

RAISONNEMENT CLINIQUE ET UNIVERSITARISATION DE LA FORMATION INITIALE EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE : QUAND LES NOUVEAUX ÉTUDIANTS VONT POUSSER LES TUTEURS À SE FORMER

Delphine GUYET

Docteure en sciences de l'éducation

Université de Rouen Normandie, Laboratoire CIRNEF, EA 7454

RÉSUMÉ

Dans le contexte de la réingénierie des études initiales de kinésithérapie, nous souhaitons dans le cadre d'une recherche doctorale comprendre l'activité de transmission et d'apprentissage du raisonnement clinique. Celui-ci est défini comme « un processus de pensée et de prise de décision qui permet au clinicien de prendre les actions les plus appropriées dans un contexte spécifique de résolutions de problèmes de santé. Il implique la construction de récits afin de donner un sens aux multiples facteurs et aux intérêts relatifs à la tâche de résolution de problèmes. » (Higgs, 2008). Considéré comme vecteur de la réussite de la réforme, alors qu'il s'apprenait dans l'action, par expérience, l'apprentissage du raisonnement clinique est maintenant institutionnalisé, mis en œuvre à l'institut de formation et évalué en stage. Nous souhaitons comprendre comment la transmission du raisonnement clinique se déroule, avec des patients réels, en situation écologique de soins en libéral lorsque l'étudiant, sous la supervision de son tuteur de stage, rencontre pour la première fois ce patient. Nous nous sommes appuyés sur les caractéristiques des métiers du lien avec le double registre de compétences (Piot, 2009) pour décrire les particularités de la kinésithérapie et de notre situation d'observation. Cet article s'inscrit dans le champ de la didactique clinique professionnelle, composée de notions de la didactique professionnelle et de la démarche clinique. Nous avons étudié cinq triades patient/étudiant .praticien au moyen d'entretiens libres individuels avant la séance, d'enregistrement de la séance et d'hétéroconfrontation à la séance. Notre propos est centré, dans cet article, sur les ressources pragmatiques ordinaires et des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive (Piot, 2015) mobilisées par les tuteurs. Ceux-ci mobilisent différemment leurs registres de ressources pragmatiques ordinaires, se centrant sur les savoirs biomédicaux, les gestes techniques, l'écoute du patient. Le registre des ressources d'analyses cliniques professionnelles et réflexive, qui renvoie à la capacité de problématiser la situation clinique, dite raisonnement clinique sont peu mobilisées, ce qui pose la question de cette transmission du raisonnement professionnel en ces temps d'universitarisation de la formation. Quelle ingénierie pour une formation au raisonnement clinique en situation de stage ?

MOTS CLÉS

Ingénierie, raisonnement clinique, formation initiale, stage, tutorat

INTRODUCTION

La kinésithérapie fait actuellement l'objet d'une réingénierie de ses études depuis 2015¹, dans la lignée des accords de Bologne, et de l'uniformisation du processus LMD européen. La réforme a entraîné un allongement de la durée des études d'une année sans obtention de grade universitaire, avec une nouvelle maquette de formation basée sur le même modèle que l'ensemble des autres professions paramédicales qui vise un « praticien réflexif sachant agir avec pertinence » dans le droit fil de ce que Schön (1993) avait proposé. Nous nous intéressons plus particulièrement au raisonnement clinique défini comme « un processus de pensée et de prise de décision qui permet au clinicien de prendre les actions les plus appropriées dans un contexte spécifique de résolutions de problèmes de santé. Il implique la construction de récits afin de donner un sens aux multiples facteurs et aux intérêts relatifs à la tâche de résolution de problèmes. » (Higgs, 2008). Considéré comme vecteur de la réussite de la réforme, l'apprentissage du raisonnement clinique est maintenant pris en compte dans le référentiel de formation, mis en œuvre au travers des UE à l'institut de formation et évalué en stage. Autrefois appris sur le tas, il est désormais intégré dans plusieurs UE, de différents domaines : intervention en kinésithérapie, théorie en réadaptation, formation clinique en situation. Une UE dite intégrative (UE 10) nommée « démarche et pratique clinique ; élaboration du raisonnement professionnel et analyse réflexive » positionne le raisonnement clinique comme une compétence « cœur de métier ». Il s'adresse *in fine*, à un patient, dont l'état de santé, l'équilibre fonctionnel biologique peut se dégrader par une mauvaise prise de décision et un défaut d'action. Il est la résultante d'une activité intellectuelle qui ne se voit pas (Nendaz, 2005) et se traduit en actes professionnels. Du fait de sa spécificité pour chaque métier, il est un signe de reconnaissance entre pairs par l'utilisation du jargon professionnel. Considéré comme l'une des trois composantes de la compétence clinique (Charlin, 2003) avec les connaissances et les habiletés cliniques, techniques et interpersonnelles, il est au cœur des pratiques professionnelles et une proposition de conceptualisation a été réalisée (Charlin, 2012). Bien qu'il soit très travaillé pour ce qui est de la formation médicale, depuis de nombreuses années, un modèle conceptuel en masso-kinésithérapie française n'est pas formalisé. Nous nous intéressons aux situations de transmission - apprentissage du raisonnement clinique lors de pratiques ordinaires dans un cabinet libéral et non pas à celles qui sont réalisées au centre de formation sur patients simulés (Bourget, 2013). Nous cherchons à comprendre comment le raisonnement clinique se transmet lorsque le praticien reçoit un étudiant durant son parcours de stage au sein de son cabinet, ce que les tuteurs transmettent et comment ils le transmettent. Notre étude se situe dans une méthodologie qualitative centrée sur l'analyse du discours des personnes en interaction alors qu'habituellement l'analyse de la transmission du raisonnement clinique est centrée sur l'efficacité de techniques dans une perspective biomédicale (Boyd, 2011). Dans une première partie, nous exposons les particularités des métiers du lien en nous appuyant sur les deux types de compétences relationnelles et diagnostiques décrites par Piot (2015). Puis, nous décrivons pourquoi la kinésithérapie, compte tenu de ses caractéristiques professionnelles centrées sur une approche intersubjective et corporelle, peut être considérée comme un métier du lien. La pratique professionnelle étudiée ici est située dans un cabinet libéral, dans une activité

¹ Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute

quotidienne ordinaire d'un quotidien de praticien soignant et non dans une pratique institutionnelle prescrite. Nous nous appuyons sur le courant de la didactique professionnelle et des savoirs professionnels pour analyser cette activité (Pastré, 2011 ; Van Hulle, 2008) en utilisant des entretiens et des hétéroconfrontations face à la vidéo de la séance de soins réalisée par l'étudiant sous la supervision du tuteur.

CADRE THÉORIQUE : UNE DIDACTIQUE CLINIQUE PROFESSIONNELLE

Ce travail de recherche se situe dans une démarche de didactique clinique professionnelle. Elle articule des concepts et notions de la didactique professionnelle et des savoirs professionnels, des notions de la démarche clinique pour comprendre ce qui se joue dans la construction de la professionnalité de l'étudiant en masso-kinésithérapie. Dans cette partie, nous présentons dans un premier temps les particularités des métiers destinés à autrui en particulier dans un métier du soin. La masso-kinésithérapie est un métier du lien car le professionnel tend à resituer le patient dans son autonomie, donc à considérer le patient comme un sujet, en utilisant une pratique professionnelle corporelle intersubjective engageant le corps du patient et celui du professionnel. Puis, dans le contexte de la didactique professionnelle (Pastré, 2011), nous développerons les registres de ressources proposés par Piot (2015) pour les sciences infirmières et les adapterons à la rééducation/réadaptation. Dans le cadre de la didactique clinique professionnelle, et compte tenu des particularités des métiers du lien et de celles de la kinésithérapie, « une coproduction entre geste et parole » (Olry, 2015), nous considérons que les discours sont partie prenante de l'activité d'un masseur kinésithérapeute en situation. La communication entre les acteurs est un des moyens privilégiés de rendre compte de la coopération au sein d'une équipe caractérisée par une asymétrie d'expertise (Remery et Fillietaz, 2017).

MÉTIER DU LIEN

Selon Piot (2009, p. 263), le travail des métiers de l'interaction humaine correspond à une activité où la production du travail s'adresse à un individu avec pour objectif son développement. Il a distingué un double registre de compétences : « d'une part des compétences sur l'objet de service qui correspondent [...] aux techniques de soin pour l'infirmière [...] et d'autre part, des compétences communicationnelles et relationnelles ». Ces compétences relationnelles permettent de mettre en place une relation de confiance qui permet la subjectivation des besoins parfois très implicites. Dans ce double registre, se trouve ainsi intégré le registre des savoirs constituant la compétence « raisonnement clinique », que Maubant (2013) a distingué en compétences de diagnostic et de conception avec mise en œuvre du traitement. C'est sur la qualité de ces dernières, que les sujets bénéficiaires du soin jugent de l'efficacité du traitement en fonction de l'importance des interactions produites et de l'analyse des bénéfiques produits. Ce métier du lien a alors la caractéristique d'être adressé à un sujet et à son corps, ce qui en fait un double sujet-objet.

Le kinésithérapeute, d'après la définition des métiers du lien de Piot (2009) et celle de Maubant (2013) qui s'appuie sur la psychologie cognitive de Savoyant (1997), réalise une double démarche professionnelle, l'une s'adresse à la relation avec le patient au niveau subjectif, le corps-sujet, et l'autre s'adresse à la compréhension du corps-objet par l'interprétation de ces signes cliniques à travers la démarche de

raisonnement clinique. Comme l'objet du soin n'est pas la maladie mais la personne, le professionnel a à co-construire en permanence avec le patient un parcours clinique kinésithérapique basé sur « la rencontre » (Olry, 2015) processus d'interaction patient/soignant, orienté par une relation de confiance, et tenant compte des savoirs, des actions, des ressentis, de la personnalité du patient (Zarifian, 2015).

LES PARTICULARITÉS DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE MASSO-KINESITHÉRAPIQUE

La recherche sur l'activité professionnelle kinésithérapique, en analyse du travail (Olry, 2003 ; Balas, 2012 ; Parage 2015 ; Froissart 2016 ; Olry 2015 ; Olry et Froissart, 2017 ; Froissart, 2018) a mis en avant plusieurs caractéristiques concernant le déroulement d'une séance, son activité gestuelle, ses savoirs. Cette profession est fondée sur une triade patient/soignant/corps, dans une recherche de mobilisation du corps du patient. Elle a pour but d'apporter une indépendance fonctionnelle² au patient. Le praticien intervient sur indication médicale qualitative, depuis 2000, avec des intitulés³ qui ne renseignent pas sur l'état de santé du patient. Notre étude s'intéresse à la triade professionnel /patient / étudiant et non seulement à une relation duelle entre praticien / patient (Olry, 2015) ou entre praticien / praticien remplaçant (Olry, 2003) ou entre formateurs (Parage, 2015). Cette triade en situation de formation est peu étudiée dans les métiers du soin (Remerey et Fillietaz, 2017). Lors de la séance, l'une des premières étapes (Olry, 2003) est la mise en évidence d'une problématique de soin en réalisant une enquête au sens de Dewey (2004) dans un contexte d'incertitude. Pour Olry, le geste thérapeutique réalisé envers le patient va au-delà d'un geste technique. C'est un geste professionnel incorporé, dans la double tâche de gestes automatisés et réalisés avec son propre corps, approprié à la situation du soigné avec la distance thérapeutique adaptée aux buts poursuivis. Cette distance thérapeutique est un marqueur du métier, tout comme le référentiel sensitif professionnel commun (Olry, 2015). Ce référentiel empirique, partie prenante du répertoire des gestes professionnels, est transmis de pair en pair, à l'institut et en stage, l'étudiant devant ressentir, dans son corps, les sensations à percevoir lors de manifestation clinique du bilan d'une articulation. Par exemple le stagiaire doit apprendre à ressentir une « sensation plastique », qui se manifeste par un arrêt brutal avec résistance visqueuse lors d'un problème musculotendineux (Dufour, 2009). La particularité de l'identité professionnelle du kinésithérapeute est le « corps à corps » (Olry, 2015). L'acquisition de ce référentiel sensitif est une « coproduction entre geste et parole » par un corps médiateur, objet du soin et effecteur du soin. À travers l'apprentissage par le corps, véritable incorporation, les valeurs professionnelles sont transmises (Faure, 2000) et des programmes d'actions perceptives et cognitives sont élaborés par le futur professionnel permettant le développement d'habiletés motrices ou psychomotrices. Le raisonnement clinique en thérapie physique a été conceptualisé comme intégrant les compétences cognitives, psychomotrices et affectives (Huhn, 2018). Du fait de ce « corps thérapeutique » (Prel, 2001), il y a autant de pratiques professionnelles qu'il y a de kinésithérapeutes et qu'il y a de patients. Comment le tuteur de stage prend-il en compte, dans la formation de l'étudiant stagiaire, ces différents aspects de la complexité de l'apprentissage des gestes professionnels ?

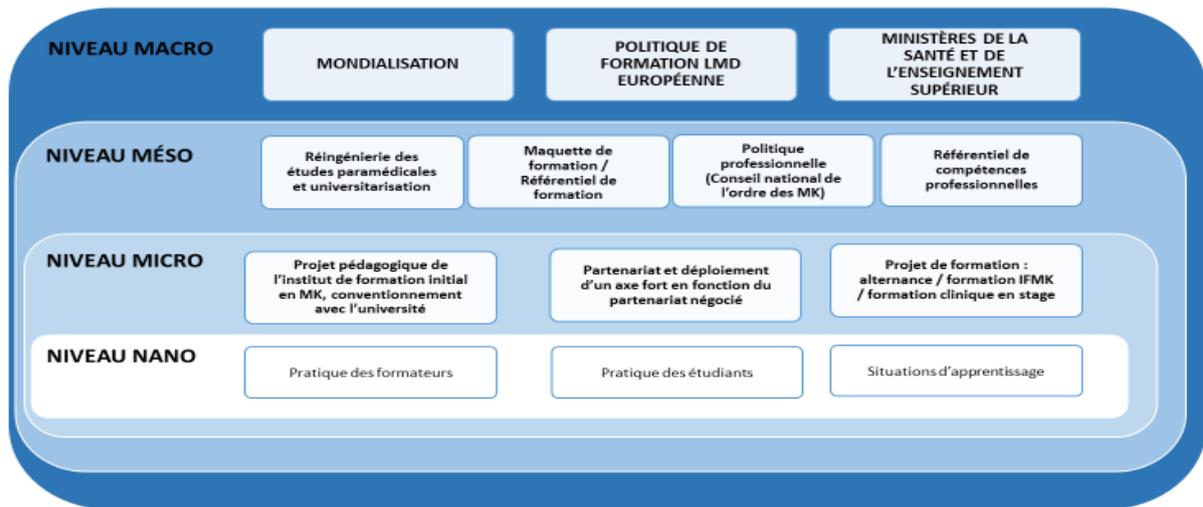
² L'indépendance fonctionnelle est la capacité pour une personne de réaliser sans aide humaine les gestes de la vie quotidienne.

³ Exemple d'intitulé de prescription médicale : faire pratiquer des séances de kinésithérapie pour douleurs rachidiennes.

UN NIVEAU NANO AU CŒUR DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Dans les métiers adressés à autrui, apprendre ne peut se faire sans prendre en compte le service à rendre au public, les politiques publiques dans lequel le métier s'insère, et les personnes qui composent le groupe professionnel (Figure 1).

Figure 1. *La kinésithérapie, un contexte multidimensionnel*



Quatre niveaux sont à regarder lorsque l'on s'intéresse aux situations formatives qui permettent à un novice de devenir un professionnel. Le niveau macro représente les politiques publiques de formation issues des Ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur, insufflées par les directives européennes et la mondialisation. Le niveau méso est celui de la conception de la formation en correspondance avec la maquette de formation et le référentiel de formation et de compétences professionnelles. Le niveau micro qui correspond à la conception pédagogique de la formation (Maubant, 2013) dans lequel chaque institut de formation initiale va déployer son projet pédagogique en tenant compte de l'« histoire » de son institut et de ses grandes orientations (Monet, 2003). Un quatrième niveau encore en deçà du micro constitue un niveau nano. Il s'agit d'un niveau plus clinique, dans le sens « au chevet du malade » ; c'est le niveau de la pratique des formateurs et des apprenants. Ce niveau, en deçà du micro, concerne alors l'enseignement et les situations pédagogiques mises en place au sein des instituts et des terrains de stage pour accompagner plus particulièrement l'étudiant dans sa construction professionnelle. L'apprentissage du raisonnement clinique s'insère dans les quatre niveaux puisque son institutionnalisation intervient dans un souhait d'universitarisation des métiers du lien, de professionnalisation des professionnels et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins probants destinés aux patients par une recherche d'économie des coûts de santé et de « zéro risques » (CNOMK, 2017 ; Plan ma santé 2022). *Réingénierie* n'est-il pas un terme venu de l'industrie et du management signifiant une recherche d'efficacité associée à une réorganisation ? L'institutionnalisation du raisonnement clinique va entraîner une réorganisation des pratiques professionnelles, un bouleversement des pratiques de formation et de la professionnalité des formateurs, en lien avec l'universitarisation de la formation et de son appui sur la recherche (Perez-Roux, 2019).

Dans ce travail, nous nous situons plus précisément au niveau nano, celui des pratiques ordinaires et de la situation pédagogique mise en place par le praticien libéral au sein du stage. Concernant ces pratiques « ordinaires », l'Organisation Mondiale de la Santé a établi qu'il y avait un écart, « the know-do gap », entre les pratiques appliquées et celles qui devraient l'être compte tenu de l'état actuel des connaissances liées à la recherche (WHO, 2005). Le raisonnement clinique du kinésithérapeute constitue une véritable « activité créative » (Betton, 2015) utilisée au quotidien par le professionnel, d'une part dans la réalité de la situation de soin face aux imprévus, aux aléas, à ses propres difficultés de déchiffrement de la situation clinique du patient, et d'autre part, dans la réalité de la situation pédagogique avec le hasard de la rencontre de l'étudiant, de sa personnalité, de ses valeurs, de sa représentation du métier. Quelle ingénierie pédagogique le professionnel dans son activité ordinaire, tuteur non expert mais expérimenté au sens de Dreyfus et Dreyfus (cité par Benner, 2003), met-il en œuvre pour la transmission du raisonnement clinique en situation de stage lors de la formation initiale de l'étudiant ?

DIDACTIQUE PROFESSIONNELLE

Notre propos s'inscrit dans le champ de la didactique professionnelle que Pastré (2011) a défini comme l'analyse du travail en vue de la formation et prend appui sur les résultats d'une recherche doctorale. L'objet de la didactique professionnelle est l'activité d'apprentissage. Elle cherche plus la compréhension du savoir-faire que du savoir théorique. En effet, pour elle, de nombreux savoirs sont implicites et ne nécessitent pas d'être explicites pour être utilisés dans la réalisation d'une activité. Les chercheurs en didactique professionnelle analysent l'activité effectivement réalisée en situation, de manière à repérer ce que les professionnels disent de leurs actions et ce que leurs actions disent de leur identité professionnelle, en recourant notamment au visionnage de leur activité et au débat qu'il suscite (Pastré, 2011).

Piot (2015), en analysant des enquêtes sur le terrain de personnels soignants, a proposé une modélisation des registres de ressources utilisées par les néo-professionnels pour agir avec compétence : il a distingué des ressources pragmatiques ordinaires et des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive. Le registre des ressources pragmatiques ordinaires est constitué à la fois de gestes pratiques, de savoirs biomédicaux, en accord avec les références théoriques du référentiel de formation. Le registre d'analyse clinique professionnelle et réflexive résulte d'un travail d'enquête et de construction du problème posé par le patient et sa situation clinique. Il permet « de dépasser les routines naissantes et de mettre en place une posture de problématisation (Fabre, 2009) productrice de savoir-agir adaptés (Piot, 2015). Cette compétence à problématiser la situation clinique du patient est nommée « raisonnement clinique » dans les référentiels de formation paramédicaux et est liée non seulement aux qualités professionnelles mais aussi à des éléments du contexte professionnel. En nous basant sur les qualités professionnelles rééducatives et les éléments du contexte, nous avons adapté le registre proposé pour les sciences infirmières à la kinésithérapie. Le registre des ressources pragmatiques ordinaires est alors constitué à la fois de gestes pratiques, de savoirs biomédicaux, de l'outil corps, des compétences professionnelles du référentiel. Le registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive peut être rapproché des étapes du raisonnement clinique décrites par Charlin (2012), avec la recherche des éléments clefs, des hypothèses avec leurs tests et des propositions de solutions (Tableau 1).

Tableau 1. *Registre des ressources utilisées par les professionnels adaptés au métier de kinésithérapeute d'après Piot (2015)*

Registre des ressources pragmatiques ordinaires	Compétences du référentiel kinésithérapique Gestes techniques Le patient et son écoute Origine de l'expérience : stage/IFMK Savoirs biomédicaux Son propre corps
Registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive	Recherche des éléments clés (étape 1 du raisonnement clinique) Hypothèses (étape 2 du raisonnement clinique) Tests d'hypothèses (étape 2 du raisonnement clinique) Proposition de solutions (étape 3 du raisonnement clinique)

DÉMARCHE ET MÉTHODOLOGIE

Notre démarche cherche à comprendre l'activité réellement effectuée en situation écologique de soin lors d'un stage libéral du parcours de formation clinique. L'étudiant réalise, sous la supervision d'un praticien libéral, sa première séance de soin pour un « malade », venant habituellement se faire soigner dans ce cabinet libéral.

PARTICIPANTS

Les sujets sont des professionnels libéraux (Béa T2, Sam T3, Jean T4, Chris T5, Léo T7) volontaires pour recevoir des stagiaires dans le cadre du parcours de stage obligatoire de leur formation initiale, au sein de leur cabinet. Ils sont aussi volontaires pour participer à cette étude d'une pratique « ordinaire », en situation réelle (écologique) de soins et de tutorat dans le cadre habituel de leur activité. Un praticien libéral devient tuteur suite à l'agrément de son cabinet par le directeur de l'institut, après avis du conseil pédagogique, selon 4 critères réglementaires. Il n'existe pas à ce jour de formation obligatoire et codifiée pour devenir tuteur ; une circulaire précise un cahier des charges possible. Dans le cadre de cet article, nous nous focalisons uniquement sur les tuteurs. Les étudiants et les patients ont fait l'objet d'un travail plus complet (Guyet, 2019).

RECUEIL DE DONNÉES

Pour l'ensemble de la thèse, notre recueil de données a été réalisé auprès de 5 triades « patient/kiné/étudiant » d'avril à décembre 2016. Il comprend cinq corpus : les entretiens individuels des tuteurs et des stagiaires avant la séance de soin, l'enregistrement audio de la séance, l'enregistrement vidéo de la séance et l'hétéro-confrontation à la vidéo après la séance. Dans le cadre de cet article, nous ne retenons que les discours des tuteurs pendant l'entretien individuel et l'hétéroconfrontation.

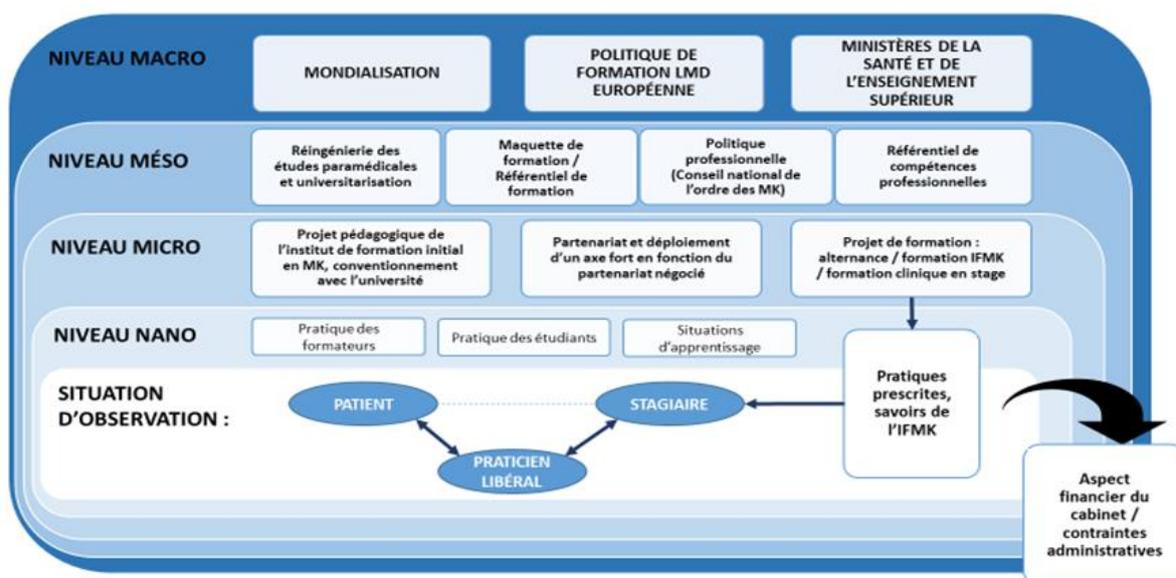
La rencontre du tuteur a eu lieu avant la séance de soin avec le patient. Nous avons utilisé la méthodologie de l'entretien clinique de recherche (Castarede, 1983). L'entretien s'est déroulé par entretien libre non directif de recherche à partir d'une consigne initiale : « vous allez superviser une séance de soin qui va être réalisée auprès d'un patient par votre stagiaire ; comment vous y prenez-vous dans votre pratique de tous les jours pour encadrer un stagiaire ? ». Cet entretien réalisé en amont de la séance de supervision nous indique les déclarations que font les tuteurs sur leur pratique de tutorat, sur leur rôle dans la transmission du raisonnement clinique, lors de la supervision d'un stage.

SITUATION D'OBSERVATION

Il s'agit d'une situation de soin réelle, le patient vient pour réaliser sa séance, suite à une plainte fonctionnelle et à une prescription médicale. Il y a un enjeu « financier » lors de cette séance. Le patient doit, malgré le dispositif de recherche, avoir une séance réelle de soins (et non pas une séance simulée comme dans un centre de formation). Depuis la loi des droits des malades du 4 mars 2002, le patient est replacé dans une position de sujet à qui un soin est destiné, et non dans une position d'objet de soins, de « matériel d'enseignement » (Spencer, 2010). Il co-construit le soin avec le professionnel de santé, conformément au modèle conceptuel du raisonnement collaborateur de Higgs et Jones (2008) sur lequel les sciences de la rééducation/réadaptation reposent.

L'étudiant est en formation initiale et réalise son parcours de stage ; il rencontre le patient pour la première fois et doit réaliser un examen clinique de ce patient pour parvenir à établir un diagnostic masso-kinésithérapique de la situation présentée par le patient afin de proposer un plan de traitement adapté (Figure 2).

Figure 2. La situation d'observation



Nous avons réalisé une analyse thématique du discours des tuteurs à l'aide du logiciel N'vivo basée sur leur pratique déclarative lors des entretiens afin de repérer les registres de ressources pragmatiques et d'analyse clinique professionnelle et réflexive. Cette recherche des deux types de registres intervient dans le cadre de l'analyse de l'activité professionnelle d'un métier du lien où deux types de compétences sont décrites. Nous avons réalisé, dans le cadre de notre thèse, le travail d'identification de la structure conceptuelle en tenant compte de ces deux types de compétences. Dans le cadre de cet article nous ne présentons que l'analyse du discours des tuteurs au sujet de leur pratique.

QUELLE UTILISATION DES REGISTRES DE RESSOURCES PAR LES TUTEURS ?

Pour réaliser une analyse de la transmission du raisonnement clinique, nous avons cherché à regarder des situations écologiques de soins réalisées dans un cabinet libéral de kinésithérapie, pendant la formation clinique du parcours de stage d'un étudiant.

UNE SITUATION PRODUCTIVE

Il s'agit d'une activité productive de travail, et non d'une situation d'apprentissage du soin comme cela peut se rencontrer dans les cliniques d'apprentissages de la formation clinique (Plan Ma santé 2022). Ici les situations de soins ne sont pas organisées pour l'étudiant mais dans le cadre habituel d'un exercice professionnel d'un praticien tirant son revenu de cette activité centrée sur le patient ; les situations ne tiennent pas compte du niveau et de la progression de l'étudiant.

L'apprentissage de la kinésithérapie repose traditionnellement sur le compagnonnage, lors de situations de soins, qui ne sont pas conçues comme des situations didactiques. Se pose alors le problème de l'homogénéité dans les apprentissages, ainsi que celui du risque pour les patients.

Cette transmission est très dépendante du praticien. La personnalité du praticien et le rôle social qu'il s'attribue contribuent à cette transmission très individualisée et personnelle. La personnalité du thérapeute, son éducation, son expérience, ses connaissances, sa prise en considération du patient comme une personne interviennent dans sa manière d'agir, dans sa manière de faire « vivre » son métier, dans ses décisions cliniques (Holdar, Wallin et Heiwe, 2013). Sans doute l'immersion en stage libéral participe de l'identification aux pairs, et de la transmission des gestes et des savoirs par imprégnation (Delbos et Jorion, 1984).

LES RESSOURCES UTILISÉES PAR LES TUTEURS

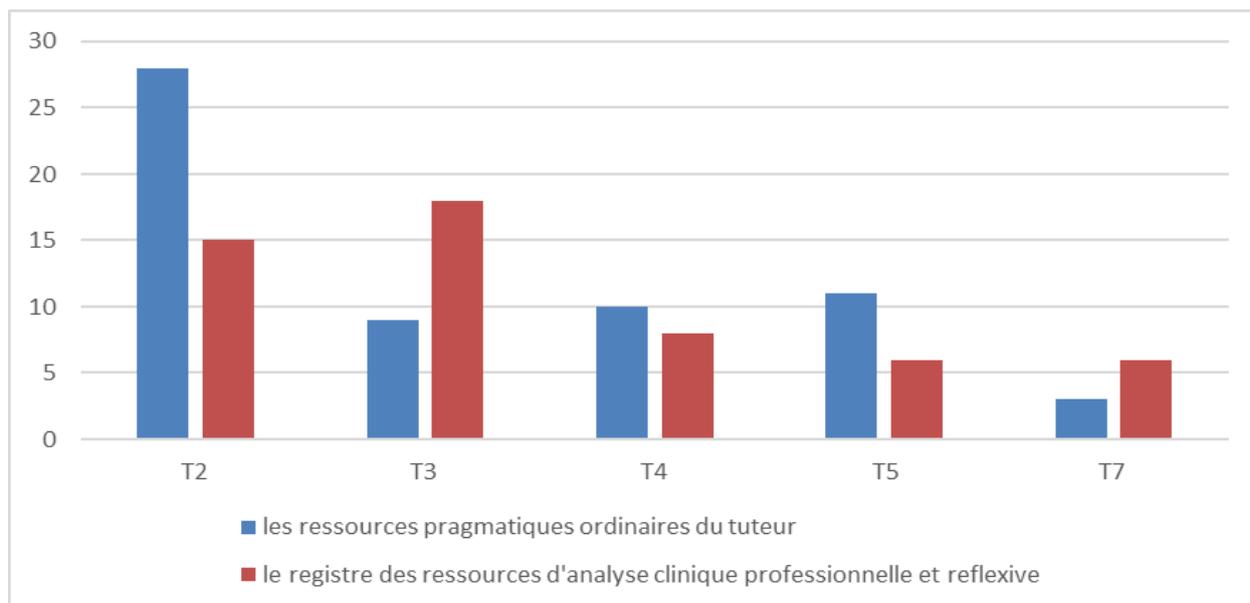
Nous avons représenté graphiquement la présence, dans les discours, des indices des ressources utilisées par les tuteurs, selon les deux catégories proposées par Piot (2015) à savoir les ressources pragmatiques ordinaires et le registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive (Figure 3).

RESSOURCES PRAGMATIQUES ORDINAIRES

Les tuteurs de notre étude ont des caractéristiques particulières que nous allons détailler par la suite. Ils utilisent différemment leurs ressources pragmatiques ordinaires et le registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive. Leurs ressources pragmatiques ordinaires ne sont pas de même

nature : savoirs biomédicaux, empathie, gestes technologiques. Le registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive peut être rapproché des étapes du raisonnement clinique, avec la recherche des éléments clés, des hypothèses avec leurs tests et des propositions de solutions. (Figure 3) Nous avons représenté graphiquement la présence des items dans les discours à partir de l'encodage réalisé avec l'aide du logiciel N'Vivo.

Figure 3. « Ressources pragmatiques ordinaires » et « registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive » dans les discours des tuteurs



Bea T2 a davantage utilisé, dans son discours, ses ressources pragmatiques ordinaires comparativement à son autre registre de ressources. Sam T3 a majoritairement utilisé son registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive. Jean T4 a sensiblement le même nombre d'éléments présents pour les deux types de ressources. C'est sa première expérience d'encadrement de stagiaire. Chris T5 a eu peu recours à la catégorie des registres d'analyse. Est-ce dû à leur faible nombre d'années d'expérience ?

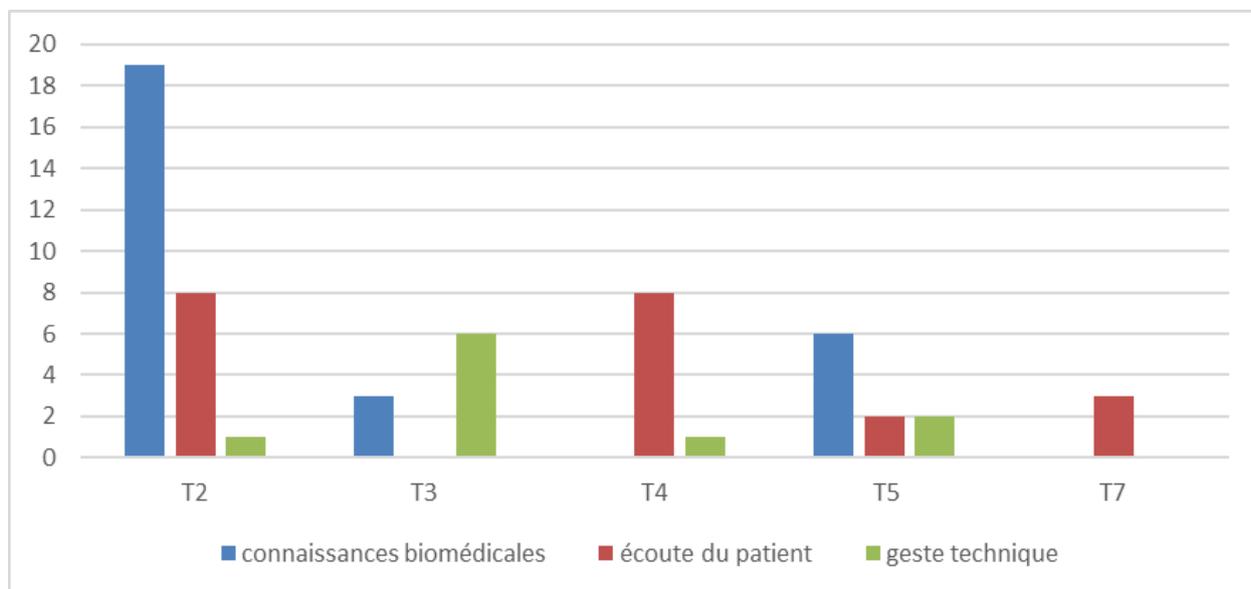
Chris T7 : cela manque parfois on a beaucoup de choses à apprendre par cœur et ce côté réflexif moi je m'en rends compte même moi quand j'étais stagiaire on a beaucoup de mal à réfléchir hors des cases et que c'est la progression moi en tout cas personnellement je ressens que maintenant je sais réfléchir et qu'avant enfin je le faisais moins et moins facilement c'est vraiment ça que je recherche

LES SOUS CATÉGORIES DES RESSOURCES PRAGMATIQUES

Cependant, le registre des ressources pragmatiques des tuteurs révèle des diversités selon les tuteurs. Nous avons sous-catégorisé ces ressources selon trois catégories : les savoirs biomédicaux, l'écoute du patient et les gestes techniques (Figure 4). La répartition des éléments est hétérogène. Certains tuteurs privilégient les savoirs biomédicaux (Bea T2 ; Chris T5) tandis que d'autres favorisent l'écoute du patient (Jean T4, Léo T7). Chris T5 recherche plutôt la référence aux savoirs biomédicaux ; il semble dans un modèle *Evidence*

base practice prégnant. Dans ses propos, Chris T5 cite de nombreuses études validées pour étayer ses choix techniques et est peu centré sur les deux autres piliers de ce modèle que sont les besoins du patient et l'expérience du professionnel. Sam T3 est essentiellement centré dans ses propos sur le geste technique. Le regard porté sur l'étudiant va alors être conditionné par ce qui fait intérêt pour le tuteur.

Figure 4. Ressources pragmatiques ordinaires dans les discours des tuteurs



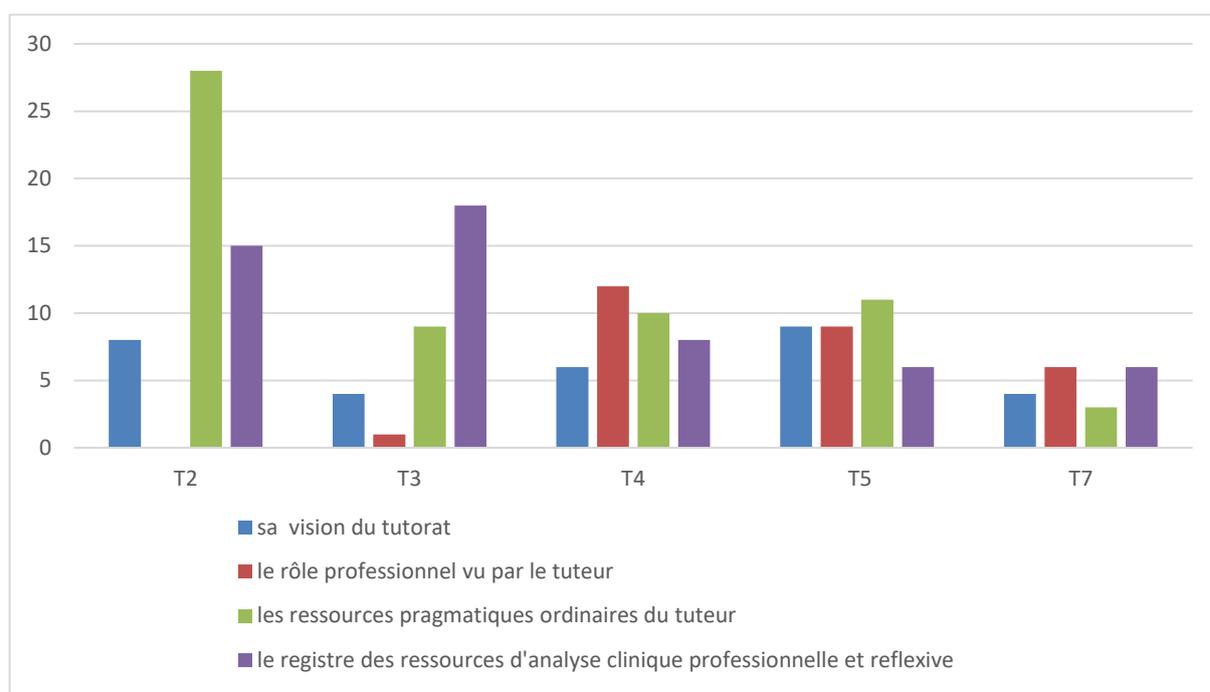
Ces résultats corroborent ceux obtenus par Parage (2015) lors d'une activité de conception dynamique d'une séquence pédagogique en formation initiale de masso-kinésithérapie. L'essentiel de la séquence était centré sur la programmation des séances et la gestion relationnelle du patient. Différentes situations types ont été repérées lorsque les formateurs ont élaboré au sein de leur groupe de travail, sous la supervision d'un chercheur universitaire pour la mise en place de la réforme des études et le changement de paradigme à opérer dans l'institut de formation, leur séquence pédagogique – telles que « *patient dérouté* », « *patient inquiet* ». Ce qui constitue manifestement pour les formateurs en formation initiale une préoccupation importante. La problématisation de la situation et l'élaboration du diagnostic masso-kinésithérapique ne représentaient qu'une partie minime de la séquence. Cette constatation fait écho, pour nous, à ce que Kunegel (2011) a déjà repéré dans la formation de mécanicien. Certaines activités de diagnostic ne sont pas réalisées pendant l'apprentissage mais en position de responsabilité professionnelle (Kunegel, 2011).

RESSOURCES UTILISÉES ET VISION DU TUTORAT

Nous avons cherché à croiser les données représentant les items « ressources pragmatiques ordinaires », « registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive », « rôle professionnel » et « vision du tutorat » (Figure 5). L'item « rôle professionnel » a été encodé selon les rôles professionnels définis par la définition réglementaire de la profession. L'item « vision du tutorat » a été encodé selon le modèle diachronique du tutorat développé par Kunegel (2011). Deux tuteurs semblent se démarquer avec des

éléments peu affirmés dans les items « rôle professionnel » et « vision du tutorat » alors que la présence des indices est forte dans les registres des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive (Sam T3, Jean T4) et les ressources pragmatiques ordinaires (Sam T3). Le registre d'analyse clinique professionnelle et réflexive, caractérisé par des schèmes requérant une thématization de la situation (Piaget, 1974), permet justement de dépasser les routines naissantes et de mettre en place une posture de problématisation (Fabre, 2009) productrice de savoir-agir adaptés (Piot, 2015). Compte tenu de la particularité de la profession, le professionnel devient compétent lorsqu'il a intégré le référentiel sensitif commun, et que celui-ci lui permet d'utiliser son corps comme outil et comme analyseur de la situation ressentie sous les doigts à l'image de la métaphore professionnelle *j'écoute pour que la main puisse sentir*. Chez les tuteurs, le rôle professionnel serait-il si incorporé qu'il n'aurait plus besoin d'être explicité ? (Figure 5)

Figure 5. Items « ressources pragmatiques ordinaires » et « registre des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive », « rôle professionnel » et « vision du tutorat » chez les tuteurs.



RESSOURCES UTILISÉES ET RÔLE PROFESSIONNEL

Sam T3 explicite son rôle social :

Sam T3 : *pour moi s'il n'y avait qu'un geste technique cela ne m'intéresserait pas c'est parce qu'il y a tout l'environnement et tout l'affect qui est autour*

Il fait aussi de son travail en province une différence de prise en charge. Y a-t-il des nécessités de compétences différentes entre professionnels libéraux urbain et rural ?

Sam T3 : *c'est cela aussi quand tu bosses en campagne enfin pour moi c'est ça aussi c'est cela qui fait le charme du métier c'est cela qui fait tout son intérêt*

Jean T4 interpelle sur l'obligation sociale du professionnel de santé, qui le différencie des autres professions de bien-être.

Jean T4 : *un kiné normalement il fait partie d'un parcours de soins donc il s'engage à mettre en place ses pratiques en fonction des recommandations qui sont basées sur la science ce qui nous départage des autres professions qui nous concurrencent normalement style ostéopathe [...] à partir du moment où l'on a une démarche de diagnostic on a vraiment un traitement qui est ciblé*

Leo T7 prône un rôle professionnel de praticien accompagnant et réflexif.

Leo T7 : *c'est vraiment quelqu'un qui accompagne c'est un des beaux aspects du métier que juste voilà faire pour faire je trouve que c'est intéressant de réfléchir pour faire et de réfléchir après ce que l'on a fait pour en tirer quelque chose de plus*

Dg : *c'est ça que tu appelles l'entonnoir et être pensant ?*

Chris T5 utilise les trois pôles du paradigme de l'*Evidence base practice* pour définir son exercice professionnel, un mélange de savoirs, de pratique sur le patient et d'expérience.

Chris T5 : *ne pas se reposer que sur l'expérience mais sur la théorie aussi et surtout sur ce que l'on voit en pratique je pense que la guideline cela va être ça une grosse partie de la théorie de ce qu'on sait du savoir que l'on renouvelle et en même temps une partie d'expérience quand même*

Sam T3 n'a pas abordé sa vision du rôle professionnel, il a surtout développé les difficultés à l'exercice du tutorat et sa vision de celui-ci.

Sam T3 : *l'argumentation derrière ils ne l'ont pas toujours donc c'est vrai que euh c'est bien d'en débattre c'est ce que je leur dis toujours c'est une façon d'avancer et de faire avancer donc ça c'est des choses qui nous nous compliquent un peu la tâche mais c'est normal*

Jean T4, quant à lui, expose les difficultés à avoir un stagiaire en présence d'un patient. Cette posture de tuteur demande de la diplomatie et un certain savoir-faire dans les réponses à apporter.

Jean T4 : *c'est gênant parce qu'un stagiaire il pose des questions du coup il faut répondre au stagiaire le patient il entend la réponse donc ça veut dire faut une réponse qui aille bien au stagiaire et au patient et ce n'est pas forcément toujours compatible et le stagiaire quelque part quand il pose des questions il ne s'en rend pas compte mais il teste les connaissances du thérapeute et il teste la réponse du thérapeute*

Il prévient aussi l'étudiant de leur posture professionnelle notamment par l'explicitation de l'effet placebo. Cela lui permet ainsi de relativiser l'importance accordée au tuteur par le patient relativement à celle du stagiaire. Il cherche aussi à interpeller l'étudiant sur les effets de la kinésithérapie qui ne sont pas seulement liés à la personnalité du professionnel.

Jean T4 : *moi je leur explique qu'il y a un effet placebo et que du coup mon geste est plus efficace que lui parce que lui est stagiaire et que moi je suis kiné et que moi j'ai un effet placebo supérieur au sien et après je leur*

explique qu'il y a cela mais qu'il n'y a pas que cela sinon l'effet placebo le kiné il ne servirait à rien ou il servirait pas à grand-chose et n'importe qui peut avoir un effet placebo au moins supérieur à celui du kiné

Sam T3 a pour vision du tutorat la transmission de l'expérience qu'il n'a pas trouvée dans les livres. Cette vision favorise-t-elle l'explicitation de « ses tours de mains » lors de l'hétéroconfrontation ? Est-ce une capacité à « problématiser de manière pragmatique des situations de soins complexes » (Piot 2015) ?

Sam T3 : je pense que l'expérience ne sera jamais remplacée par certaines choses il y a des choses que l'expérience t'amène et que personne ne t'apprend donc tu te dis que si tu peux faire bénéficier ton expérience et les leçons que tu tires de tes expériences à tes élèves

Sam T3 parle aussi de posture personnelle à adopter. Est-ce cette attitude personnelle qui facilite la prise en compte de l'étudiant ?

Sam T3 : ce sont des choses qui me choquent on traite les gens comme des numéros et des gens qui sont juste là pour gagner de l'argent on ne traite pas les gens comme cela on a des êtres humains en face de nous on n'a pas des boîtes de conserves

Un des tuteurs souhaite développer une certaine aisance chez l'étudiant.

Chris T5 : il faut avoir son idée parfaite il faut réussir à enchaîner tout naturellement de manière fluide disons essayer d'être assez fluide dans ce que l'on fait

ADOLESCENCE PROFESSIONNELLE

Chris T5 souligne l'importance de la réflexion pour son développement professionnel et celui de la profession. Il parle même de discipline personnelle à mettre en place au service de la profession comme s'il avait à endosser un rôle et à s'en persuader, comme s'il y avait une prise de conscience grandissante de la responsabilité vis-à-vis de son rôle social, de son rôle de professionnel de santé ; rôles qui nécessitent des connaissances. Comme si Chris T5 cherchait à se rapprocher d'un modèle expert. Cela fait écho, pour nous, à ce que Bossard (2001) nomme l'adolescence professionnelle qui correspond à la perte de repères chez le novice. Nous proposons de comprendre cet état de fait comme un signe de recherche d'identification aux modèles de la profession pour l'aider à se confronter à son identité de professionnel et de tuteur encore fragile pour chercher à se réassurer

Chris T5 : je veux être sûr qu'il y a une main derrière le cerveau euh un cerveau derrière ses mains

UNE VISION HÉTÉROGÈNE DU RÔLE PROFESSIONNEL

Les tuteurs ont une vision hétérogène de leur rôle professionnel. Celle-ci est fonction des ressources pragmatiques qu'ils utilisent. Ils n'ont pas une même vision concernant leur rôle de tuteur. Cette problématique semble commune à d'autres pays francophones (Côté, Perry et Cloutier, 2013). Cette hétérogénéité est vraisemblablement liée à la forme d'exercice particulière de ce métier en recherche de professionnalisation et reconnaissance disciplinaire. Ils utilisent majoritairement la transmission d'informations discriminantes comme forme d'étayage, sans doute en lien avec le mode de formation qu'ils ont reçu.

Les tuteurs insistent sur l'appropriation des techniques et connaissances pour pouvoir s'en détacher, exprimer sa pratique et ainsi exercer une technique prescrite efficace mais personnelle et adaptée au patient ; ce qu'ils ont surnommé « *l'adaptation à la vraie vie* ». Comme si les pratiques académiques devaient être pragmatisées pour pouvoir s'adapter au contexte situationnel (Ade & Piot, 2018) en requérant créativité et intelligence de la situation. À moins que cela ne soit l'expression du besoin d'endossement du rôle et du genre kinésithérapique avec la création de son style professionnel.

DISCUSSION

Nous nous interrogeons sur le dispositif de recherche mis en place, notamment en rapport avec la multiplicité des données recueillies : entretiens, observations vidéo et directe, hétéroconfrontation. En quoi toutes ces données servent-elles notre recherche ? Notre ingénierie de recherche n'est-elle pas, elle-même, une séquence d'apprentissage du raisonnement clinique ? L'entretien préalable n'est-il pas une anticipation du déroulement de la séance à venir, à l'image de la première étape du raisonnement clinique centrée sur le « recueil des indices clés dès les premiers instants » (Audetat, 2011 ; Charlin, 2012). Cette méthodologie ne serait-elle pas aussi un espace de formation pour le tuteur, qui est aujourd'hui amené à transmettre ce qu'il n'a pas appris pendant son cursus de formation, alors même que l'étudiant a été instruit sur cette nouvelle méthodologie ou façon de penser le métier du fait de la réforme des études ? Pourtant, à l'heure de la réingénierie de la formation, le diagnostic kinésithérapique et le raisonnement clinique qui le conditionne, sont considérés comme vecteurs clés de la réussite de cette réforme (Signeyrole, 2015). Quelle évaluation de la pratique et des difficultés des tuteurs pour une meilleure transmission de leur raisonnement clinique aux étudiants futurs professionnels afin de mieux traiter les patients, demain ?

CONCLUSION

Le raisonnement clinique est devenu un sujet « à la mode » dont les professionnels s'emparent. Mais de quoi parle-t-on ? A l'heure de la recherche d'économie de coûts de la santé, le risque du raisonnement clinique est d'être considéré comme une procédure à appliquer, permettant de former des professionnels selon l'archétype du bon professionnel interchangeable, polyvalent, respectant les règles de bonnes pratiques, comme si l'on souhaitait automatiser certaines étapes du processus de décisions et de pensée (Kahneman, 2012), plutôt que comme un processus personnel de réflexion. Comment définir et instrumenter le processus ?

Alors que la création de la discipline universitaire (CNU 91) vient d'avoir lieu et que le Conseil National de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes souhaite la création d'un statut de technicien en physiothérapie, l'évolution de la profession semble un peu à un tournant de son histoire, comme une adolescence professionnelle alors même qu'elle semble engagée dans un processus de professionnalisation (Pilotti, 2016). Les études ont été reformées et augmentées d'une année. Cependant aucune réflexion n'est engagée concernant la professionnalisation des formateurs et des tuteurs de stage (Perez-Roux, 2019), à l'heure de la création d'un corps enseignant universitaire.

Le modèle conceptuel du raisonnement clinique, qui fait actuellement référence, vient d'outre-manche (Huhn, 2018) ; l'organisation et le niveau de formation y sont différents, les superviseurs cliniques et les professeurs ont un grade universitaire obligatoire, les techniques pédagogiques d'apprentissage du raisonnement clinique font partie du cursus de base de tous les professionnels et formateurs. Peut-on transposer cette formation, sans tenir compte du contexte différent du système de santé français et du caractère encore très incorporé de la kinésithérapie française ? Quelle formation pour les maîtres d'apprentissage clinique ? Cette recherche permet de s'interroger sur les écarts (WHO, 2005) qui se creusent entre ce que les instituts de formation initiale apportent sur les savoirs de la recherche, du fait de la réingénierie, et les pratiques de terrains. Remery et Fillietaz (2017) ont montré toute l'importance des interactions langagières pour rendre compte de la fonction tutorale en situation, en présence de l'étudiant et du patient, et des adaptations réalisées au quotidien par le tuteur entre action de travail et action de formation lors du parcours clinique du technicien en radiologique. Ces registres d'interaction et de possibilité d'apprentissage en situation de travail ne sont pas mentionnés dans les programmes de développement de l'activité tutorale. La formation des tuteurs à ces modèles conceptuels doit être envisagée sans attendre que les nouveaux étudiants ne leurs donnent envie, voire ne les poussent à se former, à l'image de ce qui se trame dans d'autres pays anglophones où la formation est déjà universitaire (Knox, 2015). Une ingénierie pour une formation au raisonnement clinique en situation de stage est à inventer. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ade, D., Piot, T. (2018). *La formation entre universitarisation et professionnalisation, Tensions et perspectives dans des métiers de l'interaction humaine*. Rouen : PURH.
- Audetat, M. (2011). Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique. *Pédagogie médicale*, 12 (4), 223-229.
- Balas, S. (2013). Transmettre un métier ? L'exemple des masseurs kinésithérapeutes. *Biennale internationale du Cnam* (239, atelier 21). Paris : Cnam.
- Benner, P. (2003). *De novice à expert, excellence en soins infirmiers*. Paris : Masson.
- Betton, E. (2015). La créativité en formation : une question de pédagogie ? *Éducation permanente*, 202, 147-158.
- Bossard, L.-M. (2001). Soizic : une « adolescence professionnelle » interminable ? *Connexions*, 75, 69-83
- Bourget, A. (2013). De la formation préclinique à la formation clinique explicitation du développement du raisonnement clinique chez des étudiantes et des étudiants en médecine ayant suivi un programme basé sur l'apprentissage par problèmes. Thèse de doctorat en éducation. Université de Sherbrooke.
- Boyd, G. W. (2011). Education debate: clinical diagnostic reasoning. *Internal médecine journal, Royal Australian college of Physicians*.
- Castarede, M. (1983). L'entretien clinique à visée de recherche. in C. Chiland, *L'entretien clinique* (139-171). Paris : PUF.

- Charlin, B. (2003). L'évaluation du raisonnement clinique. *Pédagogie médicale*, 4, 42-52.
- Charlin, B. (2012). Clinical reasoning processes: unravelling complexity through graphical representation. *Medical education*, 46 (5), 454-63.
- CNOMK. (2017). Optimiser et décloisonner l'offre de soins autour du patient, Osons l'accès direct. *Colloque national*, 21 septembre.
- Cote, S., St-Cyr Tribble, D. (2012). Le raisonnement clinique des infirmières, analyse de concepts. *Recherche en soins infirmiers*, 111, 13-21.
- Delbos, G., Jorion, P. (1984). *La transmission des savoirs*. Paris : Maison des sciences de l'homme.
- Dewey, J. (2004). *Comment nous pensons*. Paris : Les empêcheurs de tourner en rond - Le seuil.
- Dufour, M. ; Colné, P., Barsi, S. (2009). *Masso-kinésithérapie et thérapie manuelle pratiques*. Paris, Masson.
- Fabre, M. (2009). *Philosophie et pédagogie du problème*. Paris : Vrin.
- Faure, S. (2000). *Apprendre par corps*. Paris : La dispute.
- Froissart, M.-T. (2017). La situation de soin en kinésithérapie. *Didactique professionnelle, Quatrième colloque international*, Lille, 6-8 juin.
- Froissart, M.-T. (2018). De l'usage de l'expérience professionnelle en formation initiale en kinésithérapie. *Kinésithér scient*, 598, 29-34.
- Guyet, D. (2019). Apprendre à lire le patient en formation initiale de masso-kinésithérapie : approches cliniques. Thèse en sciences Éducation. sd JL. Rinaudo, Normandie Université.
- Higgs, J., Jones, M., Loftus, S., Christensen, N. (2008). *Clinical reasoning in health profession*. UK : Elsevier.
- Holdar, U., Wallin, L., Heiwe, S. (2013). Why do we do as we do ? Factors influencing clinical reasoning and decision-making among physiotherapists in an acute setting. *Physiother. res. int.*, 18, 220-229.
- Huhn K, Gilliland SJ, Black LL, Wainwright SF, Christensen N. (2018). Clinical reasoning in physical therapy: A concept analysis. *Physi Ther*. 99(4):440-456.
- Kahneman, D. (2012). *Système 1 système 2 les deux vitesses de la pensée*. Paris : Flammarion.
- Knox, G. (2015). Physiotherapy clinical educators' perceptions and experiences of clinical prediction rules. *Physiotherapy*, 101 (4), 364-372.
- Kunegel, P. (2011). *Les maîtres d'apprentissage*. Paris : L'harmattan.
- Maubant, P. (2013). *Apprendre en situation. Un analyseur de la professionnalisation dans les métiers adressés à autrui*. Québec : Presses universitaires du Québec.
- Monet, J. (2003). Émergence de la Kinésithérapie en France, à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle : Une spécialité médicale impossible. Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914. Thèse de Sociologie, sd. M. Offerlé. Paris : Université Paris I - Sorbonne.
- Nendaz, M., Charlin, B., Leblanc, Bordage, G. (2005). Le raisonnement clinique : données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. *Pédagogie médicale*, 6, 235-254.

- Olry, P. (2003). Organisation du soin et développement des compétences : contribution à la professionnalisation en masso-kinésithérapie. *Les sciences de l'éducation pour l'Ère nouvelle*, 36 (2), 91-106.
- Olry, P. (2015). Le soin kinésithérapique : une coproduction entre geste et parole. Dans J. Thievenaz, C. Tourette-Turgis (dir.). *Penser l'expérience du soin et de la maladie une approche par l'activité* (55-93). Bruxelles : De Boeck.
- Olry, P., Froissart-Monet, M.T. (2017). Valuation et corps de l'enquête. *Questions vives*, 27, URL : <http://journals.openedition.org/questionsvives/2083>.
- Parage, P., Bomal, B. (2015). Analyser la conception d'une situation dynamique d'apprentissage dans un environnement dynamique. *Éducation permanente*, 204, 33-46.
- Parage, P. (2015). Partir des situations de travail pour analyser l'activité, le cas des masseurs-kinésithérapeutes. *Éducation permanente*, 204, 99-114.
- Pastré, P. (2011). *La didactique professionnelle*. Paris : PUF.
- Perez-Roux, T. (dir) (2019). *La réforme des études en santé entre universitarisation et professionnalisation. Le cas des instituts de formation en masso-kinésithérapie*. Paris : L'harmattan
- Pilotti, A. (2016). Masseurs-kinésithérapeutes salariés à l'ère numérique : Ce que leurs usages du courrier électronique disent de leur professionnalisation. Thèse en Sciences de l'Éducation. Sd Monceau, G. Université de Cergy Pontoise.
- Piot, T. (2009). Quels indicateurs pour mesurer le développement professionnel dans les métiers adressés à autrui ? *Questions Vives*, 11, 259-275.
- Piot, T. (2015). Les ressources mobilisées par les diplômés en soins infirmiers en début de carrière. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 48 (4), 103-123.
- Prel, G. (2001). Le corps à corps dans la formation. *Soins cadres*, 40, 52-56.
- Rémery, V. ; Filliettaz, L. (2017). Coordination et coopération tuteur/stagiaire dans les pratiques de soin. *Recherche et formation*. 84 (1) 25-40
- Schön, D. (1993). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal, Éditions Logiques.
- Signeyrole, J. (2015). En quoi une réforme peut-elle changer les pratiques de formation ? Une question de lecture et de perspectives. *Kinésither rev*, 15 (167), 37-41.
- Spencer, J. (2010). Patients in health professional education : so much know, so much yet to understand. *Medical Education*, 44 (1), 9-11.
- Vanhulle, S. (2008). Au cœur de la didactique professionnelle, la subjectivation des savoirs. Dans Y. Lenoir, P. Pastré (dir.). *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat* (227-254). Toulouse : Octares.
- WHO. (2005). *Bridging the "Know-Do" Gap*. Genève.
- Zarifian, P. (2015). La santé face à la maladie. in J. Thievenaz, C. Tourette-Turgis (dir.). *Penser l'expérience du soin et de la maladie : une approche par l'activité* (167-179). Bruxelles : De Boeck.