonnement non analytique (système 1) et le raisonnement analytique (système 2) avec des processus cognitifs variés dépendant de leur formation. L'influence d'un protocole pré établi sur la fiche bilan des masseurs-kinésithérapeutes peut modifier l'utilisation du raisonnement non analytique (système 1) au profit du raisonnement analytique (système 2), sans pour autant accélérer la prise de décision.

Pour l'ensemble des participants, la possibilité d'utilisation d'un processus interactif est rapidement formulée, au moment de l'anamnèse, c'est-à-dire lors de la catégorisation encore appelée examen clinique. Elle intervient donc dans la deuxième étape de la consultation. Pour rappel, cela correspond à l'étape 3 de notre modélisation sur les étapes de la consultation consultable sur la Figure 7.

10.4.2 Des processus interactifs au cœur d'un « *dilemme* », d'une « *dispute* » ou d'un « *conflit* »

Le processus interactif est décrit comme l'un des processus du paradigme de la résolution de problèmes par Higgs et al. (2008). Il est utilisé par l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes de notre expérimentation en cas d'incertitude dans cette situation de triage par raisonnement clinique. Dans la situation d'accès direct, il est de deux types.

Premièrement, il s'agit d'un processus interactif, le « *multidisciplinary reasoning* », qu'AA, AB, AD et AF utilisent lors de la consultation : « *AA : me confirmer que la décision e-est pertinente, de juste envoyer un message chez le médecin traitant* », « *AB : Voilà, donc à partir de ce moment-là, soit je je je laisse et puis je leur dis je dis allez voir le médecin ou un thérapeute qui va faire autre chose hein, c'est ça mes choix en fait* », « *AD : Euh de référer au médecin* »,

« AF : Après, je me dit même l'histoire de son médecin ça aurait peut-être pu attendre les deux semaines, mais peut-être pas donc je sais pas ». Seul AC, qui a pris la décision de ne pas renvoyer la patiente vers son médecin, n'évoque pas cette possibilité en fin de consultation. Avec les éléments cliniques qu'il a prélevés, il ne ressent pas le besoin de l'utilisation d'interaction avec le médecin traitant. Cependant, à l'évocation de certains signes et symptômes non prélevés lors de la consultation lors de l'entretien, AC évoque lui aussi la possibilité de recours à ce processus interactif : « AC : Je lui aurais conseillé de faire un bilan peut être plus rapidement ». Ils souhaitent obtenir l'avis du médecin traitant avant de poursuivre les interventions en masso-kinésithérapie car ils estiment qu'il existe un risque d'évolution potentiellement grave pour la patiente. De plus, il est intéressant de noter que AA aurait souhaité demander son avis à un collègue masseur-kinésithérapeute, avant de renvoyer la patiente chez son médecin. En effet, sa faible expérience dans ce champ de la masso-kinésithérapie, le fait hésiter quant à sa décision de soigner ou de renvoyer la patiente : « AA : Oui, alors déjà moi tout de suite je serai allé voir euh.. en, en ressource spontanée un collègue du cabinet pour lui en parler physiquement ».

Deuxièmement, il s'agit de l'« interactive reasoning » ou « collaborating reasoning » qui sont deux processus donnant une place centrale au patient dans le choix du traitement. En effet, dans la situation proposée dans cette expérimentation, la demande de la patiente est d'être soulagée. L'impossibilité pour les masseurs-kinésithérapeutes de répondre à cette demande d'immédiateté de cette patiente génère une frustration. Les masseurs-kinésithérapeutes ont l'impression de ne pas répondre aux attentes de la patiente : « AA : alors sur le plan émotionnel insatisfait de ne pas apporter euh.. une, une prestation euh... », « AB : J'me demande peut-être quelqu'un qui attendais un traitement un peu passif, comme beaucoup hein », « AC : fin bon moi, j'suis pas à me justifier, on est quelque part un peu, c'est pas frustré mais on, on est une première séance où on appréhende un truc global », « AD : Ouais j'suis un peu, un peu frustré de pas pouvoir lui proposer quelque chose en fait ». Seule AF décide de ne pas réaliser d'acte thérapeutique antalgique. Tous les autres professionnels ont effectué des gestes ou techniques à visée antalgique. Cela a d'ailleurs éveillé des inquiétudes chez AA. En effet, il estime que l'amélioration de la situation de la patiente pourrait la pousser à ne pas consulter son médecin, et décide de limiter ses soins : « AA : Mais il peut y'avoir quelque chose potentiellement dangereux, euh.. j'me suis même demandé à un moment est-ce que c'était judicieux de masser ».

Cette frustration est à mettre en lien avec l'identité professionnelle des kinésithérapeutes. Le métier de masseur-kinésithérapeute est un métier de toucher et d'action physique comme l'écrit

Miguel (2021). C'est un métier de corps à corps (Orly et al., 2005). Il semble que le recours à un autre professionnel ou au patient, finalement aux processus interactifs, ne soit pas encore inscrit dans les us et coutumes de cette jeune profession. Cela est certainement lié à trois des neuf dilemmes des masseurs-kinésithérapeutes (Figure 26) décrits par Balas (2012) :

- « Soigner le patient » ou « soigner la pathologie » ;
- « Collaborer avec les autres professionnels du soin » ou « camper sur ses positions » ;
- « Kiné bien être » ou « kiné soignant ».

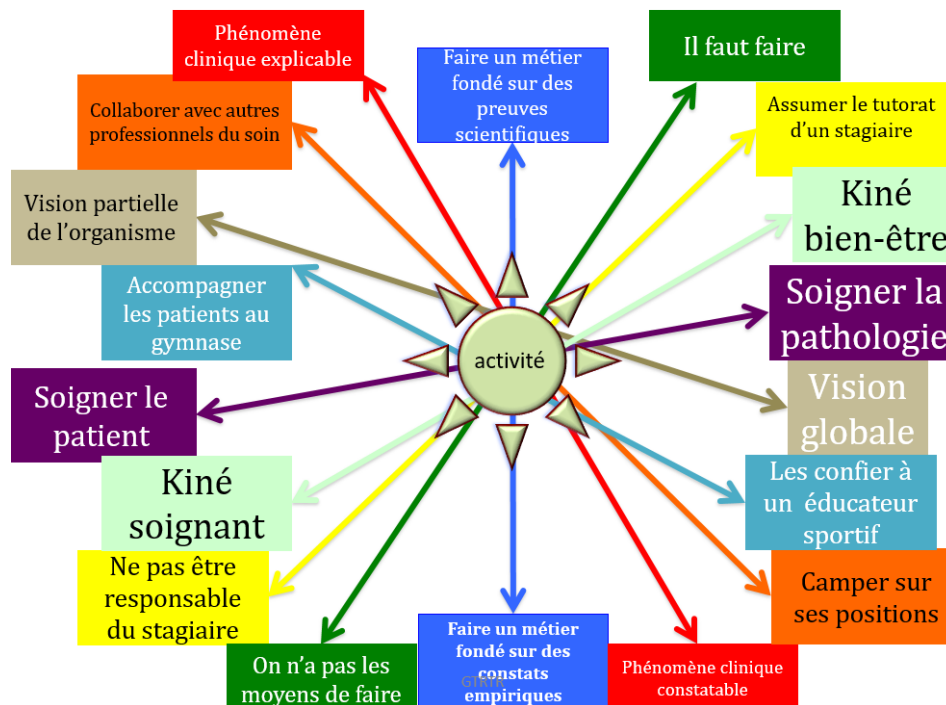


Figure 26 : présentation schématique des 9 dilemmes identifiés dans les activités des masseurs-kinésithérapeutes (Balas, 2012)

Ces trois dilemmes, conflits, ou disputes se retrouvent dans la prise de décision des masseurs-kinésithérapeutes. Se pose alors la question de l'acceptation par les masseurs-kinésithérapeutes de l'utilisation de ces processus interactifs comme soin possible et acceptable pour répondre à la situation d'accès direct.

Au sujet des dilemmes, Clot (2014) exprime les limites du cadre conceptuel de la conceptualisation dans l'action pour avoir accès à leurs mises en discours. Il propose des analyses avec des méthodologies différentes pour avoir accès à toutes les composantes du métier. Les analyses en auto-confrontations croisées ou en utilisant la méthode du sosie permettent d'accéder plus profondément aux composantes du métier émanant du collectif :

C'est dans ce qu'il a de transpersonnel que le genre professionnel exerce une fonction psychologique dans l'activité de chacun [...] le style participe au genre auquel il fournit son allure [...] chaque sujet interpose entre lui et le genre collectif qu'il mobilise ses propres retouches du genre (Clot, 2014).

Leplat (2000), quant à lui, insiste sur l'aspect et la dimension collective du travail individuel. Il existe une difficulté des rapports entre le travail individuel et le collectif. En 1995, Cru cité par Clot (2014) définit le collectif ainsi : « *simultanément, plusieurs travailleurs, une œuvre commune, un langage commun, des règles de métiers, un respect durable de la règle par chacun, ce qui impose un cheminement individuel qui va de la connaissance des règles à leur intériorisation* ». Nous voyons là le lien avec la construction identitaire des professions où il peut coexister différents styles professionnels mais un même genre. En effet, « *les automatismes communs sont la trace d'un genre professionnel vivant* » (Clot, 2014). Ce sont ces automatismes que nous avons cherchés dans ce travail à travers la structure conceptuelle de la situation. Il ne s'agit pas ici de donner un nouvel algorithme décisionnel mais bien de guider les apprenants dans leurs expériences car comme le dit Wallon (1971, 1982) cité par Clot (2014) « *l'automatisme ce n'est pas d'avoir fixé dans le collectif un certain enchaînement d'actions obligatoires, c'est au contraire la liberté croissante dont chacun peut bénéficier dans les choix des actions à enchaîner* ». En effet, « *chaque professionnel incarne son métier à sa manière* » (Yves & Lhuilier, 2013).

Métier et activité ne sont pas synonymes. Le métier est à la fois personnel, interpersonnel, impersonnel et transpersonnel. L'instance impersonnelle du métier correspond à la conception du travail, sa prescription, et l'organisation des tâches. L'instance interpersonnelle est liée au dialogue entre les professionnels. L'instance transpersonnelle est l'aspect collectif du métier, ce que Clot (2014) appelle le genre professionnel. Le mélange et l'échange entre ces trois instances permet au métier de devenir personnel pour le travailleur. La construction identitaire du masseur-kinésithérapeute est issue de la rencontre entre ces trois instances du métier de kinésithérapeute.

De son côté, Roger (2013) propose une « *troisième voie* » de la recherche sur le travail :

Au moment où se met en place la double injonction d'un alignement néo-taylorien sur de supposées « bonnes pratiques » d'un côté, et, de l'autre, une « victimologie » psychologique destinée à recycler les résidus subjectifs de cette nouvelle orthopédie sociale, nous avançons l'idée suivante : entre la « bonne pratique » officielle et standard et l'errance individuelle de la solitude, lesquelles s'engendrent d'ailleurs mutuellement, il y a une troisième voie. Ni coussin compassionnel pour professionnel en déroute, ni standardisation fictive : la seule bonne pratique est celle de la controverse professionnelle ordinaire, celle de la « dispute » de métier entre « connaisseurs ».

Notre travail ne propose pas de « bonnes pratiques » à suivre en fonction d'une structure conceptuelle de situation. Il permet la mise en lumière de savoirs experts à utiliser comme outil pédagogique par les formateurs pour guider les apprenants en masso-kinésithérapie. Il s'agit ici de définir des savoirs experts en masso-kinésithérapie.

Notre travail a confirmé trois dilemmes ou disputes professionnelles déjà identifiées par Balas (2012) : « soigner le patient » ou « soigner la pathologie », « collaborer avec les autres professionnels du soin » ou « camper sur ses positions », et « kiné bien être » ou « kiné soignant ». Ces dilemmes et la rareté de cette situation dans l'expérience des masseurs-kinésithérapeutes sont responsables de l'augmentation de la charge cognitive pour les masseurs-kinésithérapeutes lors des situations en accès direct.

Ces trois conflits sont à explorer à travers des méthodologies permettant d'avoir accès à la dimension transpersonnelle du métier de kinésithérapeute. En effet « les disputes professionnelles méritent d'être instruites publiquement afin que de nouveaux protagonistes et de nouvelles générations d'intervenants et de chercheurs s'y retrouvent, quitte bien sûr à s'en éloigner » (Clot, 2020).

Ces dilemmes nous semblent être au cœur de la logique identitaire de profession médicale à compétences définies pour les masseurs-kinésithérapeutes.

Ces disputes professionnelles des masseurs-kinésithérapeutes doivent faire l'objet de travaux de recherche afin de pouvoir faire évoluer cette logique identitaire.

10.4.3 Le triage par raisonnement clinique en accès direct en masso-kinésithérapie : une frustration liée au dilemme « soigner le patient - soigner la pathologie »

Vygotski (1998) est l'un des auteurs ayant travaillé sur le rôle de l'affect dans l'action. Clot (2014) définit plus en détails l'affect, les émotions et les sentiments : « *affect, émotions et sentiments sont à la fois indissociables et distincts quand l'affectivité est en activité* ». L'émotion en tant qu'« *activité vitale et personnelle aux prises avec le réel et en conflit avec elle-même* » et l'affect en tant que « *vécu somatique, à la fois physiologique et psychique* » sont ce que nous avons cherché sous le terme générique émotion.

La séance génère pour 4 participants sur 5 une émotion désagréable. Les deux facteurs principaux de cette émotion sont : le cadre expérimental de la séance avec le doute sur le caractère réel ou simulé de la situation comme le signale AB « *ou alors je me suis demandé c'est une de vos, de vos ((rire)) de vos comédiennes qui fait des trucs* », et le fait que la situation en accès direct est peu fréquente et risquée dans la pratique courante pour les masseurs-kinésithérapeutes.

Concernant le contexte de l'expérimentation, la théorie de la charge cognitive explique la raison de l'émotion engendrée par le contexte de l'expérimentation. En effet, le contexte de l'expérimentation engendre une augmentation de la charge cognitive extrinsèque c'est-à-dire supplémentaire à l'action demandée qui est la consultation en masso-kinésithérapie. C'est pour cette raison que le questionnaire post expérimentation a été effectué. Ce questionnaire a permis d'exclure un candidat et de permettre une meilleure fiabilité des résultats.

La simulation en santé s'est développée récemment en France et particulièrement en masso-kinésithérapie. En effet, peu d'instituts utilisent cette modalité pédagogique en formation initiale ou continue. Ils n'ont pas l'habitude de travailler filmés. Les masseurs-kinésithérapeutes n'ont pas rencontré ce contexte avant notre expérimentation. Afin de diminuer ce lien entre contexte et émotion, nous avons prévu un temps de découverte de l'environnement comme cela est conseillé dans la littérature (Pelaccia, 2016, 2018) mais aussi dans les recommandations de la HAS (2012) Nous avons organisé la journée afin de permettre un temps de découverte de l'environnement de travail, l'habitué à la présence des caméras mais aussi pour l'instauration d'un climat de confiance et de non-jugement. Les résultats du questionnaire post-activité suggèrent que ce climat a été créé.

Concernant le caractère simulé de la situation, nous avons fait le choix de présenter la situation aux masseurs-kinésithérapeutes comme une situation de soin classique. Nous avons décidé de répondre à cette interrogation uniquement si le masseur-kinésithérapeute posait la question que

ce soit avant ou après la consultation. Notre réponse se devait être alors honnête sur le caractère simulé mais aussi centrée sur la consultation à effectuer. Au final, les masseurs-kinésithérapeutes ont pu avoir des doutes à certains moments de la consultation qu'ils ont évoqués dans les entretiens. Cependant, ces doutes ont rapidement laissé place à l'enjeu de la situation pour la patiente.

Concernant le caractère exceptionnel de la situation proposée, malgré la présence de la situation d'accès direct dans le rapport de Roquet, Gatto et Vincent (2015), cette situation reste à notre avis et au regard des textes de droit non habituelle pour la majorité des-kinésithérapeutes. En effet, l'arrivée de la possibilité de consultation en accès direct en 2016 dans le cadre réglementaire, et la réforme des études en masso-kinésithérapie en 2015 n'ont pas permis une démocratisation de cette pratique en accès direct pour les kinésithérapeutes hormis dans des contextes particuliers comme le soin apporté aux sportifs ou encore l'exercice en zone de désert médical. Une commission d'enquête est d'ailleurs prévue à la rentrée 2022 dans la foulée de la loi dite « *RIST* » de 2021, la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, pour définir les conditions de l'obtention ou non de l'accès direct pour les kinésithérapeutes. Le choix des caractéristiques de la population étudiée tente de répondre à un éventuel biais de sélection. En effet, nous avons souhaité sélectionner des masseurs-kinésithérapeutes ayant suivi des formations en lien avec l'idée et la philosophie de l'accès direct. Nous avons aussi sélectionné des masseurs-kinésithérapeutes à travers un questionnaire où le terme accès direct était clairement énoncé. Les masseurs-kinésithérapeutes étaient donc informés que cette expérimentation avait lieu sur ce thème et dans ce cadre.

Concernant le risque dans cette situation, il est décrit par l'ensemble des participants comme un élément présent pendant la consultation. La rareté de rencontre de cette situation en accès direct et le manque d'expérience de cette situation expliquent la forte présence du risque dans l'esprit des masseurs-kinésithérapeutes : « AA : *sur le raisonnement clinique tu te dis bah voilà oui non c'est, c'est une situation justement où je me met en danger* », « AB : *fin bon là ça faut y faire gaffe quand même, cancer du sein* », « AC : *Parce que bon, toi comme moi t'as rencontré des patients des fois on se dit « merde, y'a anguille sous roche* », « AD : *je serais un peu plus conforté dans le sens où j'ai l'a l'assurance, j'ai le médecin pour pour dire ok bon bah je peux faire quelque chose* », et « AF : *je vais vraiment parler pour moi, c'est que si j'ai un doute, si je suis pas sure, si bah, je prends peut être trop de précautions je sais pas, mais... voilà* ». Pour AA, AB, AD et AF, le risque inhérent à la situation entraîne une réaction par principe de précaution. Ils renvoient la patiente vers son médecin. Pour AC, le risque est évoqué. Cependant, certains éléments de l'anamnèse n'ont pas été prélevé par ce masseur-

kinésithérapeute, comme par exemple l'antécédent de cancer qui est un signe de gravité à prendre en compte dans ce genre de situation. C'est d'ailleurs celui qui paraissait le plus confiant vis-à-vis de cette consultation : « AC : *je me sens parfaitement apte à prendre en charge quelqu'un sans ordonnance* ». Lors de l'entretien, lorsque cet élément clinique est envisagé, sa réaction est immédiatement de renvoyer la patiente vers son médecin. Il identifie lui aussi le risque de la situation immédiatement « AC : *j'aurais été beaucoup plus euh prudent. Je lui aurais conseillé de faire un bilan peut être plus rapidement* ».

Par ailleurs, il est intéressant de noter la constance de la notion de risque dans cette situation d'accès direct et de triage par raisonnement clinique chez l'ensemble des participants. Finalement, comme l'écrit Clot (2014) « *les émotions sont toutes mêlées aux sentiments impliqués dans des normes sociales qui les encouragent ou les inhibent selon les situations.* » La situation d'accès direct mêle risque et frustration, contribuant à une émotion ressentie désagréable. Risque de gravité d'un côté, et frustration de ne pas soulager la patiente de l'autre. Dans le même sens, la situation expérimentale, alors même que de nombreuses précautions ont été prises pour limiter la charge cognitive, favorise, elle aussi une émotion plutôt désagréable. On voit alors émerger des conflits professionnels entre l'envie de soigner et le risque de soigner dans de telles situations. Ces conflits ou disputes professionnelles émergentes sont des éléments et des notions à noter pour d'éventuels futurs travaux avec des méthodes adaptées telles que les auto-confrontations croisées (Clot et al., 2000).

10.4.4 La structure conceptuelle de la situation de triage par raisonnement clinique en accès direct (Figure 27)

La structure conceptuelle de la situation de triage par raisonnement clinique en accès direct est modélisée dans la figure ci-dessous à partir des éléments retrouvés dans les discours des masseurs-kinésithérapeutes. Les deux concepts pragmatiques du triage par raisonnement clinique en accès direct sont l'anamnèse et l'examen de la fonction douleur

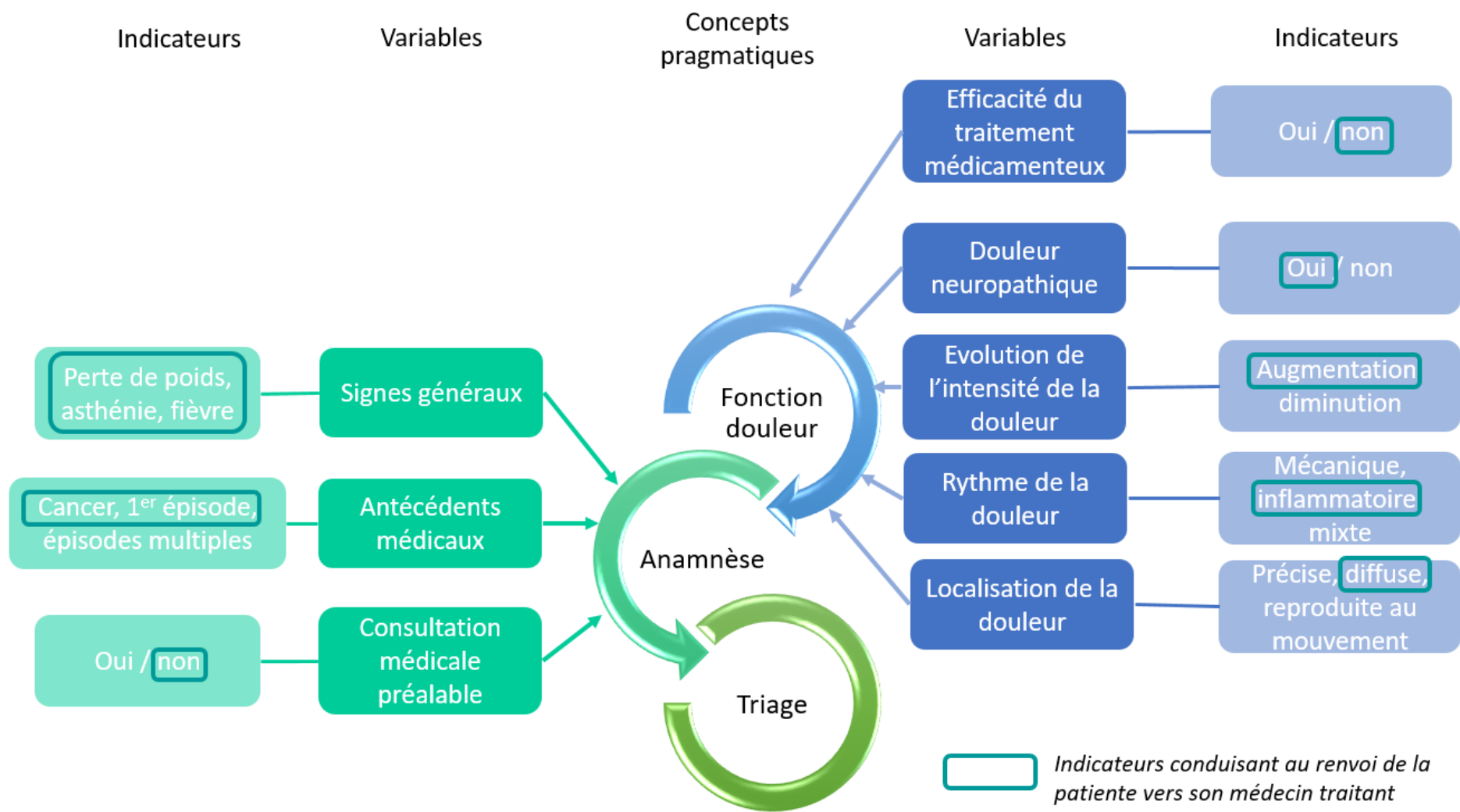


Figure 27 : structure conceptuelle de la situation de triage par raisonnement clinique en accès direct en kinésithérapie

Parmi les indicateurs, se trouve l'absence ou la présence de consultation médicale. Les masseurs-kinésithérapeutes semblent considérer la présence de consultation médicale préalable comme un élément rassurant sur l'état clinique de la patiente. La prescription médicale rassurerait les masseurs-kinésithérapeutes. Nous posons ici la question de l'influence de la prescription sur la qualité d'analyse des situations cliniques par les masseurs-kinésithérapeutes. En effet, une prescription médicale n'exempte pas les masseurs-kinésithérapeutes du triage par raisonnement clinique et de la transmission via le BDK de la décision quant au traitement kinésithérapique à mettre en œuvre. Par ailleurs, il est intéressant de noter que

Bien que les contacts ne soient pas très fréquents et les réseaux de proximité partiellement connus, les relations [entre les MK et les médecins généralistes] sont jugées plutôt satisfaisantes. Les masseurs-kinésithérapeutes souhaiteraient que les médecins généralistes leurs fassent davantage confiance, et que cette relation devienne encore plus collaborative et moins hiérarchique ou instrumentalisée. Il est également évident que le manque de communication peut entraîner certains paradoxes : par exemple les médecins généralistes trouveraient intéressant de recevoir le Bilan Diagnostic Kinésithérapique très peu envoyé par les masseurs-kinésithérapeutes pensant qu'il ne les intéresse pas (Dellandréa, 2013).

L'accès direct par l'usage accru des processus interactifs implique une amélioration de la transmission d'informations des masseurs-kinésithérapeutes vers les médecins généralistes. En 2011, Gatto et al. parlaient déjà de ce changement de paradigme avec le passage du modèle bio médical curatif, où la relation masseur-kinésithérapeute/médecin est verticale, au modèle de santé bio psycho social, où la relation masseur-kinésithérapeute/médecin s'horizontalise. La transmission écrite du triage diagnostique par raisonnement clinique des masseurs-kinésithérapeutes permettra la valorisation du raisonnement clinique du masseur-kinésithérapeute en améliorant la collaboration inter professionnelle au bénéfice du patient et du système de santé. La logique identitaire de profession médicale à compétences définies pour les masseurs-kinésithérapeutes passe certainement par l'amélioration et la systématisation de la communication écrite, notamment dans la situation d'accès direct.

Par ailleurs, les autres indicateurs et variables sont à rattacher des recommandations de la HAS (2019) concernant les red flags pour un patient présentant une plainte du rachis lombaire (Figure 28).

« Drapeaux rouges »

- Douleur de type non mécanique : douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit
- Symptôme neurologique étendu (déficit dans le contrôle des sphincters vésicaux ou anaux, atteinte motrice au niveau des jambes, syndrome de la queue-de-cheval)
- Paresthésie au niveau du pubis (ou périnée)
- Traumatisme important (tel qu'une chute de hauteur)
- Perte de poids inexpliquée
- Antécédent de cancer, présence d'un syndrome fébrile
- Usage de drogue intraveineuse, ou usage prolongé de corticoïdes (par exemple thérapie de l'asthme)
- Déformation structurale importante de la colonne
- Douleur thoracique (rachialgies dorsales)
- Âge d'apparition inférieur à 20 ans ou supérieur à 55 ans ;
- Fièvre
- Altération de l'état général

Figure 28 : « red flags » pour un patient présentant une lombalgie (HAS, 2019)

Ces « *red flags* » ou « drapeaux rouges » sont issus de données épidémiologiques et d'un consensus d'experts (HAS, 2019). Ces signes et symptômes sont des connaissances permettant d'alimenter, de préciser et d'améliorer le modèle retrouvé dans notre expérimentation.

Au total, la situation analysée permet de définir l'examen de la fonction douleur et l'anamnèse comme concepts organisateurs de la capacité de triage par raisonnement clinique en accès direct. Cette capacité de triage par raisonnement clinique liée comme toute activité professionnelle à l'affect, génère des émotions plutôt désagréables en lien avec des disputes professionnelles émergentes qui sont le conflit entre le fait de soigner et celui de guérir, mais aussi le conflit entre le besoin d'agir avec ses mains et celui de l'utilisation du processus interactif. Ces disputes ou dilemmes, ont déjà été mis en lumière par Balas (2012). La capacité de triage s'exerce sans surprise avec un raisonnement hypothético-déductif. Cependant, les masseurs-kinésithérapeutes utilisent leur propre style professionnel selon leurs formations et leurs expériences. Cette capacité de triage est mobilisée dans la partie examen clinique de la consultation là où les concepts organisateurs de l'action sont interrogés par le masseur-kinésithérapeute, c'est-à-dire dans l'étape 3 de la consultation.

Ces résultats sont à mettre en lien avec les limites méthodologiques de l'expérimentation que nous détaillons après le chapitre consacré à la thèse.

11 Prise en compte des limites méthodologiques

11.1 La population en question

11.1.1 Effet râteau

Guest et al. (2006) ont cherché à calculer le nombre d'entretiens suffisant à une enquête en analysant des enquêtes qualitatives. Leurs travaux ont mis en évidence la diminution du rendement des entretiens en termes de code au bout de 18 entretiens. Les nouveaux codes issus des entretiens sont quasi nuls après le 36^{ème} entretien. En 2013, Marshall et al, proposent la limite de 35 entretiens avant d'avoir un rendement négatif avec de nouveaux entretiens. Évidemment, il convient d'éviter l'écueil d'une trop grande rigidité dans la méthodologie de l'entretien. Cependant, même si « *il est en effet reconnu que la qualité de l'échantillon est moins liée à sa taille et à sa représentativité qu'au fait qu'il produit des informations nouvelles* » (Baribeau & Royer, 2012), le faible de nombre de participants est une limite méthodologique de notre étude.

Le faible nombre d'entretiens analysés ne permet pas d'éviter l'effet râteau qui consiste à prendre en compte un grand nombre de données pour éviter « *une représentation erronée du hasard* » (Bronner, 2013).

Cependant, il faut noter des facteurs explicatifs à cet effet râteau : le contexte particulier lié à la crise du covid-19 lors de l'année 2020, année de réalisation de l'expérimentation ; notre exigence quant aux critères d'inclusion des participants ; mais aussi l'aspect chronophage de notre expérimentation pour les participants.

11.1.2 Biais de sélection

La population étudiée reste un obstacle difficile à résoudre dans les enquêtes exploratoires. En effet, comme le suggèrent Oddone et al. (1981) :

Les sujets qui concernent les sciences sociales ne sont pas forcément les sujets qui représentent la norme, mais ceux que la recherche traditionnelle en psychologie considère comme déviants, et qui le sont dans la mesure où ils tendent à anticiper une organisation au travail moins aliénée.

Oddone, à travers la notion de « *groupe homogène* » identifie cette limite méthodologique du choix de la population étudiée. Comme le précise Clot (2014) « *le problème de l'expertise en milieu professionnel est très loin d'avoir trouvé une solution et l'obstacle identifié par Oddone*

est toujours là ». Si nous ajoutons à cela la notion du renversement dû à l'expertise issu de la théorie de la charge cognitive (Tricot & Sweller, 2016), on mesure la difficulté de donner une définition à l'expertise. Cependant, nous avons tenté de limiter ce biais en sélectionnant les participants à travers des critères d'inclusion permettant d'assurer que la situation clinique proposée permettrait aux participants d'exprimer leur style professionnel. Concernant le renversement dû à l'expertise en situation d'accès direct, les entretiens montrent que la situation n'est pas fréquente chez les participants AA, AB, AC et AD. Il se peut alors que le renversement dû à l'expertise n'ait pas encore eu lieu pour cette situation d'accès direct. Il est donc possible de considérer que ces experts en masso-kinésithérapie prescrite soient des novices en situation d'accès direct. Cependant, le contexte réglementaire et législatif ayant évolué lors des deux dernières années avant l'expérimentation en faveur de l'accès direct, il est normal que les situations d'accès direct, sans prescription médicale, soient peu fréquentes dans les pratiques quotidiennes. Malgré tout, les situations de triage par raisonnement clinique sont quotidiennes pour les masseurs-kinésithérapeutes. En effet, avec ou sans prescription médicale, dans le modèle de santé complexe, le masseur-kinésithérapeute effectue du triage par raisonnement clinique, de la réorientation, et collabore avec les autres professionnels de santé. Pour conclure, le choix de la population étudiée est fréquemment une limite des enquêtes exploratoires, et notre expérimentation ne fait pas exception.

11.2 L'intervention du chercheur

Darré (1996) précise le risque inhérent à l'intervention du chercheur lors de l'analyse du travail. En effet, le chercheur cherche à trouver. Notre méthodologie est évidemment soumise à ce biais. L'utilisation d'un guide d'entretien renforce ce biais. Cependant, la recherche des concepts organisateurs de l'action ne peut se faire qu'en guidant, accompagnant le masseur-kinésithérapeute dans le dialogue. La formation, et l'expérience des chercheurs sont donc des points clés des résultats de l'analyse du travail proposé. Le chercheur est « *partenaire spectateur* » comme l'explique Clot (2014).

Dans notre expérimentation, le guide d'entretien est un guide, une trame permettant de guider les interviewers. L'observation directe de la consultation et les réactions des interviewés permettent d'organiser le dialogue de façon libre et improvisé.

11.3 Les difficultés de l'auto - confrontation simple

Clot (2014) évoque les difficultés de l'auto - confrontation simple, et ajoute préférer les auto - confrontations croisées pour observer le travail. En effet, il écrit en parlant du praticien « *nulle raison ne le pousse à priori à prioriser le renouvellement de ses positions dans l'échange au détriment de la reproduction des acquis* ».

En effet,

Le travailleur décrit et repense sa situation de travail pour le chercheur et pour lui-même. La preuve est faite de la puissance d'un tel phénomène lorsqu'on pratique justement une auto - confrontation croisée, c'est-à-dire quand on reprend l'analyse en commun du même enregistrement avec un autre expert du domaine, un collègue de travail de même niveau d'expertise par exemple. Le changement de destinataire d'analyse modifie l'analyse (Clot, 2014).

Pour Clot, la seule bonne pratique en clinique de l'activité est peut-être la pratique de la controverse professionnelle entre « *connaisseurs* » (Yves & Lhuilier, 2013). Notre cadre conceptuel est la conceptualisation de l'action et la proposition de Pastré (2011) d'utiliser l'auto-confrontation simple. Cependant, Clot dans son cadre d'analyse du travail et la clinique de l'activité, confronte la méthode de l'auto- confrontation simple et l'auto - confrontation croisée au profit de cette dernière. En effet, il pense que l'expression du métier et de ses quatre composantes est mieux prise en compte dans l'auto - confrontation croisée notamment par la présence d'un expert du genre professionnel en plus du chercheur lors de l'entretien. Nous avons choisi, pour éviter cet écueil, de faire les entretiens avec des masseurs-kinésithérapeutes habitués à la simulation en santé, expert au sens de la HAS, formés au débriefing et à la conduite d'entretiens. Cela permet de compter sur la connaissance du genre et des styles professionnels par les interviewers afin d'augmenter leur capacité d'adaptation lors de l'entretien, afin de favoriser le dialogue mais aussi de mettre en lumière les dilemmes éventuels de l'activité.

11.4 Le biais de confirmation et effet Othello

Nous ne pouvons pas parler des limites méthodologiques de notre travail sans évoquer le biais de confirmation qui est « *de toutes les tentations inférentielles pesant sur la logique ordinaire, le biais de confirmation est sans doute le plus déterminant dans les processus qui pérennisent les croyances* » (Bronner, 2013). En effet, ce travail s'inscrit dans une volonté de recherche portant sur un métier exercé par le chercheur. Bien qu'ayant adopté une posture inductive, il

n'est pas possible de ne pas évoquer les croyances que nous pouvons avoir sur l'objet de cette recherche. Cette posture doit permettre d'éviter l'effet Othello (Chandler, 1987) afin de « *confirmer sa théorie en trouvant des liens même ténus* » entre les hypothèses du chercheur et les résultats (Bronner, 2013). En effet, il est impossible d'affirmer que des chercheurs masseurs-kinésithérapeutes n'aient aucune idée sur les concepts pragmatiques de l'accès direct. Bien conscient de cette impossibilité, la seule solution est la prise de conscience de l'effet Othello (Chandler, 1987), et la posture inductive prise lors de l'entretien.

11.5 La standardisation de la situation en question

Boutet et al. (1995) soulignent la difficulté de l'étude et de l'analyse du travail dans la variété des contextes où l'activité se déploie. Afin de limiter cet obstacle, nous avons fait le choix méthodologique de la standardisation de la situation là où Clot (2014) suggère de profiter de ces contextes comme ressource. Encore une fois, le cadre conceptuel de la didactique professionnelle diffère de celui de la clinique de l'activité. Nous cherchons dans notre expérimentation à révéler la structure conceptuelle de la situation clinique. Nous n'affirmons pas que cette structure conceptuelle correspond à l'ensemble des situations d'accès direct. Cependant, notre travail doit s'inscrire dans une suite de travaux permettant de comparer les structures conceptuelles de différentes situations afin de créer controverses, débat et amélioration de la modélisation que nous proposons ici. La théorie des situations de Brousseau (1998) permet de comprendre comment il peut être possible en déterminant une structure conceptuelle de situation de la rendre transférable à d'autres situations. Aussi, le choix de la standardisation correspond à des contraintes expérimentales en termes de recrutement de participants, mais aussi à la volonté d'étudier une situation précise réelle, complexe et incertaine stimulant le raisonnement clinique des participants pour l'obtention de résultats intéressants. Par ailleurs, il nous a paru intéressant de proposer une consultation pour une plainte d'une patiente rentrant dans le cadre des protocoles de coopération mais aussi concernant une plainte très fréquemment rencontrée en consultation de masso-kinésithérapie.

11.6 Le phénomène de surperposition, biais de désirabilité sociale

Wallon (1983) explique le phénomène de surperposition par cette phrase :

L'attention que le sujet sent fixée sur lui semble, par une sorte de contagion très élémentaire, l'obliger à s'observer. S'il est en train d'agir, l'objet de son action et l'action elle-même sont brusquement supplantés par l'intuition purement subjective qu'il prend de son propre personnage. C'est comme une inquiétude, une obsession de l'attitude à adopter. C'est un besoin de s'adapter à la présence d'autrui, qui se superpose à l'acte d'exécution.

Finalement, nous comprenons ici que ce phénomène que nous pouvons relier au biais de désirabilité sociale est inhérent à l'observation du travail. L'utilisation des caméras, le questionnaire post expérimentation ayant permis l'exclusion d'un participant, et la mise en confiance des participants lors de l'expérimentation sont autant d'éléments ayant permis de limiter l'impact de ce phénomène.

11.7 Le laconisme des experts

Il est difficile pour les experts d'accéder aux connaissances, aux savoirs, aux compétences mises en jeu dans l'activité. Weill-Fassin & Pastré (2004) ont expliqué cette difficulté de verbalisation pour les experts. Cela rejoint les constatations de Tricot & Sweller (2016) sur la difficulté d'aller chercher dans la mémoire des experts les explications et justifications de l'activité.

Notre travail contient des biais que nous connaissons lors de la réalisation de l'expérimentation et que nous avons tenté de limiter par des choix méthodologiques. En effet, ces biais sont contenus dans le cadre conceptuel de la didactique professionnelle et dans les recherches phénoménologiques. Nous avons tenté en adaptant notre méthodologie de diminuer l'influence de ces biais dans nos résultats.

Ces résultats servent à la transposition didactique de la capacité de triage par raisonnement clinique en situation d'accès direct.

12 Les savoirs experts au service de la pédagogie active et de la compétence

La connaissance de la structure conceptuelle de la situation de triage par raisonnement clinique en accès direct permet la mise en lumière de l'importance de certains éléments de l'examen clinique. C'est donc sur ces éléments, ces concepts pragmatiques, ces indicateurs et ces variables, que se joue la prise de décision, le triage par raisonnement clinique. Ces éléments doivent donc être clairement ciblés et décrits comme des éléments à prendre en compte prioritairement dans cette situation. Ces savoirs experts sont donc des connaissances à intégrer dans la conception des outils pédagogiques. Ils doivent être utilisés au profit de l'apprentissage et du développement des compétences des apprenants.

Comme l'écrit Perez-Roux (2019), « *le paradigme du praticien réflexif et ses présupposés orientent l'acte de formation, tant du côté des apprenants que du côté des formateurs* ». Comme l'explique Pastré (2011), il existe « *un lien entre la théorie des situations mathématiques de Brousseau et les résolutions de problèmes rencontrées en didactique professionnelle [...] rien n'oblige à confiner la théorie des situations aux seuls apprentissages mathématiques* ». Finalement la théorie des situations de Brousseau (1998) est axée sur l'apprenant face à des situations problèmes où le formateur a la fonction de guide, de passeur, de médiateur. L'approche par compétence en santé et en masso-kinésithérapie a ce même axe. Comme le disait Vergnaud (1995), « *entre la didactique des disciplines et la didactique professionnelle, il n'y a qu'un pas* ». Différents outils de pédagogie active sont à la disposition des formateurs, en masso-kinésithérapie. Avec les savoirs experts ou la structure conceptuelle de la situation en accès direct par raisonnement clinique formalisée dans ce travail de recherche, les formateurs, enseignants, guides, médiateurs, tuteurs de stage, bénéficient d'un outil supplémentaire pour accompagner les étudiants de formation continue ou initiale. Ces savoirs experts peuvent être utilisés et associés à diverses modalités pédagogiques que ce soit dans une approche analytique ou dans une approche située de la compétence. Ajoutons à ces approches le concept d'énaction dont Parent et Jouquan (2013) écrivent que « *tout chercheur ou formateur qui s'intéresse aux compétences et à la didactique professionnelle ne peut faire fi de cette perspective* ». Dans cette conception située de l'activité, introduite par Durand (2009, 2016) et inspirée notamment de Theureau (2004), la notion de classe de situations est rejetée. La notion de prototype ou d'archétype des situations est préférée. Cela rejoint la notion de pattern retrouvée dans les processus de raisonnement clinique.

Pastré (2011) précise à ce sujet :

Ainsi il n'y a d'apprentissage ni purement conceptuel ni purement empirique. Même quand on a affaire à des professionnels confirmés en formation de perfectionnement, l'apprentissage chemine bien sur deux pieds : la prise en compte directe des réponses des situations, et c'est sa face empirique, qui ne disparaît jamais complètement ; le recours à un modèle opératif, qui devient de plus en plus puissant et pertinent avec l'expérience, et c'est sa dimension de conceptualisation.

Dans une approche analytique de la compétence, les savoir-être, savoir-faire et savoirs sont dissociables et mobilisés vis-à-vis d'une situation donnée. Dans l'approche située de la compétence

Tout ne se passe pas que dans la tête de la personne. L'ensemble des éléments contextuels interagit avec la personne en situation. La situation peut être première, comme peut l'être la personne, il s'agit là d'une véritable dialectique sujet — situation. Le cadre organisateur de la performance de la personne n'est pas exclusivement ses connaissances, mais plutôt son activité. Ce qui importe alors, ce ne sont plus seulement des connaissances mystérieusement stockées quelque part et tout aussi mystérieusement mobilisées pour l'action, mais bien tous les éléments du contexte, y compris la personne comme élément de ce contexte, la situation et l'ensemble des constructions afférentes, qui peuvent être utiles à l'action. L'action, dans cette perspective de la cognition située, supplante la représentation prônée par la perspective cognitiviste issue du traitement de l'information. Les acteurs utilisent des éléments de leur environnement pour supporter leur action de telle manière qu'il ne semble pas pertinent qu'ils se représentent tous les éléments de la situation pour agir (Jonnaert, 2006).

Le travail présenté ici s'inscrit dans le paradigme de l'approche située de la compétence en s'intéressant à l'activité en situation de triage par raisonnement clinique. Une situation où le patient et le masseur-kinésithérapeute font partie d'un système dynamique soignant-soigné.

12.1 Le stage et le portfolio

La place centrale du dispositif d'apprentissage repose sur l'alternance

Il y a une articulation dialectique où la confrontation aux situations a un impact sur l'acquisition des savoirs ; et où l'acquisition de savoirs théoriques va pouvoir jouer tout son rôle pour traiter les problèmes que les apprenants rencontrent dans les situations [...] quel que soit le dispositif d'apprentissage retenu, il est d'une extrême importance qu'il donne autant de place aux situations qu'aux savoirs (Pastré, 2011).

Parmi les modalités pédagogiques pouvant bénéficier des données révélées par cette recherche, il faut prendre en compte la possibilité pour les tuteurs de stage d'avoir accès à un guide à travers la structure conceptuelle de la situation d'accès direct par raisonnement clinique pour superviser efficacement les étudiants. Par ailleurs, force est de constater que cette situation professionnelle est peu retrouvée en pratique clinique. Il y a fort à parier que les étudiants sont peu soumis à ce genre de situation déjà rare pour les experts eux-mêmes. Cela limite l'apprentissage et la création de savoirs expérimentiels. La connaissance de ces savoirs pour la pratique issus de savoirs experts doit permettre à travers l'usage du portfolio, dont l'utilité est connu depuis longtemps (Naccache et al., 2006; Buckley et al., 2012), de travailler sur des situations vécues. Afin d'augmenter les possibilités de rencontres avec cette situation de triage par raisonnement clinique, de nouveaux terrains de stage sont à imaginer. Par exemple, la création d'un passage obligé dans un service d'urgence hospitalier dans le parcours de stage des étudiants, ayant pour objectif le triage par raisonnement clinique, serait un dispositif innovant.

12.2 Les groupes d'analyse de pratiques

Les analyses de pratiques sont un « *outil de professionnalisation* » (Altet, 2000). Concernant le travail entre pairs à travers les analyses de pratique, plusieurs modalités existent et ont été décrites à travers différentes méthodologies comme par exemple la méthode GEASE (Lamy, 2002). Nous avons retrouvé certains dilemmes déjà décrits par Balas (2012). Ces dilemmes devraient être discutés dans ces groupes d'analyse de pratique entre étudiants mais aussi entre professionnels. Nous reviendrons sur ce dernier point dans les perspectives de recherche.

12.3 La simulation en santé

Nous avons identifié la problématique de la rareté de la situation en accès direct pour les kinésithérapeutes alors même qu'ils sont formés en ce sens. La simulation permet de compenser le manque de situations proposées en stage comme le montrent Couarraze et al. (2021). La mise en place d'un programme de simulation en santé est une possibilité de confronter les étudiants à des situations peu retrouvées en compensant la rencontre avec des situations cliniques authentiques (Watson et al., 2012). Il est intéressant de noter que la simulation haute-fidélité n'apporte pas en soi de plus-value sur les apprentissages des étudiants en comparaison à des simulations basses fidélités (Norman et al., 2012). Cela diminue les obstacles à la mise en place de séance de simulation en formation. La connaissance de la structure conceptuelle de la situation doit aider la conduite des débriefings. Elle doit aussi la clarification des objectifs explicites et implicites de la séance notamment au niveau de l'examen clinique.

12.4 La formation par concordance et test de concordance

L'utilisation des tests de concordance de jugement et/ou de concordance de script sont des outils permettant de se confronter à des situations et d'évaluer le raisonnement clinique face à une situation. La capacité de triage par raisonnement clinique pourrait bénéficier de formations et tests de concordance afin de permettre la rencontre des apprenants avec des situations peu retrouvées en milieu clinique. Ces modalités sont largement décrits dans la littérature en pédagogie de la santé que ce soit dans un cadre sommatif ou formatif (Charlin et al., 2002, 2018). Pour les masseurs-kinésithérapeutes, il serait intéressant d'utiliser l'échelle de préoccupation (Finucane et al., 2020) pour entraîner les étudiants à se positionner sur une situation clinique en accès direct. En adaptant les tests de concordance de jugement avec les graduations de l'échelle de préoccupation, l'étudiant en masso-kinésithérapie prendrait pour habitude de se positionner en tant qu'ingénieur en masso-kinésithérapie, en tant que décideur, en tant que « *trieur* » par raisonnement clinique. Cela permettrait de centrer la décision sur le diagnostic d'inclusion ou d'exclusion, et d'éviter l'écueil de raisonner à partir du diagnostic médical.

12.5 Les cartes conceptuelles

Les cartes conceptuelles permettent la visualisation du raisonnement clinique. En effet, de nombreuses publications proposent l'exploration du raisonnement clinique à travers cet outil pédagogique (Demeester, Eymard, et al., 2010). La possibilité de réaliser des cartes

conceptuelles permettant de visualiser et de discuter autour de la prise de décision, du triage par raisonnement clinique lors des situations d'accès direct est un outil à proposer aux étudiants. En utilisant la structure conceptuelle de la situation de triage en accès direct comme guide, cela permettrait d'ouvrir le dialogue sur les éléments clés de la situation clinique à prélever pour la prise de décision.

12.6 Le patient partenaire, patient expert

L'utilisation et l'implication des patients partenaires, patients experts, est un outil pédagogique faisant l'objet de nombreuses publications permettant de justifier son intérêt pédagogique (Pageau et al., 2021; Towle & Godolphin, 2015). Des patients experts, ayant un vécu de consultation en accès direct, pourrait permettre l'évocation des dilemmes retrouvés dans notre recherche comme par exemple le fait d'utiliser les processus interactifs comme option d'intervention acceptable pour le masseur-kinésithérapeute.

Au final, quel que soit le nom de l'outil de pédagogie active employé, il s'agit de travailler à partir de situations problèmes. Comme l'écrit Clot (2014) :

Il n'y a pas d'invariant « sans histoires ». C'est même l'histoire des répétitions sollicités par la traversée des contextes de l'activité qui développe et enrichit le répertoire des fonctionnalités de l'invariant, sa gamme fonctionnelle. Autrement dit, c'est le développement des répétitions au-delà de la répétition qui nourrit le fonctionnement et donne au sujet le pouvoir d'élaguer les opérations parasites dans l'arc des opérations prétravaillées disponibles. A l'inverse, le sous-développement de la répétition de l'action dans les contextes différents du rapport à autrui et à soi-même assèche et appauvrit le fonctionnement des invariants jusqu'à les priver d'histoire possible. Alors le sujet peut devenir incapable de dissoudre les blocs d'actions préexistants, dissolution qui lui permettrait de n'utiliser que les combinaisons singulières requises par la situation.

Là encore, Clot (2014) réaffirme l'importance de la répétition des situations qui est au cœur du pouvoir agir. La connaissance des invariants ne se soustrait pas à la rencontre avec les situations et à l'action.

13 La thèse et les recommandations

La question de recherche était de chercher à repérer la structure conceptuelle de la situation de triage par raisonnement clinique en accès direct pour un kinésithérapeute.

La qualité de la prise de décision est un objectif prioritaire de la formation des étudiants en masso-kinésithérapie. Les termes « *diagnostic* », « *décision* » puis « *action* » sont au cœur des définitions du raisonnement clinique. Le raisonnement clinique en masso-kinésithérapie est l'élément permanent et central de l'activité thérapeutique du clinicien.

Notre intention dans ce travail est la révélation des pratiques professionnelles des masseurs-kinésithérapeutes dans les situations d'« *accès direct au travers du diagnostic kinésithérapique* » et « *bilans et évaluations* » en utilisant la conceptualisation dans l'action.

En effet, la conceptualisation dans l'action, comme cadre théorique de la didactique professionnelle proposé par Pastré (2011), permet d'identifier des savoirs experts liés à la capacité de triage par raisonnement clinique des masseurs-kinésithérapeutes.

Pour effectuer cette enquête, nous interrogeons l'utilisation des rôles sociaux particulièrement en lien avec ces situations. Il s'agit des rôles sociaux en lien avec la notion de diagnostic : diagnostic kinésithérapique, diagnostic kinésithérapique d'exclusion, diagnostic kinésithérapique différentiel, diagnostic kinésithérapique d'orientation et soins en accès direct. L'ensemble de ces rôles sociaux nécessite l'utilisation du triage par raisonnement clinique correspondant à la régulation entre deux systèmes (Figure 29). D'un côté le système de triage par raisonnement clinique non analytique (système 1), principalement utilisé pour les prises de décision rapide, et de l'autre, le système de triage par raisonnement clinique analytique (système2), principalement utilisé pour infirmer et/ou confirmer l'hypothèse émise par le triage par raisonnement clinique non analytique (système 1).

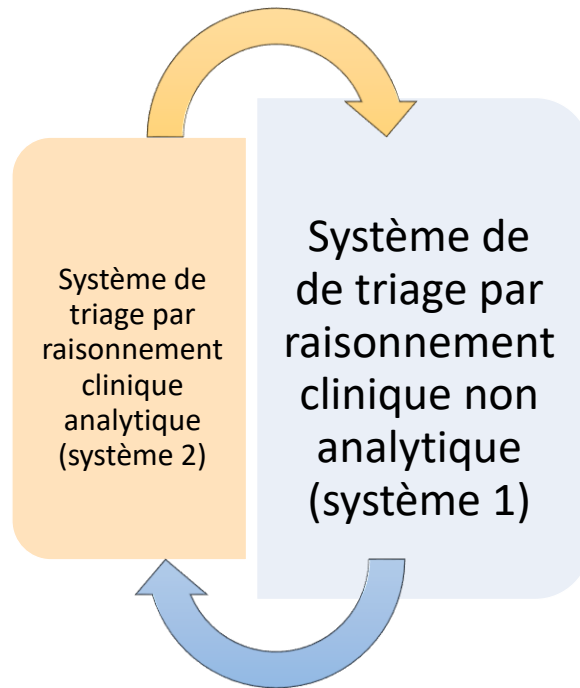


Figure 29 : modélisation du triage par raisonnement clinique en masso-kinésithérapie

Ces deux systèmes en interaction permanente et indissociables permettent une prise de décision. Une modélisation de cette prise de décision est proposée par Finucane et al. (2020) et traduite Chauvet, Chevrier et Desjardins (2021) (Figure 30).

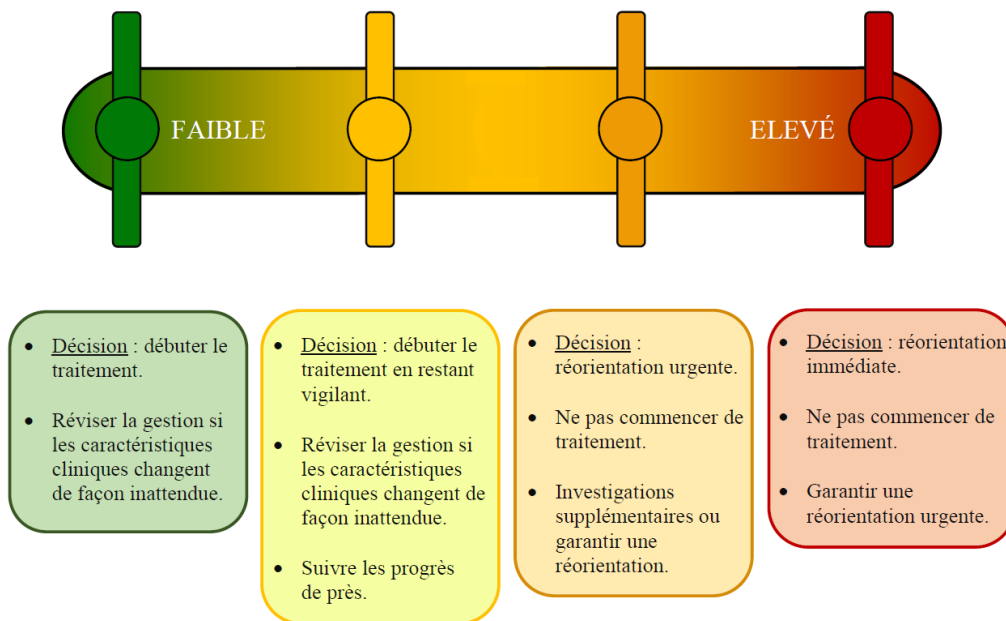


Figure 30 : échelle de préoccupation (Chauvet, Chevrier et Desjardins, 2021)

La prise de décision, suite à l'utilisation des deux systèmes de triage par raisonnement clinique, utilise des processus cognitifs et interactifs. Ces processus permettent d'inclure ou d'exclure le patient du protocole de soin en masso-kinésithérapie. Le rôle social de diagnostic d'exclusion

prend tout son sens ici. Concomitamment à l'utilisation du terme diagnostic d'exclusion, il est pertinent de proposer l'utilisation du terme « *diagnostic d'inclusion* » dans le cas de la situation de l'accès direct. Il correspond à la capacité pour le masseur-kinésithérapeute d'inclure un patient dans un protocole de soin en masso-kinésithérapie, de s'auto-prescrire, de faire preuve d'autonomie de décision, d'être auteur, finalement d'être ingénieur en masso-kinésithérapie. Les processus intercatifs sont plus particulièrement liés au diagnostic d'orientation. L'orientation peut être associée à un diagnostic d'inclusion, si le clinicien pense que cela est utile. En revanche, cette orientation doit être systématiquement associée à un diagnostic d'exclusion. Aussi, nous proposons d'ajouter à l'échelle de préoccupation de ces rôles sociaux mis en jeu (Figure 31).

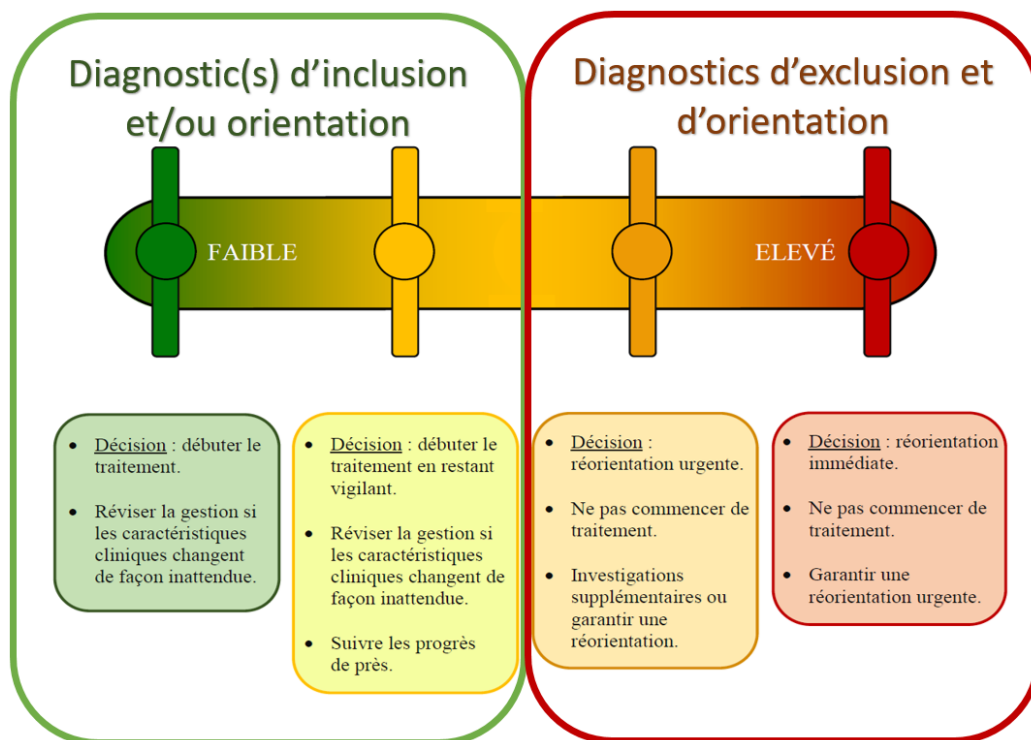


Figure 31 : échelle de préoccupation et diagnostics

Quel que soit le résultat du triage par raisonnement clinique, il est intéressant de préciser ici l'importance de l'écrit, de la transmission d'informations, de la collaboration interprofessionnelle dans la situation d'accès direct. Comme le précisait Gedda (2016), l'écrit est décisif pour les masseurs-kinésithérapeutes :

Hissant la profession à bac + 5 années universitaires, soit au niveau Master, la réforme reconnaît au masseur-kinésithérapeute un haut degré de décision et de responsabilisation (niveau I de la nomenclature des diplômes). Les potentiels sont importants et d'abord au bénéfice du patient accompagné par un professionnel plus compétent et lucide des enjeux de santé dans lesquels il s'implique. Mais il ne faut pas se leurrer : la plus-value qualitative ainsi escomptée oblige de fait à un investissement qu'il n'est plus possible d'occulter : la réification des pratiques, c'est-à-dire la matérialisation de la prise en charge thérapeutique par l'écrit.

Ce haut degré de décision et de responsabilisation doit permettre aux masseurs-kinésithérapeutes de revendiquer la logique identitaire de profession médicale à compétences définies. La capacité de triage par raisonnement clinique serait le socle sur lequel s'inscrirait cette logique identitaire questionnée par Roquet, Gatto et Vincent (2015). Finalement, le triage par raisonnement clinique serait une capacité partagée avec les médecins sans que le diagnostic médical ne soit concerné par ce partage de capacité.

Ajouté à cela, la traduction didactique de ces rôles sociaux renforce la logique identitaire d'expertise du masseur-kinésithérapeute. Cette production de savoirs doit permettre aux étudiants et aux formateurs en masso-kinésithérapie de tenir compte de l'identité professionnelle évolutive des masseurs-kinésithérapeutes en la transposant dans les curriculums et en l'actualisant en s'appuyant sur la recherche en masso-kinésithérapie.

Finalement, notre travail ne propose pas de « *bonnes pratiques* » à suivre en fonction d'une structure conceptuelle de situation. Il permet la mise en lumière de savoirs experts à utiliser comme outil pédagogique par les formateurs et superviseurs cliniques pour guider les apprenants en masso-kinésithérapie. Ces savoirs experts sont les éléments clés de la décision du triage par raisonnement clinique.

La thèse a permis d'identifier les savoirs experts du kinésithérapeute lors du triage par raisonnement clinique en situation d'accès direct. Ces savoirs experts sont les éléments clés de la décision du triage par raisonnement clinique.

Les savoirs experts sont constitués par les concepts pragmatiques de la situation de triage par raisonnement clinique de la personne malade en accès direct. Il s'agit de l'anamnèse et de l'examen clinique de la fonction douleur, les indicateurs et les variables en lien avec ces savoirs (Figure 27). Ces savoirs experts comprennent aussi le moment de la prise de décision de triage qui s'effectue essentiellement lors de l'étape de catégorisation, regroupant l'anamnèse et l'examen physique. Enfin, ces savoirs experts montrent que les masseurs-kinésithérapeutes les

plus expérimentés utilisent préférentiellement des processus cognitifs non analytiques, c'est-à-dire le raisonnement clinique non analytique (système 1), associés à des processus interactifs. Par ailleurs, des dilemmes inhérents à cette situation de triage par raisonnement clinique en accès direct sont mis en lumière dans la continuité du travail de Balas (2012). Ces conflits identifiés « *soigner le patient* » ou « *soigner la pathologie* », « *collaborer avec les autres professionnels du soin* » ou « *camper sur ses positions* », et « *kiné bien être* » ou « *kiné soignant* », sont à explorer à travers des méthodes permettant d'avoir accès à la dimension transpersonnelle du métier de kinésithérapeute (Clot, 2020) pour renforcer et assumer pleinement la logique identitaire de profession médicale à compétences définies.

L'ensemble de ces résultats permet le processus de transposition didactique décrit initialement par Chevallard (1985) et développé par Perrenoud (1998) en intégrant l'ensemble de ces savoirs experts à travers différents outils de pédagogie active dans l'apprentissage de la macro-capacité du raisonnement clinique, et de la capacité de triage tant en formation initiale qu'en formation continue. Parmi ces outils pédagogiques, les savoirs experts révélés par ce travail permettent une amélioration de la qualité de la supervision clinique en stage ou lors des débriefings suite aux séances de simulation en santé. Ces savoirs permettent aussi d'envisager les tests et formations par concordance sous l'angle des diagnostics d'inclusion et d'exclusion, à travers l'échelle de préoccupation (Finucane et al., 2020), en utilisant principalement les indicateurs et variables de la structure conceptuelle de la situation comme éléments clés des situations cliniques proposées.

Nos résultats, malgré les limites identifiées du travail, permettent la transposition didactique externe et viennent renforcer la logique identitaire d'expertise des masseurs-kinésithérapeutes. Ils se situent dans le prolongement des conclusions de Lagniaux (2013) et Jeulin (2014) sur la nécessité non seulement de la production de savoirs experts mais aussi de s'appuyer sur des spécialistes du domaine des sciences humaines pour l'enseignement et la recherche autour du raisonnement clinique, afin d'accélérer le renversement dû à l'expertise décrit par Sweller et al. (2011). Ces savoirs experts permettent d'installer le métier de kinésithérapeute dans la section 91 du CNU santé, en bénéficiant des apports des sciences de l'éducation, et renforcent à la fois la logique identitaire évolutive et d'expertise du métier de kinésithérapeute. La mise en lumière de l'utilisation des processus interactifs, lors du triage par raisonnement clinique, implique l'amélioration et la systématisation de la transmission d'informations vers les médecins référents, indispensable à l'autonomisation des masseurs-kinésithérapeutes. Par l'accès direct et l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle, la logique identitaire de profession médicale à compétences définies pourrait se confirmer. En effet, l'accès direct, synonyme

d'autonomie pour les kinésithérapeutes, propose aux masseurs-kinésithérapeutes d'accéder à une logique identitaire de profession médicale à compétences définies comme Roquet, Gatto et Vincent (2015) en font l'hypothèse. Nos résultats doivent permettre d'accompagner les kinésithérapeutes vers une logique identitaire de profession médicale à compétences définies en permettant une amélioration de la formation des kinésithérapeutes. De nouveaux savoirs experts, issus d'autres classes de situation ciblées en ce sens devraient permettre la construction de cette identité professionnelle des kinésithérapeutes tout en renforçant les logiques d'expertise et évolutive. Finalement, ce travail vise à poursuivre le processus d'universitarisation de la masso-kinésithérapie sachant que selon Bourdoncle (2007) « *il y a universitarisation lorsque les institutions de transmission des savoirs d'un secteur professionnel, ces savoirs eux-mêmes et les formateurs qui les transmettent se trouvent en quelque sorte absorbés par l'université* ».

Pour conclure, à partir des résultats de la thèse il est proposé six recommandations (Figure 32):

- **Recommandation n° 1** : affirmer l'identité professionnelle de profession médicale à compétences définies des kinésithérapeutes à travers la capacité de triage par raisonnement clinique en accès direct en améliorant les pratiques pédagogiques, en formation initiale et continue, par la diffusion et l'utilisation des résultats de la recherche ;
- **Recommandation n°2** : différencier clairement le diagnostic médical des rôles sociaux des kinésithérapeutes en situation d'accès direct liés à la capacité de triage par raisonnement clinique, à savoir les diagnostics d'inclusion, d'exclusion et d'orientation ;
- **Recommandation n°3** : affirmer l'activité réflexive permanente du masseur-kinésithérapeute en enlevant le terme « masso » et « masseur », lié à la technique de massage et à la notion de technicien, du nom de la profession afin d'asseoir la posture d'auteur, d'ingénieur, d'auto-prescripteur, d'autonomie de décision du kinésithérapeute;
- **Recommandation n° 4** : créer une sous-section « kinésithérapie » au sein de la section 91 « sciences de la rééducation et de réadaptation » de la CNU Santé afin de permettre la création d'un corps d'enseignants-chercheurs en kinésithérapie à qui confier les enseignements en kinésithérapie ;
- **Recommandation n° 5** : créer des laboratoires de recherche s'intéressant aux sciences de la rééducation et de réadaptation, et particulièrement à la kinésithérapie afin de permettre aux enseignants-chercheurs de différentes disciplines de poursuivre les recherches ayant comme objet la kinésithérapie et de produire des savoirs savants ;
- **Recommandation n° 6** : créer un Master professionnel, un Master Recherche, un doctorat professionnel et un doctorat de recherche dans la section sciences de la rééducation et de réadaptation dans le domaine « Sciences Technologies et Santé » portant la nouvelle mention « sciences de la masso-kinésithérapie » permettant d'installer la place de la kinésithérapie au sein de la section 91 du CNU Santé et de l'université et d'obtenir l'autonomie d'exercice.

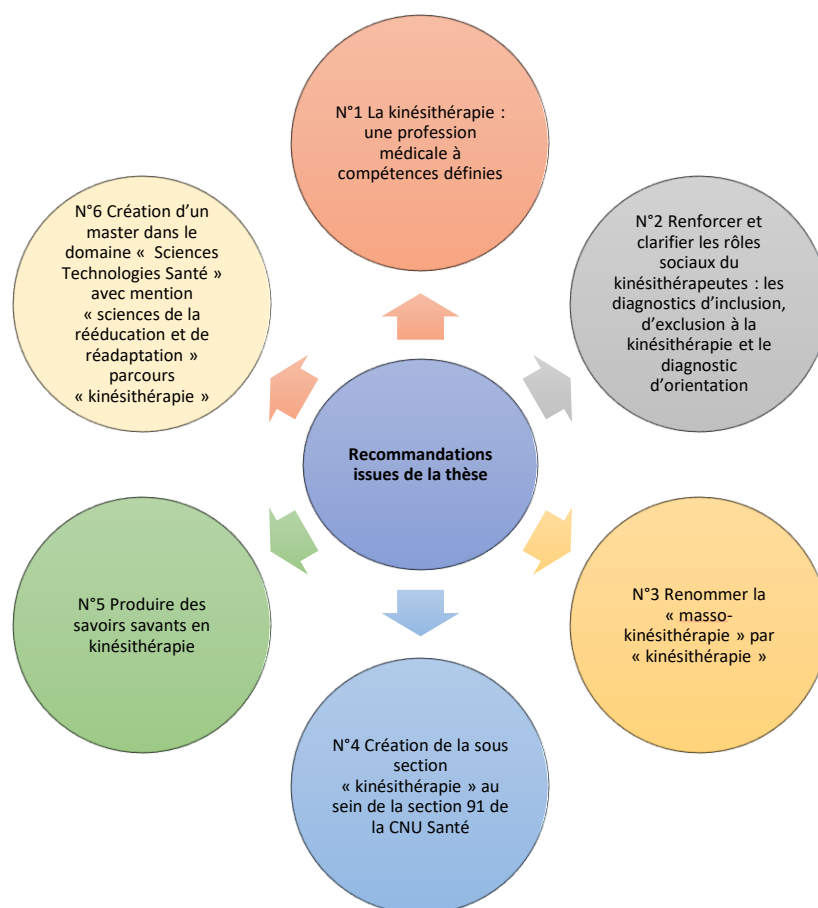


Figure 32 : les 6 recommandations issues de la thèse

14 Projections et perspectives de recherche

Didactique professionnelle et structure conceptuelle des situations, clinique de l'activité ou encore approche éactive sont autant de méthodes d'analyse du travail à mobiliser pour permettre la construction de savoirs nouveaux mais aussi permettre l'actualisation des savoirs sur le métier de kinésithérapeute.

La structure conceptuelle des situations par la révélation de savoirs experts ou savoirs de la pratique utilisée dans ce travail, la clinique de l'activité par la mise en discours des disputes professionnelles, ou encore l'approche éactive par la prise en compte des interactions complexes entre malade, soignant et environnement de soin, sont des méthodes complémentaires pour la création de savoirs en kinésithérapie.

L'ensemble de ces méthodes de recherche en sciences humaines et sociales ne s'opposent pas et sont autant de méthodes de recherche à utiliser pour analyser l'activité professionnelle des kinésithérapeutes.

Le suivi des recommandations émises dans ce travail va poursuivre la transformation de l'identité professionnelle des kinésithérapeutes. Aussi, il serait intéressant de tester les effets de l'application des recommandations produites à partir des résultats de la thèse à l'aide de ces méthodes de recherche.

Pour conclure ce travail, nous reprendrons cette phrase de Pastré (2011) en l'attribuant à la kinésithérapie et aux kinésithérapeutes en quête d'autonomie à travers la possibilité d'exercer en accès direct, tout en collaborant avec les autres professionnels de santé :

Il n'y a pas de développement sans autonomie d'un sujet qui met en œuvre son pouvoir d'agir ; et en même temps il n'y a pas de développement possible s'il n'y a pas reconnaissance d'autrui [...] le développement au travail est fragile, car il ne peut se déployer sans s'appuyer sur une certaine estime de soi ; et cette estime de soi dépend pour une grande part d'autrui (Pastré, 2011).

Références bibliographiques

- Aberkane, I. J. (2016). *Libérez votre cerveau! : Traité de neurosagesse pour changer l'école et la société*. Robert Laffont.
- Altet, M. (2000). L'analyse de pratiques : Une démarche de formation professionnalisante ? *Recherche & formation*, 35(1), 25-41. <https://doi.org/10.3406/refor.2000.1668>
- Ardoino, J. (2000). *Les avatars de l'éducation*. Presses universitaires de France.
- Argyris, C., & Schon, D. A. (1974). *Theory in practice : Increasing professional effectiveness*. Jossey-Bass. <http://doi.apa.org/psycinfo/1975-03166-000>
- Aristote. (1992). *Organon, tome 3 : Les Premiers analytiques* (J. Tricot, Trad.). Vrin.
- Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF (2015).
- Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire, JORF (2006).
- Arrêté du 10 septembre 2020 modifiant les arrêtés du 6 mars 2020 autorisant les protocoles de coopération relatifs aux soins non programmés, JORF (2020)
- Arrêté du 16 juin 2015 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF (2015).
- Arsac, G., Chevallard, Y., Martinand, J.-L., & Tiberghien, A. (1994). *La transposition didactique à l'épreuve*. La pensée sauvage.
- Audétat, M.-C. (2012). *L'identification et la remédiation des difficultés de raisonnement clinique en médecine (État des pratiques, recherche d'outils et processus pour soutenir les cliniciens enseignants)* [Doctorat en Sciences de la santé]. Université de Montréal.
- Audetat, M.-C., Faguy, A., Jacques, A., Blais, J.-G., & Charlin, B. (2011). Étude exploratoire des perceptions et pratiques de médecins cliniciens enseignants engagés dans une démarche de diagnostic et de remédiation des lacunes du raisonnement clinique. *Pédagogie médicale*, 12(1), 7-16. <https://doi.org/10.1051/pmed/2011014>
- Audétat, M.-C., & Laurin, S. (2010). Supervision du raisonnement clinique. *Canadian family physician*, 56(3), 294-296.
- Bachelard, G. (1938). *La formation de l'esprit scientifique : Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*. Vrin.
- Bacon, F. (2006). *De la justice universelle (1622)* (J.-B. Vauzelles, Trad.). L'Harmattan.
- Bakhtine, M. (1970). *La Poétique de Dostoïevski*. Le Seuil.

- Balas, S. (2012). *Transmettre un métier ? L'exemple des masseurs-kinésithérapeutes*. Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00790594>
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Presses universitaires de France.
- Baribeau, C., & Royer, C. (2012). L'entretien individuel en recherche qualitative : Usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 38(1), 23-45. <https://doi.org/10.7202/1016748ar>
- Belzung, Catherine. (2022) *Neurobiologie des émotions*. ENTREMISES.
- Bernard, C. (1865). *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Baillière.
- Bertalanffy, L. von. (1973). *Théorie générale des systèmes*. Dunod.
- Bishop, P. B., & Wing, P. C. (2006). Knowledge transfer in family physicians managing patients with acute low back pain : A prospective randomized control trial. *The Spine Journal: Official Journal of the North American Spine Society*, 6(3), 282-288. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2005.10.008>
- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of educational objectives. Handbook 1 : The cognitive domain*. David McKay.
- Bong, C. L., Fraser, K., & Oriot, D. (2016). Cognitive Load and Stress in Simulation. In V. J. Grant & A. Cheng (Éds.), *Comprehensive Healthcare Simulation : Pediatrics* (p. 3-17). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24187-6_1
- Bonnal, C., Matharan, J., & Micheau, J. (2009). La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux. *Rapport d'étude de la Drees et de l'Observatoire National de la Démographie médicale*. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_prescription_de_masso-kinesitherapie_par_les_medecins_generalistes_et_rhumatologues_liberaux_.pdf
- Borsarello, J.-F. (1971). *Le Massage dans la médecine chinoise...* Maisonneuve.
- Boshuizen, H. P. A., Schmidt, H. G., Custers, E., & Van de Wiel, M. W. (1995). Knowledge development and restructuring in the domain of medicine : The role of theory and practice. *Learning and instruction*, 5(4), 269-289.
- Bourdoncle, R. (2000). « Professionnalisation, formes et dispositifs ». *Recherche & formation*, 35(1), 117-132. <https://doi.org/10.3406/refor.2000.1674>
- Bourdoncle, R. (2007). « Universitarisation ». *Recherche et formation*, 54, 135-149. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.945>
- Boutet, J., Gardin, B., & Lacoste, M. (1995). Discours en situation de travail. *Langages*, 29(117), 12-31. <https://doi.org/10.3406/lgge.1995.1703>

- Bronner, G. (2013). *La démocratie des crédules*. Presses universitaires de France.
- Brousseau, G. (1998). *Théorie des situations didactiques*. La pensée sauvage.
- Brunstein, V., Pelaccia, T., Pottecher, T., & Triby, E. (2016). Concevoir et évaluer une formation. In T. Pelaccia, *Comment mieux former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ?* (p. 89-106). De Boeck Supérieur.
- Buckley, S., Coleman, J., Davison, I., Khan, K. S., Zamora, J., Malick, S., Morley, D., Pollard, D., Ashcroft, T., Popovic, C., & Sayers, J. (2012). Les effets éducatifs des portfolios sur l'apprentissage des étudiants pendant le cursus prégradué : Une revue systématique de la collaboration Best Evidence Medical Education (BEME). Guide BEME N° 11. *Pédagogie Médicale*, 13(2), 115-145. <https://doi.org/10.1051/pmed/2012013>
- Burnier, I., Bouchard-Lamothe, D., & Khouani, Z. (2019). Patient simulé et patient standardisé : Peut-on en finir avec le terme SPs ? *Pédagogie Médicale*, 20(3), 147-149. <https://doi.org/10.1051/pmed/2020015>
- Burnier, I., Fotsing, S., Bouchard-Lamothe, D., & Amrani, S. (2019). Briefing des patients simulés en cinq étapes : Effets perçus sur la préparation à la pratique simulée. Données d'un projet pilote. *Pédagogie Médicale*, 20(4), 177-185. <https://doi.org/10.1051/pmed/2020021>
- Byrne, P. S., & Long, B. E. (1976). *Doctors talking to patients. A study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries*. H.M.S.O.
- Caens-Martin, S. (2005). Concevoir un simulateur pour apprendre à gérer un système vivant à des fins de production : La taille de la vigne. In P. Pastré (Ed.), *Apprendre par la simulation. De l'analyse du travail aux apprentissages professionnels* (p. 81-106). Octarès.
- Caisson, M. (1995). L'Indien, le détective et l'ethnologue. *Terrain*, 25, 113-124.
- Chandler, M. (1987). The Othello Effect. *Human Development*, 30(3), 137-159. <https://doi.org/10.1159/000273174>
- Charlin, B., Deschênes, M.-F., Dumas, J.-P., Lecours, J., Vincent, A.-M., Kassis, J., Guertin, L., Gagnon, R., Robert, D., Foucault, A., Lubarsky, S., & Fernandez, N. (2018). Concevoir une formation par concordance pour développer le raisonnement professionnel : Quelles étapes faut-il parcourir ? *Pédagogie Médicale*, 19(3), 143-149. <https://doi.org/10.1051/pmed/2019019>
- Charlin, B., Gagnon, R., Sibert, L., & Van der Vleuten, C. (2002). Le test de concordance de script, un instrument d'évaluation du raisonnement clinique. *Pédagogie médicale*, 3(3), 135-144. <https://doi.org/10.1051/pmed:2002022>
- Charlin, B., Lubarsky, S., Millette, B., Crevier, F., Audétat, M.-C., Charbonneau, A., Caire Fon, N., Hoff, L., & Bourdy, C. (2012). Clinical reasoning processes : Unravelling complexity

through graphical representation. *Medical education*, 46(5), 454-463. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2012.04242.x>

Chauvet, G., Chevrier, S., & Desjardins, T. (2021). *Le guide du triage en kinésithérapie musculo-squelettique*. OMT France. <https://www.omt-france.fr/le-guide-du-triage-en-kinesitherapie-musculo-squelettique/>

Chevallard, Y. (1985). *La transposition didactique du savoir savant au savoir enseigné*. La pensée sauvage.

Clot, Y. (2006). *La fonction psychologique du travail*. Presses universitaires de France.

Clot, Y. (2014). *Travail et pouvoir d'agir*. Presses universitaires de France.

Clot, Y. (2020). *Éthique et travail collectif: Controverses*. Eres.

Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G., & Scheller, L. (2000). Entretiens en autoconfrontation croisée : Une méthode en clinique de l'activité. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 2-1, Article 2-1. <https://doi.org/10.4000/pistes.3833>

CNOMK. (2021). *La démographie des kinésithérapeutes en 2020*. <https://www.ordremk.fr/actualites/kines/la-demographie-des-kinesitherapeutes-en-2020/>

Côté, S., & Tribble, D. S.-C. (2012). Le raisonnement clinique des infirmières, analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 111, (4), 13-21. <https://doi.org/10.3917/rsi.111.0013>

Couarraze, S., Saint-Jean, M., Marhar, F., Carneiro, J.-M., Siksik, G., Weider, A., Kurrek, M. M., Rey, T., Houze-Cerfon, C.-H., LeBlanc, V., & Geeraerts, T. (2021). Does prior exposure to clinical critical events influence stress reactions to simulation session in nursing students : A case-control study. *Nurse Education Today*, 99, 104792. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104792>

Damasio, A. R. (1995). *L'erreur de Descartes : La raison des émotions*. Odile Jacob.

Darré, J.-P. (1996). *L'invention des pratiques dans l'agriculture : Vulgarisation et production locale de connaissance*. Karthala.

Décret n° 2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF (2000).

Décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes, JORF (2008).

Décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019 modifiant le décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques, JORF (2019).

Décret n° 2020-553 du 11 mai 2020 relatif à l'expérimentation des modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche, JORF (2020)

Décret n° 2021-1085 du 13 août 2021 relatif au diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute conférant le grade de master, JORF (2021).

Décret n°85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF (1985).

Décret n°92-70 du 16 janvier 1992 relatif au Conseil national des universités, JORF (1992).

Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF (1996).

Dellandréa, A. (2013). *Etude des relations interprofessionnelles entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes. Enquête quantitative auprès de professionnels lorrains* [PhD Thesis]. Université de Lorraine.

Demeester, A., Eymard, C., Marchand, C., & Vanpee, D. (2010). Apprentissage du raisonnement clinique en formation initiale médicale-Les cartes conceptuelles pour remédier à certaines difficultés. *Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF)*, 1-10.

Demeester, A., Vanpee, D., Marchand, C., & Eymard, C. (2010). Formation au raisonnement clinique : Perspectives d'utilisation des cartes conceptuelles. *Pédagogie médicale*, 11(2), 81-95. <https://doi.org/10.1051/pmed/2010013>

Douady, R. (1986). Jeux de cadres et dialectique outil-objet. *Recherches en didactique des mathématiques (Revue)*, 7(2), 5-31. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.01972.x>

Dumas, C. L. (1807). *Eloge de Henri Fouquet, prononcé dans la séance publique de l'Ecole de médecine de Montpellier, le 11 Novembre 1807*. Chez G. Izar.

Durand, M. (2009). *La conception d'environnements de formation sous le postulat de l'enaction*. Presses universitaires de France.

Durand, M. (2016). Theureau, J. Le cours d'action. L'enaction et l'expérience. *Activités*, 13(1), Article 1.

Eva, K. W. (2005). What every teacher needs to know about clinical reasoning. *Medical education*, 39(1), 98-106.

Faucher, C., Pelaccia, T., Nendaz, M., Audétat, M.-C., & Charlin, B. (2016). Un professionnel de santé qui résout efficacement les problèmes : Le raisonnement clinique. In T. Pelaccia, *Comment mieux former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ?* (p. 33-44). De Boeck Supérieur.

- Favre, D. (2010). *Cessons de démotiver les élèves : 18 clés pour favoriser l'apprentissage*. Dunod.
- Finucane, L. M., Downie, A., Mercer, C., Greenhalgh, S. M., Boissonnault, W. G., Pool-Goudzwaard, A. L., Beneciuk, J. M., Leech, R. L., & Selfe, J. (2020). International Framework for Red Flags for Potential Serious Spinal Pathologies. *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 50(7), 350-372. <https://doi.org/10.2519/jospt.2020.9971>
- Fournier, C., & Kerzanet, S. (2007). Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : Apports croisés de la littérature. *Santé publique*, 19(5), 413-425.
- Frankel, R. M., & Stein, T. (1999). Getting the most out of the clinical encounter : The four habits model. *Perm J*, 3(3), 79-88.
- Gagnon, J. (2008). *Les scripts de la sexualité : Essais sur les origines culturelles du désir*. Payot.
- Gatto, F. (2005). *Enseigner la santé. Technologie de l'action sociale*. L'Harmattan.
- Gatto, F., Garnier, A., & Viel, É. (2007). *Education du patient en kinésithérapie*. Sauramps médical.
- Gatto, F., & Ravestein, J. (2003). Pour une didactique des sciences et techniques de la santé : L'exemple de la lombalgie. *Recherche en Kinésithérapie*, 1, 17-27.
- Gatto, F., Ravestein, J., Crouzet-Vincent, S., & Pastor, E. (2011). *Le guide de l'évaluation à l'intention du masseur-kinésithérapeute*. Sauramps médical.
- Gatto, F., & Roquet, P. (2012). *Le référentiel du masseur-kinésithérapeute (MK) et du masseur-kinésithérapeute ostéopathe (MKO)*. CNOMK.
- Gatto, F., Vincent, S., & Michel, S. (2016). Pourquoi la nouvelle formation initiale des kinésithérapeutes est une formation «à et par la recherche» multi-référentielle (qualitative et quantitative), indispensable pour une professionnalisation de qualité et pour une approche globale des patients? *Kinésithérapie, la Revue*, 16(180), 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2016.07.003>
- Gedda, M. (2014). Atelier de décision kinésithérapique : Un espace de progression collective. *Kinésithérapie, la Revue*, 14(145), 26-30. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2013.11.001>
- Gedda, M. (2016). L'avenir de la kiné passe par l'écrit. *Kinésithérapie, la Revue*, 16(176), 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2016.06.009>
- Georgii, A. (1847). *Kinésithérapie; ou, Traitement des maladies par le mouvement, selon la méthode de Ling : Suivi d'un abrégé des applications de la théorie de Ling à l'éducation physique*. Baillière.

- Giorgi, A. (1975). An Application of Phenomenological Method in Psychology. *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology*, 2, 82-103. <https://doi.org/10.5840/dspp197529>
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- HAS. (2012). *Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé* (p. 84). HAS.
- Higgs, J. (2008). *Clinical reasoning in the health professions*. Elsevier.
- Higgs, J., Jones, M. A., Loftus, S., & Christensen, N. (2008). *Clinical reasoning in the health professions* (3ème édition). Elsevier.
- Hofstadter, D., & Sander, E. (2013). *Surfaces and essences : Analogy as the fuel and fire of thinking*. Basic Books.
- Houdé, O. (2014). *Le raisonnement*. Presses universitaire de France.
- Jaffrelot, M., Weiss, A., Borraccia, I., & Vidailhet, P. (2016). Préparer et animer une séance de simulation. In T. Pelaccia, *Comment mieux former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ?* De Boeck Supérieur.
- Jeulin, J.-C. (2014). *Approche anthropologique du développement des compétences des masseurs-kinésithérapeutes : Conception d'un environnement informatique pour l'apprentissage en masso-kinésithérapie* [Thèse de doctorat en Sciences de l'éducation]. Université Aix-Marseille.
- Joshua, S. (1996) « Le concept de transposition didactique n'est-il propre qu'au mathématique? » In *Au-delà des didactiques, le didactique. Débats autour de concepts fédérateurs.*, par C Raisky et Caillot, 61-73. De Boeck Supérieur.
- Jonnaert, P. (2002). *Compétences et socioconstructivisme, un cadre théorique*. De Boeck Supérieur.
- Jonnaert, P. (2006). *Chapitre 2. Action et compétence, situation et problématisation*. De Boeck Supérieur.
- Jouquan, J. (2013). Le raisonnement clinique et la supervision pédagogique sous l'éclairage des métaphores et des analogies. *Pédagogie Médicale*, 14(2), 79-81. <https://doi.org/10.1051/pmed/2013044>
- Kahneman, D. (2012). *Système 1/Système 2 : Les deux vitesses de la pensée* (R. Clarinard, Trad.). Flammarion.
- Kloetzer, L., & Henry, M. (2010). Quand les instruments de métier deviennent objets de discours. *Activités*, 07(2), Article 2. <https://doi.org/10.4000/activites.2406>
- Kolb, B., & Whishaw, I. (2008). *Cerveau et comportement*. De Boeck Supérieur.

- Kolb, D. (1984). *Experiential learning as the science of learning and development*. Prentice-Hall.
- Kuhn. (1970). *The structure of scientific revolutions* (Second edition, enlarged.). the University of Chicago Press.
- Kurtz, S. M., & Silverman, J. D. (1996). The Calgary—Cambridge Referenced Observation Guides : An aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Medical education*, 30(2), 83-89. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1996.tb00724.x>
- La démographie des autres professions de santé (RPPS et ADELI)*. (2015). DRESS.
- Lagniaux, F. (2013). *Epistémologie des savoirs enseignés, appropriés et utilisés en kinésithérapie. Contribution des résultats de recherche en sciences de l'éducation à la création d'une discipline en masso-kinésithérapie pour garantir la sécurité et la qualité des soins* [Thèse de doctorat en Sciences de l'éducation]. Université Aix-Marseille.
- Lamy, M. (2002). Propos sur le GEASE. *Analyse de pratiques*, 3.
- Le Boterf, G. (2011). *Référentiel du métier et des compétences des masseurs-kinésithérapeutes*. CNOMK.
- Leblanc, S., Ria, L., Dieumegard, G., Serres, G., & Durand, M. (2008). Concevoir des dispositifs de formation professionnelle des enseignants à partir de l'analyse de l'activité dans une approche enactive. *Activités*, 05(1), Article 1. <https://doi.org/10.4000/activites.1941>
- L'Écuyer, R. (2011). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu*. Presses de l'Université du Québec.
- Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail : Contribution à la psychologie ergonomique*. Presses universitaire de France.
- Leplat, J. (2000). *L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie—Aperçu sur son évolution, ses modèles et ses méthodes*. Octarès.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF (2002).
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JORF (2004).
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 0167 JORF (2009).
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF (2016).
- Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, JORF (2021).

Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 (1), 2021-1754, JORF (2021).

Loi n°46-857 du 30 avril 1946 ation de l'exercice des professions de masseur gymnaste médical, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure, JORF (1946).

Macron, A. (2015). Inscription à l'Ordre : Une obligation légale du masseur-kinésithérapeute pour exercer sa profession. *Kinesitherapie, la revue*, 163(15), 20-23.

Makoul, G. (2001). The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient education and counseling*, 45(1), 23-34. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(01\)00136-7](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(01)00136-7)

Marshall, B., Cardon, P., Poddar, A., & Fontenot, R. (2013). Does Sample Size Matter in Qualitative Research?: A Review of Qualitative Interviews in is Research. *Journal of Computer Information Systems*, 54(1), 11-22. <https://doi.org/10.1080/08874417.2013.11645667>

Micoulaud-Franchi, J.-A., Amad, A., Geoffroy, P. A., Fovet, T., & Quiles, C. (2016). Les plaintes du carabin. Modèle pour un raisonnement clinique pratique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 174, 703-713. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2016.08.003>

Middleton, K. (2017). Give patients direct access to physiotherapy. They want it, and it would benefit GPs too. *British Journal of Sports Medicine*, 51(13), 1041. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-h6844rep>

Miguel, F. (2021). La kinésithérapie en perte d'identité. *Pratiques*, 93.

Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 87, 63-67.

Millien, C. (2018). *D'ici à 2040, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes augmenteraient de 57 % soit bien plus que les besoins de soins. Études et résultats*, 1075. DREES. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/dici-2040-les-effectifs-de-masseurs-kinesitherapeutes>

Monet, J. (2003). *Emergence de la kinésithérapie en France à la fin du XIXe et au début du XXe siècle : Une spécialité médicale impossible: genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914* [Thèse de doctorat en Sociologie]. Université Paris 1.

Monet, J. (2010). Naissance de la kinésithérapie et de la physiothérapie. L'émergence des instituts de rééducation (1880–1915). *Journal de Réadaptation Médicale: Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, 30(4), 167-176.

Morandi, F. (2004). Pragmatisme et pratiques en éducation. *Recherches & éducations*, 6, Article 6. <https://doi.org/10.4000/rechercheseducations.318>

- Moraux, P. (1969). Jacques Brunshwig, Aristote. Topiques. Tome I : Livres I-IV. Texte établi et traduit. *L'Antiquité Classique*, 38(2), 550-552.
- Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. ESF.
- Mucchielli, R. (1979). *L'analyse de contenu des documents et des communications*. (3^e édition). ESF.
- Muchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (3^e éd.). Armand Colin.
- Naccache, N., Samson, L., & Jouquan, J. (2006). Le portfolio en éducation des sciences de la santé : Un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation. *Pédagogie Médicale*, 7(2), 110-127. <https://doi.org/10.1051/pmed:2006016>
- Neighbour, R. (1987). *The inner consultation* (Vol. 3). MTP press.
- 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(4), 235-254. <https://doi.org/10.1051/pmed:2005028>
- Norman, G., Dore, K., & Grierson, L. (2012). The minimal relationship between simulation fidelity and transfer of learning. *Medical Education*, 46(7), 636-647. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2012.04243.x>
- Oddone, I., Rey, A., & Briante, G. (1981). *Redécouvrir l'expérience ouvrière : Vers une autre psychologie du travail ?* ESF.
- Omodei, M. M., McLennan, J., & Wearing, A. J. (2005). How expertise is applied in real-world dynamic environments : Head mounted video and cued recall as a methodology for studying routines of decision making. *The routines of decision making*, 271-288.
- Orly, P., Lang, N., & Foissart-Monnet, M.-T. (2005). *Distance thérapeutique et corps à corps. L'exemple du traitement de la douleur en masso-kinésithérapie*. 165, 69-86.
- Pageau, S., Burnier, I., & Fotsing, S. (2021). Stratégies de recrutement et de formation des patients en éducation : Une synthèse de la littérature. *Pédagogie Médicale*, 22(2), 91-100. <https://doi.org/10.1051/pmed/2021008>
- Panchout, E., Belliot, A., Miguel, F., Launay, F., & Couillandre, A. (2021). *Vers une nouvelle maquette de formation en 7 blocs de compétences*. JFK 2021.
- Panchout, E., Panchout Doury, F., Launay, F., & Couillandre, A. (2017). Prévalence des pathologies rencontrées en kinésithérapie libérale : Un outil pour repenser l'enseignement en kinésithérapie? *Kinésithérapie, la Revue*, 17(184), 27. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2017.09.071>

- Panchout, E., Panchout, F. D., Launay, F., Kamin, G., Belliot, A., & Couillandre, A. (2019). Modélisation complexe de la maquette de formation de masseur-kinésithérapeute : Un outil de compréhension et de support à l'organisation pédagogique universitaire de la formation en masso-kinésithérapie. *Kinésithérapie, la Revue*, 19(214), 12-18. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2019.05.011>
- Parent, F. & Jouquan, J. (2013). *Penser la formation des professionnels de santé : Une perspective intégrative*. De Boeck Supérieur.
- Parent, F., & Jouquan, J. (2016). Inscrire la formation dans le cadre d'une approche par compétences. In T. Pelaccia, *Comment mieux former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ?* (p.107-123). De Boeck Supérieur.
- Pastré, P. (1997). Didactique professionnelle et développement. *Didactique professionnelle et développement*, 42(1), 89-100.
- Pastré, P. (2005). La conception de situations didactiques à la lumière de la théorie de la conceptualisation dans l'action. In P. Rabardel, P. Pastré *Modèles du sujet pour la conception. Dialectiques activités développement* (p. 73-107). Octares.
- Pastré, P. (2011). *La didactique professionnelle : Approche anthropologique du développement chez les adultes*. Presses universitaires de France.
- Pastré, P., Mayen, P., & Vergnaud, G. (2006). La didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, 154, 145-198. <https://doi.org/10.4000/rfp.157>
- Pastré, P., & Rabardel, P. (2005). *Apprendre par la simulation : De l'analyse du travail aux apprentissages professionnels*. Octarès.
- Patel, V. L., Evans, D. A., & Groen, G. J. (1989). Biomedical knowledge and clinical reasoning. *Cognitive science in medicine: Biomedical modeling*, 53-112.
- Pelaccia, T. (2016). *Comment [mieux] former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ?* De Boeck Supérieur.
- Pelaccia, T. (2018). *Comment mieux superviser les étudiants en sciences de la santé dans leurs stages et dans leurs activités de recherche ?* De Boeck Supérieur.
- Pelaccia, T., Tardif, J., Tribby, E., & Charlin, B. (2017). A Novel Approach to Study Medical Decision Making in the Clinical Setting : The "Own-point-of-view" Perspective. *Academic Emergency Medicine*, 24. <https://doi.org/10.1111/acem.13209>
- Perez-Roux, T. (2019). *La réforme des études en santé entre universitarisation et professionnalisation : Le cas des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie*. L'Harmattan.

- Perrenoud, P. (1998). La transposition didactique à partir de pratiques : Des savoirs aux compétences. *Revue des sciences de l'éducation*, 24(3), 487-514. <https://doi.org/10.7202/031969ar>
- Piaget, J. (1968). *Le structuralisme [1968]*. Presses universitaires de France.
- Piaget, J. (1974). *Réussir et comprendre*. Presses universitaires de France.
- Pinsault, N. (2020). Enquête nationale sur l'exercice salarié de la kinésithérapie en France. *Kinésithérapie, la Revue*, 20(218), 3-7. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2019.11.007>
- Popper, K. (1934). *La Logique de la découverte scientifique*. Mohr Siebeck.
- Pottier, P., & Planchon, B. (2011). Les activités mentales au cours du raisonnement médical diagnostique. *La Revue de médecine interne*, 32(6), 383-390. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2010.10.009>
- Psiuk, T., & LAGIER, C. (2012). L'apprentissage du raisonnement clinique. De Boeck Supérieur.
- Rabardel, P. (2007). Principes pour la constitution d'une didactique professionnelle, in M. Merri (coord.). In *Activité humaine et conceptualisation. Questions à Gérard Vergnaud* (p. 87-90). Presses universitaires du Mirail.
- Regnaud, J.-P., Guay, V., & Marsal, C. (2009). Evidence based practice ou la pratique basée sur les preuves en rééducation. *Kinésithérapie, la Revue*, 9(94), 55-61. [https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(09\)70037-3](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(09)70037-3)
- Remondière, R. (1998). Une naissance conjointe : L'émergence de la kinésithérapie en France et l'installation de la physiothérapie au Québec. Trajectoires en miroirs. *Canadian Bulletin of Medical History*, 15(1), 153-187.
- Remondière, R. (2017). Physiothérapie ou kinésithérapie : Une archéologie de l'appellation. *Kinésithérapie, la Revue*, 17(183), 44-48. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2016.09.034>
- Richard, J.-F. (1990). *Les activités mentales. Comprendre, raisonner, trouver des solutions*. Armand Colin.
- Roger, J.-L. (2013). *Refaire son métier*. Erès.
- Roquet, P., Gatto, F., & Vincent, S. (2015). *L'identification et la reconnaissance des rôles et des identités des masseurs-kinésithérapeutes [PhD Thesis]*. Conservatoire national des arts et métiers (CNAM); Centre de recherche sur la formation (CRF).
- Samurçay, R., & Pastré, P. (1995). *La conceptualisation des situations de travail dans la formation des compétences*. 123, 13-31.
- Samurçay, R., & Rabardel, P. (2004). Modèles pour l'analyse de l'activité et des compétences, propositions (p. 163-180). *Recherches en didactique professionnelle*. Octarès.

- Schmidt, H. G., Boshuizen, H. P. A., & Hobus, P. P. M. (1988). Transitory stages in the development of medical expertise : The “intermediate effect” in clinical case representation studies. *Proceedings of the 10th annual conference of the cognitive science society*, 139-145.
- Schon, D. A. (1994). *Le praticien réflexif: À la recherche du savoir caché dans l’agir professionnel*. Logiques.
- Sweller, J., Ayres, P., & Kalyuga, S. (2011). *Cognitive Load Theory, volume 1 of Explorations in the Learning Sciences, Instructional Systems and Performance Technologies*. Springer.
- Tardif, J. (1993). L’évaluation dans le paradigme constructiviste. In Hivon, R. (Ed). In *L’évaluation des apprentissages. Réflexions, nouvelles tendances et formation*. Chenelière éducation.
- Tardif, J. (1997). La construction des connaissances. 1. Les consensus. *Pédagogie collégiale*, 11(2), 14-19.
- Tardif, J. (2006). *L’évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Chenelière Education.
- Tavignot, P. (1995). A propos de la transposition didactique en didactique des mathématiques. *Spirale - Revue de recherches en éducation*, 15(1), 31-60. <https://doi.org/10.3406/spira.1995.1906>
- Theureau, J. (2004). *Le cours d’action : Méthode élémentaire* (nouvelle édition remaniée et postfacée de *Le cours d’action : analyse sémio-logique. Essai d’une anthropologie cognitive située*). Octarès.
- Thionville, E. (1855). *De la théorie des lieux communs dans les Topiques d’Aristote et des principales modifications qu’elle a subies jusqu’à nos jours ...* chez Auguste Durand.
- Tosquelles, F. (2009). *Le travail thérapeutique en psychiatrie*. Eres.
- Toupin, L. (1998). La compétence comme matière, énergie et sens. *Éducation permanente*, 135, 33-44.
- Towle, A., & Godolphin, W. (2015). Patients as teachers : Promoting their authentic and autonomous voices. *The Clinical Teacher*, 12(3), 149-154. <https://doi.org/10.1111/tct.12400>
- Tricot, A., & Sweller, J. (2016). La cécité aux connaissances spécifiques. *Éducation et didactique*, 10(10-1), 9-26. <https://doi.org/10.4000/educationdidactique.2428>
- Trousseau, A. (1865). *Clinique médicale de l’Hôtel-Dieu de Paris* (Vol. 2). Baillière.
- Unsworth, C. A. (2001). Using a head-mounted video camera to study clinical reasoning. *American journal of occupational therapy*, 55(5), 582-588.
- Vaillant, J. (2002). Histoires sous le signe du lien : Kinésithérapie et médecine. *Kinésithérapie scientifique*, 424, 35-52.

- Van Campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales* (5^e ed). Dunod.
- Van Loon, K., & Parent, F. (2013). Développer une ingénierie de la professionnalisation et des compétences dans les organisations de santé : L'exemple d'un référentiel de compétences en kinésithérapie. In F. Parent & J. Jouquan, *Penser la formation des professionnels de la santé* (p. 180-204). De Boeck Supérieur.
- Van Thiel, J., & Van Dalen, J. (1995). MAAS-Globaal criterialijst, versie voor de vaardigheidstoets Medisch Basiscurriculum. *Maastricht: University of Maastricht*.
- Vergnaud, G. (1995). Evolution du travail et formation des compétences. *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/archives/article/1995/12/20/evolution-du-travail-et-formation-des-competences_3890078_1819218.html
- Vergnaud, G. (1996). Au fond de l'action, la conceptualisation. In J.-M. Barbier, *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (p. 275-292). Presses universitaires de France.
- Vermersch, P. (2004). *L'entretien d'explicitation*. ESF.
- Verret M. (1975). *Le temps des études* (p. XVI-837 P). Paris Descartes.
- Vidal-Gomel, C., & Rogalski, J. (2007). La conceptualisation et la place des concepts pragmatiques dans l'activité professionnelle et le développement des compétences. *Activités*, 04(4-1), Article 1. <https://doi.org/10.4000/activites.1401>
- Vygotski, L. (1997). *Pensée et langage*. La Dispute.
- Vygotski, L. (1998). *Théorie des émotions. Etude historico-psychologique*. L'Harmattan.
- Vygotski, L. (2003). Conscience, inconscient, émotions, traduction de F. Séve et G. Fernandez. La Dispute.
- Walliser, B. (1977). *Systèmes et modèles : Introduction critique à l'analyse de systèmes*. Seuil.
- Wallon, H. (1983). *Les origines du caractère chez l'enfant*. Presses universitaires de France.
- Watson, K., Wright, A., Morris, N., McMeeken, J., Rivett, D., Blackstock, F., Jones, A., Haines, T., O'Connor, V., & Watson, G. (2012). Can simulation replace part of clinical time? Two parallel randomised controlled trials. *Medical education*, 46(7), 657-667. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2012.04295.x>
- Watzlawick, P., & Beavin, J. (1967). Some Formal Aspects of Communication. *American Behavioral Scientist*, 10(8), 4-8. <https://doi.org/10.1177/0002764201000802>
- Weill-Fassina, A., & Pastré, P. (2004). Les compétences professionnelles et leur développement, in P. Falzon (dir). In *Ergonomie* (p. 213-232). Presses universitaires de France.
- Whewell, W. (1938). *Novum organon renovatum (1858) traduit en français sous le titre De la construction de la science* (R. Blanché, Trad.). Vrin.

Wiener, N. (1962). *Cybernétique et société*. Deux Rives.

Wirocius, J. M. (1999). *Histoire de la rééducation*. *Encycl Med Chir*. Elsevier, Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation.

Wittorski, R. (2008). Professionnaliser la formation : Enjeux, modalités, difficultés. *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, 101, 105-117.

Yves, C., & Lhuilier, D. (2013). *Agir en clinique du travail*. Erès.

Annexes

Annexe 1 : cachet de l'actrice

SUR LE FEU 49 rue de la Cathédrale 86000 POITIERS
administration@compagniesurlefeu.fr
06.49.54.15.77.
SIRET 83478698000013 /APE 9001Z / Licence 2- 1110097

Devis : 2007-01	Date : 05/06/2020
Client : Etienne Panchout 3 avenue du Maréchal Foch Siret : 50043298400036	

Désignation	Montant
Prestation Patiente Standardisée 11/07/20 1 cachet 1 service de répétition	 264,00 € 85,00 €
Frais de transport A/R train Poitiers/Blois	 60,00 €
Total	409,00 €

Conditions de règlement :

Virement

RIB :

CCM Poitiers Hôtel de ville
IBAN FR7610278364160001166300193
BIC CMCIFR2A

Contact :

administration@compagniesurlefeu.fr

Annexe 2 : questionnaire post-expérimentation

Le sigle * signifie que la réponse à la question posée est obligatoire.

Cochez la case correspondant à votre stress avant la séance d'expérimentation en rapport à une séance "classique" dans votre cabinet *. Une seule réponse possible.

- Stress largement supérieur à une séance classique
- Stress plutôt supérieur à une séance classique
- Stress équivalent à une séance classique
- Stress plutôt inférieur à une séance classique
- Stress largement inférieur à une séance classique

Si vous le souhaitez, détaillez ici les raisons de votre choix précédent

Cochez la phrase correspondant le plus à votre ressenti vis à vis de la présence des caméras PENDANT LA CONSULTATION *. Une seule réponse possible.

- Totalement déstabilisant
- Plutôt déstabilisant
- Plutôt pas déstabilisant
- Pas du tout déstabilisant

Si vous le souhaitez, détaillez ici les raisons de votre choix précédent

Cochez la phrase correspondant le plus à votre ressenti vis à vis de la présence de caméra PENDANT L'ENTRETIEN AVEC L'EXPÉRIMENTATEUR APRÈS LA CONSULTATION *. Une seule réponse possible.

- Totalement déstabilisant
- Plutôt déstabilisant
- Plutôt pas déstabilisant
- Pas du tout déstabilisant

Si vous le souhaitez, détaillez ici les raisons de votre choix précédent

Cochez la phrase correspondant à votre satisfaction d'avoir participé à cette expérimentation *. Une seule réponse possible.

- Totalement insatisfait
- Plutôt insatisfait
- Plutôt satisfait
- Totalement satisfait

Si vous le souhaitez, détaillez ici les raisons de votre choix précédent

Cochez la phrase correspondant à votre émotion à la fin de votre passage, une fois l'expérimentation complètement terminée (consultation et entretien) *. Une seule réponse possible.

- Totalement désagréable
- Plutôt désagréable
- Plutôt agréable
- Totalement agréable

Si vous le souhaitez, détaillez ici les raisons de votre choix précédent

Vous êtes-vous senti jugé sur votre performance technique durant l'expérimentation (consultation + entretien) ? *. Une seule réponse possible.

- Oui, totalement
- Oui, un peu
- Non, absolument pas

Si vous le souhaitez, détaillez ici les raisons de votre choix précédent

Renseignements divers

- Nom *
- Prénom *

Consentement éclairé *. Une seule réponse possible.

- J'accepte que les informations issues de ce questionnaire soient utilisées dans le cadre du travail de recherche de M Panchout
- Je n'accepte pas l'utilisation des informations issues de ce questionnaire dans le cadre du travail de recherche de M Panchout

Annexe 3 : retranscription de l'entretien avec AA

Présentation de la personne interviewée (MK)	<p>AA</p> <p>Sexe masculin</p> <p>57 ans</p> <p>Formations et expériences professionnelles :</p> <p>1990 DEMK</p> <p>1992 DU anthropologie médicale</p> <p>1994 DU kinésithérapie respiratoire et cardio-vasculaire</p> <p>1995 Cadre de santé et licence en sciences de l'éducation</p> <p>1996 maîtrise en sciences de l'éducation</p> <p>1999 DEA sciences de l'éducation (inachevé)</p> <p>2000 DU sciences de la qualité en établissement de santé</p> <p>2004 Certificat d'études Statistiques Appliquées à la Médecine</p> <p>2006 Master en Santé Publique</p> <p>2010 DU Interprétation des essais thérapeutiques</p>
Durée de l'entretien	46'
Lieu de l'entretien	3 Bis avenue du Maréchal Foch 41000 Blois
Date de l'entretien	11 Juillet 2020
Interviewer (INT)	<p>Etienne Panchout</p> <p>Maître de conférences associé à l'EUKCVL, laboratoire ERCAE (EA7493), Université d'Orléans ; doctorant LIRDEF (EA3749), Université Paul Valéry Montpellier 3 ; MKO</p>

Annexe 4 : retranscription de l'entretien avec AB

Présentation de la personne interviewée (MK)	<p>AB</p> <p>Sexe masculin</p> <p>65 ans</p> <p>Formations et expériences professionnelles :</p> <p>1978 DEMK</p> <p>1984 Thérapie manuelle</p> <p>1990 Rééducation uro-gynécologique</p> <p>2010 Certification MDT (Institut McKenzie France)</p>
Durée de l'entretien	44'45''
Lieu de l'entretien	3 Bis avenue du Maréchal Foch 41000 Blois
Date de l'entretien	11 Juillet 2020
Interviewer (INT)	<p>Frédéric Launay</p> <p>Enseignant à l'EUKCVL, responsable des innovations pédagogiques et de la professionnalisation, Université d'Orléans ; Cadre de santé ; MK, Infirmier</p>

<p>1 INT: Bien, alors comment tu t'es sentie? Quel sentiment tu as de cette... f</p> <p>2 MK: Ah bah de la patiente euh... (regarde sa feuille) bah elle est pas très claire la patiente dans ses</p> <p>3 parec que moi si tu veux quand je fais la méthode McKenzie XXV</p> <p>4 INT: Hum? f</p> <p>5 MK: Euh... c'est une méthode mécaniste hein?</p> <p>6 INT: Hum? f</p> <p>7 MK: (regarde sa feuille) Donc dans ses réponses elle est pas toujours très claire alors euh, elle fait</p> <p>8 du sport, elle dit qu'elle fait du sport euh, du cardio, tout ça, mais je lui fais faire des exercices j'ai</p> <p>9 l'impression qu'elle en a rapidement marre quel je... on dirait qu'elle a pas eu de être active dans</p> <p>10 son traitement bien elle attend peut-être un traitement passif c'est tout à fait possible bien voilà. Donc</p> <p>11 moi en, en résultat de bon, si tu veux nous on travaille comme ça (tourne la feuille vers INT) f</p> <p>12 INT: Hum? f</p> <p>13 MK: Hum, on a un diagramme, la douleur, comment elle la ressent, l'endroit, et cetera... ((cf schéma</p> <p>14 en haut du recto de sa feuille) f</p> <p>15 INT: Hu-hum? f</p> <p>16 MK: Je demande les contraintes mécaniques, c'est ressorts humains donc elle est assise plus plus</p> <p>17 plus plus, contraintes mécaniques de lever, sport. Sa douleur elle est à 3, maxi, et 3-3 mini donc. ((cf</p> <p>18 informations avant la partie interrogatoire de la feuille de bilan) f</p> <p>19 INT: Parfois? f</p> <p>20 MK: (passe plus fort) 2 ou 3 mini? f</p> <p>21 INT: Ou... f</p> <p>22 MK: Quand elle, quand elle sent moins c'est entre 2 et 3 et quand elle sent plus c'est à 3? f</p> <p>23 INT: D'accord... f</p> <p>24 MK: Mais c'est pas c'est pas clair dans ses réponses? f</p> <p>25 INT: Ok. C'est pas grave? f</p> <p>26 MK: C'est présent depuis 3 semaines, c'est sans raison apparente, et depuis 3 semaines elle a l'im-</p> <p>27 de dire que ça se détériore, bon ok. Donc ça a bien commencé par son dos, donc c'est plutôt un signe... un signe qui est plutôt bon quand ça commence par le dos hein? f</p> <p>28 INT: Hum? f</p> <p>29 MK: Quand ça commence directement dans la jambe... f</p> <p>30 INT: Ah ok... f</p> <p>31 MK: Ça c'est pas bon. C'est pas un bon pronostic? f</p> <p>32 INT: D'accord... f</p> <p>33 MK: Donc là c'est bon pronostic. Va savoir si c'est constant ou intermittent, nous on cherche à savoir</p> <p>34 si c'est constant ou intermittent, intermittent c'est plus un syndrome de détachement, tu vois un p-</p> <p>35 l'origine euh ce serait plutôt d'ici? f</p> <p>36 INT: Hu-hum? f</p> <p>37 MK: Là elle est pas très capable de répondre. Elle a pas pu dire si à des moments elle sent pas ou si</p> <p>38 elle sent tout le temps, bon, c'est difficile de faire un jugement? f</p> <p>39 INT: Hum... f</p> <p>40 MK: Tant pas bien c'est pas grave? f</p> <p>41 INT: Hum... f</p> <p>42 MK: On cherche des situations mécaniques empirées ou de mieux. On peut empirer assise debout ou</p> <p>43 à la marche bon tout, tout l'empire. À la marche elle est un p'tit peu mieux au début et un p'tit peu</p> <p>44 moins bon... elle est mieux quand même allongée en chaise de bain... ((cf feuille bilan partie</p> <p>45 interrogatoire) f</p> <p>46 INT: Hu-hum? f</p> <p>47 MK: Tu dis, je décrypte son dique à l'arrière, cependant elle a quand même des douleurs</p> <p>48 matinales bien 1 heure du matin ça la réveille? f</p> <p>49 INT: Hum... f</p> <p>50 MK: C'est peut-être un peu inflammatoire? f</p> <p>51 INT: Hum... f</p> <p>52 INT: Hum... f</p>	<p>53 MK: Faut, faut faire attention? f</p> <p>54 INT: Hum... f</p> <p>55 MK: (lit sa feuille bilan) Ah en un premier épisode y'a un après avoir démaillé, ça paraît</p> <p>56 mécanique quand t'as, quand t'as? f</p> <p>57 INT: Hum? f</p> <p>58 MK: (continue de lire sa feuille) Bon y'a des antécédents de cancer du sein bien, y'a 6 ans. Mais</p> <p>59 tout est bon elle est suivie, un p'tit peu de la radiothérapie bah comme problème, bon cancer du sein</p> <p>60 on sait que c'est traité... mais bien là depuis 6 ans, faut voir quand même, le seul traitement</p> <p>61 qu'elle a eu c'est l'ablation en grande, c'est pas, je connais pas trop là, j'ai pas trop si l'ablation</p> <p>62 gramule fait quelque chose sur ce genre de douleurs (rire) plutôt sur des hématomas des choses</p> <p>63 comme ça? f</p> <p>64 INT: Hum... f</p> <p>65 MK: Non, c'est ce qu'elle est, hein? f</p> <p>66 INT: Hum... f</p> <p>67 MK: (continue de lire sa feuille cf partie question spécifique) Bon, aucun médicament, donc elle,</p> <p>68 agas d'antécédents, elle a pas de truc cardio, tension, j'ai pas j'ai XX toujours là, j'ai pas de</p> <p>69 bilan radio y'a pas eu de perte de poids à jeter depuis 3 semaines mais elle a fait un régime</p> <p>70 donc ça c'est normal bien c'est à force de... c'est les drapaux rouges bien qu'on cherche c'est... f</p> <p>71 INT: Ouh... f</p> <p>72 MK: Hum? f</p> <p>73 INT: Cette partie là... (pointe sur la feuille la partie questions spécifiques) f</p> <p>74 MK: Cette partie là c'est les drapaux rouges? f</p> <p>75 INT: C'est les drapaux rouges? f</p> <p>76 MK: C'est les drapaux rouges hein? f</p> <p>77 INT: D'accord... f</p> <p>78 MK: Donc là c'est normal euh tout le reste est normal, j'ai pas relevé de drapaux rouges, 'fin bon</p> <p>79 là ça fait y'a faire par là quand même, cancer du sein (pointe l'écran cancer du sein sur sa feuille</p> <p>80 dans la partie antécédents) f</p> <p>81 INT: Ouais euh mais cancer du sein c'est pas dans la rubrique drapaux rouges? f</p> <p>82 MK: Non je l'ai mis dans les antécédents (pointe sur sa feuille) f</p> <p>83 INT: D'accord... f</p> <p>84 MK: Hum... c'est il est ancien et elle est suivie très régulièrement? f</p> <p>85 INT: Ouh... f</p> <p>86 MK: Donc y'a pas de problème pour un truc comme ça, ce c'est clair c'est... f</p> <p>87 INT: D'accord... f</p> <p>88 MK: C'est propre bien (tourne sa feuille bilan) f</p> <p>89 INT: Ouh... f</p> <p>90 MK: C'est que sinon XX? f</p> <p>91 INT: Ouh... f</p> <p>92 MK: Y'a pas de XX? f</p> <p>93 INT: Ouh... f</p> <p>94 MK: (regarde sa feuille cf examen posture) Ensuite on fait l'examen de la posture, donc sa posture</p> <p>95 assise elle est passable bien elle se tient pas toujours très bien, debout elle est plutôt bonne, alors elle</p> <p>96 a pas de shift latéral, le shift (montre la posture) donc ça elle a pas. Quand tu corriges sa posture</p> <p>97 assise ça fait quand même un sursaut mais elle a pas le dos vraiment, elle est pas de dire si oui c'est</p> <p>98 plus non c'est pas pire, elle est pas très bien répondre bon non? j'ai mis sursaut point d'interrogatoire? f</p> <p>99 INT: Hum? f</p> <p>100 MK: Du lumbos je parle normale. (Lit sa feuille cf examen neurologique) À l'examen neuro,</p> <p>101 j'ai quand même fait l'examen neuro parce que ça paraît pas clair, pas de déficit moteur,</p> <p>102 les réflexes sont bons, quand même parésie à L5, un petit peu, qu'elle parte pas tout de suite mais</p> <p>103 que ça se trouve au toucher, un petit peu, hein? f</p> <p>104 INT: D'accord... f</p>	<p>105 MK: Donc XX, voilà. Un L5/S4 à 60 sur le dos. Les pertes de mouvement donc on examine</p> <p>106 mécaniquement le rachis, en flexion elle descend jusqu'en bas hein? f</p> <p>107 INT: Ouh? f</p> <p>108 MK: (Lit sa feuille cf perte de mouvement) Distance doigt-sol 0, en extension, un p'tit peu limitée</p> <p>109 mais y'a rien, en glissement latéral, pas de limitation et pas de douleur du tout, hein? f</p> <p>110 INT: Ouh? f</p> <p>111 MK: (Continue de lire sa feuille cf mouvements tests) Après nous on passe aux mouvements tests.</p> <p>112 Alors là dans les mouvements tests c'est difficile de s'y retrouver, hein surtout que des fois c'est XX</p> <p>113 (rire) f</p> <p>114 INT: Ah bon? (rire) f</p> <p>115 MK: Ou (rire) f</p> <p>116 INT: Ou... f</p> <p>117 MK: Donc au départ on imagine la douleur qu'elle a, barre lombaire et douleur... ((cf symptômes</p> <p>118 avant tests debout sur la feuille bilan) f</p> <p>119 INT: Ouh? f</p> <p>120 MK: Ok, avant de commencer, on fait faire des tests et on lui redemande pendant le test qu'est-ce</p> <p>121 que ça donne et après le test, qu'est-ce que ça donne? f</p> <p>122 INT: D'accord... f</p> <p>123 MK: Hum, donc c'est des mouvements de 10 répétitions? f</p> <p>124 INT: Ouh? f</p> <p>125 MK: (regarde sa feuille) Donc elle a pas, tu me réponds au départ, mais quand même après en</p> <p>126 l'interrogatoire, pendant le test ça a l'air d'augmenter la douleur, et après le test c'est pas augmenté bien</p> <p>127 c'est plus doux XX (rire) hein c'est un peu spécial hein comment... f</p> <p>128 INT: Non non je f</p> <p>129 MK: Je lui fais faire un test, soit y'a la douleur avant, soit y'a pas de douleur avant, là y'a une douleur</p> <p>130 avant, un peu bien, tu fais faire le test et tu demandes si ça modifie la douleur? f</p> <p>131 INT: Ouh? f</p> <p>132 MK: Pendant le test, et quel est le résultat après, alors pendant le test ça l'augmente, on note, et après</p> <p>133 le test savoir si c'est pareil, si c'est mieux, parce que ça peut augmenter pendant et être mieux après,</p> <p>134 ou c'est pire? f</p> <p>135 INT: Ouh? f</p> <p>136 MK: Hum, d'accord. (montre sur sa feuille) Donc, quand c'est pareil c'est à dire que ça n'a pas</p> <p>137 augmenté ça a augmenté dedans mais c'est revenu comme avant, c'est pas empiré? f</p> <p>138 INT: Ouh? f</p> <p>139 MK: Ok. Tu fais faire une deuxième fois? f</p> <p>140 INT: Hum? f</p> <p>141 MK: Parce que faut essayer d'avoir, je précise qu'il soit clair quoi, la deuxième fois je lui fais pencher</p> <p>142 ça augmente encore la douleur? f</p> <p>143 INT: Ouh? f</p> <p>144 MK: Mais elle n'a pas, soit pas bien me répondre bien... Eh, peut-être que c'est empiré elle est</p> <p>145 pas répondre non plus, attends, donc là j'me suis arrêté dans la flexion j'me suis dit attends, j'ai pas</p> <p>146 des répétitions en extension debout? f</p> <p>147 INT: Hum? f</p> <p>148 MK: ((cf Rép Ext. Dht sur feuille bilan) Donc là ça l'augmente et il semblait que ça l'empire, là</p> <p>149 on ne peut être un peu d'accord? f</p> <p>150 INT: D'accord... f</p> <p>151 MK: Ok, XX périphérique, mais c'est pas sur bien, périphérisation c'est une douleur qui descend, qui</p> <p>152 va descendre plus bas mais en fait elle descend pas plus bas, j'ai mis point d'interrogatoire mais c'est... f</p> <p>153 INT: Ouh... f</p> <p>154 MK: C'est ça la douleur habituelle, qui s'arrête au niveau du mollet, qui descend dans le pied? f</p> <p>155 INT: D'accord... f</p>
--	---	---

612 MK: Mo? 613 INT: Oui? 614 MK: Oh bah comme d'habitude? 615 INT: Comme d'habitude? 616 MK: Ouais? 617 INT: Y'a rien de particulier... 618 MK: Non, non? 619 INT: A la prise en charge de... 620 MK: Ok, pas de soucis avec cette méthode là sur quoi on tombe bien, c'est ça hein? 621 INT: Ouais? 622 MK: Faut tomber sur quelques choses qui répondent très bien comme quelques choses qui répondent jamais... 623 INT: Ok. Euh... j'ai noté deux trois questions euh? 624 MK: Ouais, quand tu as, quand tu as euh... fait les tests de centralisation? 625 INT: Euh... bah oui, quand tu as euh... Ça pouvait, rassurer la douleur? 626 MK: Ouais? 627 INT: Sur un point particulier? 628 MK: Ouais? 629 MK: Commenter la douleur? 630 INT: Ok. Euh... pourquoi tu lui as précisé ça, éventuellement ce mouvement permettait de centraliser la douleur? 631 MK: Non, non? 632 MK: C'est pour qu'il se rende compte que, alors, ça c'est un truc moi aussi j'ai trouvé dans l'enseignement bien? 633 INT: Ouais? 634 MK: Ou en a parlé encore y'a pas très longtemps, à Poitiers euh, l'année dernière, l'année dernière, l'année dernière, ça a été un peu un peu... 635 INT: Pourquoi? 636 MK: Bah pour ce pas influencer la personne dans la... 637 INT: D'accord? 638 MK: Mais les pratiques et les autres, les pratiques diplômées moi, je sais pas, pratiques diplômées moi, j'ai simplement une compétence... 639 INT: Heu? 640 MK: J'ai la compétence après j'ai les cours mais c'est pour enseigner, eux ils trouvent que ça peut influencer mais qu'il est possible de le faire parce que quand ça arrive le patient se dit bah bien moi aussi il a raison? 641 MK: Ouais? 642 INT: D'accord? 643 MK: Pour enseigner un peu une confiance? 644 INT: D'accord? 645 MK: Non, non, non, quand ça arrive, bah... le patient il fait non le kiné il a pas raison (rire) donc... 646 INT: Ouais? 647 MK: (rire) Ouais? 648 MK: Moi j'ai dit il est possible que ça... que ça se centralise mais ça peut ne pas... 649 INT: Et quand tu lui as posé cette question là tu avais le sentiment que ça pouvait centraliser ou... 650 INT: Ouais? 651 MK: Ben, je... je sais exactement quand j'ai commencé à faire ça c'était donc les répétitions euh... 652 INT: Et tu avais le sentiment que ça allait pas centraliser? 653 INT: Et tu... d'accord?

674 MK: Parce que tout ça (montre sur la feuille) tout ça y'a des de réponses la dans tout ça? 675 INT: Alors tout ça c'est euh? 676 MK: C'était avant qu'on se soit vu? 677 INT: Ouais... 678 MK: Tu par exemple? 679 INT: D'accord? 680 MK: La répétition d'extension du dos? 681 INT: Ouais? 682 MK: Et pas de réponse donc je dois que ça allait centraliser mais faut quand même en être sûr? 683 INT: Bien sûr donc tu voulais que c'est ça? 684 MK: Ouais, ouais, absolument, c'est ça, pas, sur une hypothèse bien fait que ça soit, fait que ça soit... 685 INT: Dans la mesure du possible? 686 INT: D'accord. Euh... 687 MK: Et fait c'est un arbre décisionnel bien? 688 INT: Ouais? 689 MK: C'est un peu un arbre décisionnel mais qu'on fait quoi? 690 INT: Oui, tu fais soit arbre décisionnel de manière systématique? 691 MK: Ah ouais? 692 INT: Pendant tous les patients? 693 MK: Enfin, que pour les patients lombalgiques, sciatiques euh? 694 INT: D'accord? 695 MK: En, en distal, les cervical? 696 INT: D'accord? 697 MK: Euh, ou je commence comme ça quoi? 698 INT: Donc tu as fait avec cette patiente comme tu as l'habitude de faire avec tous les patients? 699 MK: Comme j'ai l'habitude de faire? 700 INT: Oui, pour pratiquer des symptômes similaires? 701 MK: Heu, voilà? 702 INT: Et ça qu'il y a des cas où tu fais ça et autres décisions? En général? 703 MK: Alors euh... non en général j'ai le sens ou alors vraiment euh une personne âgée là ça correspond moins, alors, tu as les patients... Qui tu sais à l'avance que ça peut répondre, ça peut répondre... 704 INT: Ou, tu peux l'expliquer ça? 705 MK: Ben, euh, au début, au début, euh, ça est plus favorable à un début lombaire, avant un début... 706 INT: Ouais, tu peux l'expliquer ça? 707 MK: Ben, euh, au début, au début, euh, ça est plus favorable à un début lombaire, avant un début... 708 INT: Ouais, tu peux l'expliquer ça? 709 MK: Ben, euh, au début, au début, euh, ça est plus favorable à un début lombaire, avant un début... 710 INT: Heu? 711 MK: Soit à la rigueur des radiculop... radicalisées bien? 712 INT: D'accord? 713 MK: Voilà, donc ça c'est plutôt ça est plutôt plus favorablement? 714 INT: D'accord? 715 MK: Ben, avec un début, un début, euh, ça est plus favorable à un début lombaire, avant un début... 716 INT: Ouais? 717 MK: Ouais, tu peux l'expliquer ça? 718 INT: D'accord? 719 MK: Ouais, tu peux l'expliquer ça? 720 INT: Ouais? 721 MK: C'est déjà une prédisposition, j'ai vu des choses qui vont avec une sciatique très forte... 722 INT: Ouais? 723 MK: C'est un pronostic dur, tu sais pas surprises bien pas des fois derrièr des courbes... 724 INT: Et tu avais le sentiment que ça allait pas centraliser?

725 MK: Parce que tout ça (montre sur la feuille) tout ça y'a des de réponses la dans tout ça? 726 INT: Alors tout ça c'est euh? 727 MK: C'était avant qu'on se soit vu? 728 MK: Donc déjà ils sont confiants parce qu'ils ont été vu le neurologue, ils savent qu'ils ont pas... 729 MK: Non, non? 730 MK: Non, non? 731 MK: Non, non? 732 MK: Et souvent c'est les gens qui sont... non plus ou moins jeunes bien? 733 INT: D'accord? 734 MK: Ouais? 735 INT: D'accord? 736 MK: Ça c'est une bonne indication? 737 INT: Donc ça c'est la première groupe? 738 MK: Ouais? 739 MK: Bah celui qui répond pas bien c'est celui justement qui a une radiologie plus sévère? 740 MK: Ouais? 741 INT: Et les deuxième groupe? 742 MK: Ouais? 743 MK: Ouais? 744 MK: Ouais? 745 MK: Ouais? 746 MK: Ouais? 747 MK: Ouais? 748 MK: Ouais? 749 MK: Ouais? 750 MK: Ouais? 751 MK: Ouais? 752 MK: Ouais? 753 MK: Ouais? 754 MK: Ouais? 755 MK: Ouais? 756 MK: Ouais? 757 MK: Ouais? 758 MK: Ouais? 759 MK: Ouais? 760 MK: Ouais? 761 MK: Ouais? 762 MK: Ouais? 763 MK: Ouais? 764 MK: Ouais? 765 MK: Ouais? 766 MK: Ouais? 767 MK: Ouais? 768 MK: Ouais? 769 MK: Ouais? 770 MK: Ouais? 771 MK: Ouais? 772 MK: Ouais? 773 MK: Ouais? 774 MK: Ouais? 775 MK: Ouais? 776 MK: Ouais?

777 MK: C'est ce qu'ils font en première intention? 778 INT: D'accord? 779 MK: Ça marche, ils comment ça explique ça, c'est pas parce que le McKenzie marche pas que y'a pas d'autre méthode qui marche pas bien? 780 MK: Ouais? 781 INT: Bien sûr? 782 MK: Donc après c'est une autre façon de gérer les hernies discales? 783 INT: D'accord? 784 MK: Comme ça? 785 INT: Ok. Euh... ok que je voulais dire juste avant, c'est euh dans les deux groupes que tu m'as... 786 MK: Ouais? 787 MK: Ouais? 788 INT: C'est patiente là tu la, place résolument dans l'un ou dans l'autre groupe, dans l'un que... 789 MK: Ouais? 790 MK: Difficile à... 791 INT: Ou entre les deux groupes? 792 MK: Difficile à... 793 MK: Comment tu la place? 794 MK: La... 795 INT: Tu la place pas tu tout? 796 MK: Non? 797 INT: Non dans un groupe ni dans l'autre? 798 MK: Non? 799 INT: Entre les deux? 800 MK: Non? 801 INT: Même pas? 802 MK: C'est ça, parce encore interrompu? 803 INT: D'accord? 804 MK: Concentration en diagnostic mécanique? 805 INT: Ouais? 806 MK: Voilà? 807 INT: Ouais? 808 MK: En diagnostic médical bien peut être des antalgiques c'est plus, c'est différent mais en traitement mécanique je... 809 MK: Ouais? 810 MK: Ouais? 811 INT: Ok. Et tu me disais que les antécédents familiaux d'hernie discales multiplient par... 812 MK: Heu, non, non? 813 INT: La prise? 814 MK: Ouais? 815 INT: Euh, tu lui as posé la question? 816 MK: Non, non, non, j'ai pas posé la question? 817 INT: Pour quelle raison? 818 MK: J'ai pas pensé? 819 INT: J'ai pas pensé (rire)? 820 MK: Non, non? 821 INT: Ok. Et euh? 822 MK: La... 823 INT: Bien sûr, bien sûr, euh... alors du coup comme c'est une question que... 824 MK: Non, non, non, j'ai pas posé la question? 825 INT: Ouais? 826 MK: Ouais? 827 MK: Ouais? 828 INT: D'accord?

829 MK: Sinon... 830 MK: Ouais? 831 MK: Ouais? 832 MK: Ouais? 833 MK: Ouais? 834 MK: Ouais? 835 MK: Ouais? 836 MK: Ouais? 837 INT: D'accord? 838 MK: Ouais? 839 INT: Ok. Comme conclusion de cette prise en charge, première séance en fait avec cette patiente... 840 MK: Ouais? 841 MK: Ouais? 842 MK: Ouais? 843 INT: Ouais? 844 MK: Ouais? 845 INT: Les éléments que t'as obtenus? 846 MK: Ouais? 847 INT: Dans l'un et dans l'autre? 848 MK: Ah, ça se mélange mais c'est plus les mouvements... 849 MK: Ouais? 850 MK: Ouais? 851 MK: Ouais? 852 MK: Ouais? 853 INT: Ouais? 854 MK: Tu demandes peut-être quelque chose que j'attendais un traitement un peu passif, comme beaucoup... 855 MK: Ouais? 856 INT: D'accord? 857 MK: D'autres gens bien j'ai pris un traitement passif? 858 INT: Ouais? 859 MK: Donc en fait c'est un orthopéde des choses comme ça et puis voilà sont content? 860 INT: Ouais? 861 MK: Ouais? 862 INT: Ouais? 863 MK: Ouais? 864 INT: Ouais? 865 MK: Ouais? 866 MK: Ouais? 867 MK: Ouais? 868 MK: Ouais? 869 MK: Ouais? 870 MK: Ouais? 871 MK: Ouais? 872 MK: Ouais? 873 INT: A quel moment dans la prise en charge euh t'as perçu cette discordance? 874 MK: Ouais? 875 MK: Ouais? 876 INT: Ouais? 877 MK: Ouais? 878 INT: C'est ça? 879 MK: Ouais? 880 MK: Ouais?

881 MK: Ouais? 882 MK: Ouais? 883 MK: Ouais? 884 MK: Ouais? 885 MK: Ouais? 886 MK: Ouais? 887 MK: Ouais? 888 MK: Ouais? 889 MK: Ouais? 890 MK: Ouais? 891 MK: Ouais? 892 MK: Ouais? 893 MK: Ouais? 894 MK: Ouais? 895 MK: Ouais? 896 MK: Ouais? 897 MK: Ouais? 898 MK: Ouais? 899 MK: Ouais? 900 MK: Ouais? 901 MK: Ouais? 902 MK: Ouais? 903 MK: Ouais? 904 MK: Ouais? 905 MK: Ouais? 906 MK: Ouais? 907 MK: Ouais? 908 MK: Ouais? 909 MK: Ouais? 910 MK: Ouais? 911 MK: Ouais? 912 MK: Ouais?

Annexe 6 : retranscription de l'entretien avec AD

Présentation de la personne interviewée (MK)	<p>AD</p> <p>Sexe masculin</p> <p>29 ans</p> <p>Formations et expériences professionnelles :</p> <p>2014 DEMK</p> <p>2016 MDT parties A et B (Institut McKenzie France)</p> <p>2017 Kinésithérapie et Douleur niveau 1 (INK Formation)</p> <p>2018 MDT parties C et D (Institut McKenzie France)</p> <p>2018 Intégration de la Mindfulness en Kinésithérapie (Physiomind)</p> <p>2019 DU Hypnose et Communication Thérapeutiques (Université de Nantes)</p> <p>2019 CGE niveau 1 (TMP formation)</p> <p>2019 Raisonnement clinique avancé au service du diagnostic par Chad Cook (Agence EBP)</p> <p>2019 Affections respiratoires aiguës du nourrisson (Health Impact)</p>
Durée de l'entretien	26'45''
Lieu de l'entretien	3 Bis avenue du Maréchal Foch 41000 Blois
Date de l'entretien	11 Juillet 2020
Interviewer (INT)	<p>Frédéric Launay</p> <p>Enseignant à l'EUKCVL, responsable des innovations pédagogiques et de la professionnalisation, Université d'Orléans ; Cadre de santé ; MK, Infirmier</p>

157 MK: Pareil, les antécédents de cancer, pareil, et euh... la troisième chose, y'a encore une chose c'est
158 c'est c'est... toi toi toi, souvenirs toi Béla... et la douleur, bah la douleur en fait, le motif de
159 consultation en fait, c'était à peu près similaire et euh... finalement c'est une patiente que j'ai surri-
160 ansai en kiné, l'autre dans, mais euh bon, au vu du manque d'inspiration on avait quand même pris
161 la décision d'aller plus loin en fait dans les investigations, mais pas sur le plus kiné, prise en charge
162 kiné, du coup, elle est partie vers un, vers le neurochirurgien en question du coup, voilà.
163 INT: D'accord ?
164 MK: Hum...
165 INT: Ok, je vais revenir sur la première question euh, de notre entretien qui, portait sur ton état
166 émotionnel, à chaud, euh... Maintenant avec euh, le recul qu'on a de l'échange qu'on a eu ?
167 MK: Hum...
168 INT: Euh... Comment tu sens ton état émotionnel, et est-ce que t'as quelques choses à ajouter euh...
169 sur ce sujet ?
170 MK: Par rapport au stress quoi du début euh, le stress est vraiment redescendu. Et euh... et puis euh
171 pas juste fin tu vois j'me pose quand même la question de c'est-ce que, est-ce que c'est bien ce que
172 j'ai fait ? Après, euh... je me dis bon, j'ai, voilà la patiente est repartie sur ses deux jambes (rire)
173 donc je me dis du coup bon euh bien ou pas bien en tout cas elle s'élève, va bien mais elle a toujours sa
174 douleur ? et euh... voilà fin, voilà ce que je me demande c'est est-ce que j'ai bien fait de la renvoyer se
175 quel je savais ?
176 INT: Elle aurait pu ne pas repartir sur ses deux jambes ?
177 MK: Oh non, non quand même je j'aurais pas tute, fin j'espère pas mais voilà ça je trouve
178 que... ça redonne bien peut-être un peu ce qu'on fait, c'est que... fin, nous me concernant je suis vraiment
179 parler pour moi, c'est que si j'ai un doute, si je suis pas sûr, si bah, je prends peut-être trop de
180 précautions je suis pas, mais... voilà. Après, je me dis même l'histoire de son médecin ça aurait peut-
181 être pu attendre les deux semaines, mais peut-être pas donc j'ai pas, je préfère être sûr, je suis pas,
182 je suis pas si voilà, y'a beaucoup de doute, finalement. Voilà ?
183 INT: Et qu'elles sont donc ces certitudes ? Est-ce que tu en as ? Et si oui lesquelles ?
184 MK: Hum... certitudes... (souffle) (rire) je pense que j'ai bien fait quand même, voilà. C'est...
185 même si c'est pas dans le protocole, qu'il fallait pas faire comme ça, j'estime que, dans ma prise en
186 charge, ben voilà je j'aurais fait pareil peut-être même être étonné parce que, c'est euh bah c'est ma
187 mémoire en fait c'est mon propre ressenti, c'est, voilà, et, ben peut-être que la patiente est déçue je
188 me dis aussi, elle aurait peut-être préféré être manipulée, euh... forcément aller mieux, mais encore
189 une fois que moi ? a eu des éléments du bilan, qui n'étaient pas non plus hyper alarmants ou aggravant
190 mais c'est plus le contexte de soin en fait qui m'a perturbé, voilà. Je, voilà ou j'en suis ?
191 INT: Très bien et est-ce qu'il y a autre chose à ajouter éventuellement ?
192 MK: Bah euh, moi je vous remercie de me faire participer en fait à des expérimentations comme ça,
193 même si ça me stress beaucoup de faire euh, voilà des, ce type d'expérimentation, voilà venir au
194 cabinet comme ça samedi après-midi mais je trouve ça génial. Je vous suis bah très reconnaissant je
195 suis hyper euh... ben, j'ai suis impressionné par tout ce que vous faites toi, Etienne et tous les autres
196 ben l'équipe et euh, vraiment bravo et merci merci, merci. Voilà moi vous m'apportez un
197 dynamisme et une, quelque chose que j'aurais nulle part ailleurs je pense (rire) ?
198 INT: (rire) ?
199 MK: Ou c'est ma petite déclaration d'amour pour toi et Etienne c'est vrai je vous remercie
200 franchement euh, ?
201 INT: Ok ?
202 MK: Même si c'est beaucoup de stress pour moi c'est de l'organisation c'est beaucoup de choses,
203 j'apprends mais en fait à chaque fois que je mets un pied avec vous au cabinet, à l'école ou ailleurs,
204 bah j'ai successivement des choses et c'est mes vœux ?
205 INT: Et qu'est-ce que t'as appris là ?
206 MK: Et ben euh... j'ai appris euh, à essayer de gérer une situation de soin, autrement que ce que je
207 fais d'habitude, dans un cadre bien défini et du coup euh, bah pour moi c'est complètement nouveau
208 quoi fin, je savais pas comment j'allais me comporter, l'attitude que j'allais avoir, est-ce que j'allais

209 être moi-même, je suis même pas si j'étais moi-même en fait je suis pas, mais voilà c'est du doute
210 c'est des certitudes c'est (souffle) plein de choses, ça fait flipper, vous me faites peur (rire) ?
211 INT: (rire) ?
212 MK: Un petit peu de temps en temps mais, voilà j'adore, j'adore vraiment ce que, tout ce que vous
213 apportez fin je peux dire je parle en mon nom, mais je pense que sur le plan national international et
214 j'en passe, merci ?
215 INT: Merci en tout cas ?
216 MK: Ah non non... ?
217 INT: De t'être présente au jeu et ?
218 MK: Ah non ?
219 INT: Et tu sais évidemment ?
220 MK: Ah non mais j'ai, j'ai suis impressionné ?
221 INT: (rire) ?
222 MK: Non vraiment Frédéric c'est fini, mais je suis impressionné (inspire fort) ?
223 INT: (rire) Oh ?