

Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

22, Avenue Camille Desmoulins

29238 Brest CEDEX 3

**Etude qualitative sur l'impact de
l'alternance pédagogique en formation
de masso-kinésithérapie : le rapport
éducatif entre l'étudiant et le patient**

BELY Solène

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Masseur Kinésithérapeute

Promotion 2016-2020

Session « Juin 2020 »

Remerciements :

Je remercie Marion Lemeunier, ma directrice de mémoire qui a su mettre les mots sur mes idées et apporter du sens à ma réflexion.

Je remercie tout autant l'équipe pédagogique de l'IFMK de Brest pour leur présence et leur accompagnement, et plus particulièrement Ronan Lestideau qui a personnellement suivi l'évolution de ce travail de fin d'étude.

Je remercie ma famille et mes amis, qui étaient là pour me soutenir et me rappeler de ne jamais baisser les bras.

Un grand merci à mes relectrices, qui ont rendu plus lisible le fil de mon travail.

Merci à la promotion 2016-2020 pour ces 4 superbes années ensemble et que je suis triste de quitter.

Liste des abréviations :

CIF-HS : Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

IFPEK : Institut de Formation en Podologie, Ergothérapie et Kinésithérapie

MK : Masseur-Kinésithérapeute

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Table des matières

1. Introduction.....	1
1.1. Situation d’ancrage	1
1.2. Questionnement	2
2. Cadre conceptuel.....	3
2.1. Généralités :	3
2.2. L’apprentissage	4
2.2.1. Les théories	4
2.2.2. L’alternance en formation de masso-kinésithérapie	5
2.2.3. L’apprentissage par l’expérience	7
2.2.4. Les compétences de l’étudiant	9
2.2.5. L’évaluation des compétences.....	10
2.3. Les obstacles à l’apprentissage	11
2.3.1. Obstacles liés au savoir	12
2.3.2. Obstacles liés à l’encadrement	13
2.3.3. Obstacles liés à l’évaluation	15
2.3.4. Obstacles liés à l’investissement de l’étudiant	16
2.4. Le raisonnement clinique : un outil de résolution de problème	17
2.4.1. La place du raisonnement clinique en santé.....	17
2.4.2. Le raisonnement clinique dans la formation	18
2.5. L’éducation thérapeutique du patient : une relation co-active.....	19
2.5.1. Définition.....	19
2.5.2. Le patient est au centre de la prise en charge	19
2.5.3. La formation à l’éducation thérapeutique	20
3. Problématique et hypothèses de recherche	21
4. Méthodologie.....	22
4.1. Choix de l’entretien semi-directif	22
4.2. Choix des modalités de conception de l’entretien	22
4.2.1. La population et critères d’inclusion	22
4.2.2. Le mode de recrutement	23
4.2.3. Le lieu et le moment	23
4.2.4. Les liens contractuels	24
4.3. Le guide d’entretien	24
4.3.1. Construction du guide	24
4.3.2. Thèmes abordés.....	25

5. Résultats.....	26
5.1. Entretiens.....	26
5.2. Méthodologie d'analyse.....	26
5.3. Le discours de l'étudiant au service de l'analyse réflexive	27
5.3.1. La place de l'analyse réflexive du parcours de stage	27
5.3.2. Les différents paramètres d'une prise en charge	28
5.4. La difficulté rencontrée en stage est multifactorielle.....	31
5.5. L'étudiant utilise divers outils méthodologiques dans son parcours de stage	33
5.5.1. Le recours à des ressources internes	33
5.5.2. Le recours à des ressources externes	35
5.6. Les acteurs du stage : rôle et relation définis par l'étudiant	36
5.6.1. Les relations	36
5.6.2. Les différents rôles.....	36
5.7. Les limites de la méthode	39
6. Analyse des résultats.....	40
6.1. Surmonter une difficulté.....	40
6.2. La motivation et la recherche de sens pour apprendre.....	43
6.3. L'autonomie du patient se développe par la compréhension et la motivation	45
6.4. La relation pédagogique étudiant-patient	48
6.5. L'éducation thérapeutique du patient comme outil méthodologique.....	50
7. Discussion.....	53
7.1. Réponses aux hypothèses	53
7.1.1. Hypothèse 1	53
7.1.2. Hypothèse 2	54
7.2. Les biais et les limites de l'étude.....	55
7.3. Les axes d'amélioration de l'étude	56
7.4. Projection professionnelle	57
8. Conclusion	58

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

1. Introduction

1.1. Situation d'ancrage

L'idée du thème abordé dans cet écrit est liée à ma propre expérience de formation à l'IFMK de Brest et lors de mes stages. Chacun de ces derniers étaient différents et ma manière de les appréhender également. Chaque fin de stage ne me laissait pas la même impression : j'ai parfois été rassurée de l'état de mes connaissances et de mes nouveaux apprentissages, j'ai parfois été déçue voir indécise, avec l'impression de ne pas avoir exploité tout le potentiel de ce que le stage pouvait m'apporter. Par beaucoup de remises en question, je me suis souvent interrogée sur ma capacité à être active dans mon apprentissage et j'ai identifié les situations où j'avais eu l'impression de ne pas avoir été capable de réaliser ce que l'école ou la structure d'accueil attendait de moi.

Dans la formation proposée à l'IFMK de Brest, les retours de stage ont été accompagnés de temps d'échanges supervisés et organisés entre étudiants, ainsi qu'un rendez-vous individuel avec un référent pédagogique. Dès la première année, j'ai pu constater que la majorité des étudiants était amenée elle aussi à faire face à des situations parfois compliquées, qui étaient propres à chacun. Au fur et à mesure des années, j'ai compris que ces temps d'échanges avaient pour but de nous sensibiliser à des situations particulières ainsi qu'aux ressentis de chacun, et de nous faire réfléchir à des solutions ou du moins à des propositions d'action et d'adaptation en lien avec ces situations particulières. J'ai ainsi pu devenir plus active dans ma formation car j'ai enrichi ma palette d'expériences et j'ai réfléchi plus méthodiquement à ma pratique. Cela m'est également utile lors de mes stages si par exemple je suis face à une situation particulière. Je peux me remémorer tout ce qui a pu être discuté durant ces sessions. Je peux également utiliser ce que j'ai appris pour l'analyse de mes expériences passées.

Tout au long de mon parcours, j'ai compris que notre participation active dans le processus d'apprentissage était recherchée. Cela a fait écho à l'un des principes de la rééducation en masso-kinésithérapie. Lorsque le professionnel cherche à placer le patient au centre de sa prise en charge et à construire une relation de collaboration avec lui.

1.2. Questionnement

Le statut d'étudiant masseur-kinésithérapeute (MK) est particulier. Bien qu'il soit lui-même en cours d'apprentissage vers l'autonomie, il est amené à réaliser des prises en charge avec des patients et cherche à les rendre eux-mêmes autonomes. Un travail sur la participation active du patient est alors réalisé par l'étudiant. De ce fait, on met en évidence la double posture empruntée par l'étudiant lors d'une prise en charge en stage : il apprend mais il doit également faire apprendre au patient. Peut-on créer un lien entre son apprentissage et celui du patient ? Peut-on en déterminer la nature ? Est-il possible qu'en établissant un lien entre les deux, l'étudiant puisse avoir conscience que son apprentissage lui apporte des outils répondant à la demande d'autonomiser le patient ? S'informer de l'état de conscience des étudiants sur leur parcours ainsi que sur leur statut est une piste de réflexion intéressante. Y aurait-il un intérêt à apporter des outils méthodologiques au patient pour qu'il surmonte ses problèmes de manière autonome ?

2. Cadre conceptuel

2.1. Généralités :

Qu'est-ce que l'autonomie ?

D'après l'Académie Française, une personne autonome est « *capable d'agir sans dépendre d'autrui, de se décider par soi-même* » (1)

En philosophie, d'après Nathalie Warchol, « *être autonome implique une relation interdépendante à autrui et suppose une parfaite connaissance de soi. L'autonomie peut se définir comme la capacité d'agir avec réflexion, en toute liberté de choix* » (2) D'après cette définition, on peut dire qu'on obtient son autonomie par le fruit d'un travail de réflexion sur soi-même et des actions qui en découlent. Être autonome n'est donc pas un état, mais l'adoption d'un comportement et d'une manière de penser.

Pour l'étudiant MK, cette notion d'autonomie est évidente. Elle s'inscrit dans son parcours de formation et vise à l'obtention du diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute. Ce dernier permet à l'individu qui l'obtient de revendiquer son indépendance professionnelle, qui est donc l'autonomie acquise de droit par le MK de choisir librement ses actes, selon **l'article R. 4321-59 du Décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes.** (3)

De plus, d'après le référentiel de formation présent dans le Bulletin officiel N°8 – Santé Protection sociale du 15 septembre 2015, « *L'étudiant est ainsi amené à devenir un professionnel de santé autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire un praticien capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions en mesurant les limites de ses compétences et de son rôle et de mener les interventions appropriées seul ou en équipe.* ». (4) Cette liberté d'agir est donc le fruit d'une réflexion si l'on en revient à la définition apportée par Nathalie Warchol. Cette réflexion n'est pas innée, elle s'acquiert tout au long de la formation et nécessite alors la mise en jeu d'un processus d'apprentissage rigoureux et le développement du raisonnement clinique au service du patient.

Pour le patient, la notion d'autonomie n'a pas toujours été évidente. Mais dans le milieu médical aujourd'hui, la recherche de la participation active n'est plus à démontrer. Elle fait partie intégrante du modèle biopsychosocial et de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF-HS), ratifiée par l'Assemblée

mondiale de la santé à partir de mai 2001. Cela fait suite au processus de révision de la Classification Internationale du Handicap par l'OMS en 1995. Dorénavant, le patient, son état de santé, ses activités, sa participation et son environnement physique et social sont pris en compte, il est au centre de la prise en charge. (5) L'éducation thérapeutique est la prise en charge médicale la plus représentative du modèle biopsychosocial où rendre son autonomie au patient est l'un des objectifs principaux. (6)

Est-ce qu'accompagner un patient à être plus autonome dans sa prise en charge ne nécessite-t-il pas chez l'étudiant d'avoir pris conscience de tout le processus d'apprentissage mis en jeu dans le développement de sa propre autonomie ?

2.2. L'apprentissage

Selon l'Académie française, **apprendre**, c'est « *acquérir une connaissance de quelque chose* ». En sous définition, il est ajouté qu'on acquiert « *par l'étude, le travail, la pratique, l'expérience* » afin de « *contracter une habitude, une disposition* ». (7)

Par analogie, l'**apprentissage** est donc une acquisition de connaissances. (8) La notion de travail, d'habitude nous y renvoie comme un processus dynamique, qui requiert un effort et donc de la volonté.

2.2.1. Les théories

Le courant pédagogique a vu évoluer au fil des années les théories de l'apprentissage.

Les travaux de recherches sont nombreux, et le modèle d'éducation est en perpétuel changement. A la clé, le modèle parfait d'apprentissage, valable pour chacun et dans tout domaine. Au mouvement pédagogique s'ajoutent les avancées scientifiques des courants psychologiques mais également sociologiques.

L'histoire a connu la **théorie behavioriste** pendant de nombreuses années, avec des références comme Ivan P. Pavlov et le conditionnement ; John B. Watson et le comportement ainsi que Burrhus F. Skinner et le béhaviorisme radical : il en découle un modèle d'apprentissage par essai/erreur qui favoriserait les changements de comportements. (9)

La **théorie cognitiviste**, dont des travaux de psychologues tels que Kurt Koffka, Wolfgang Koehler et Max Wertheimer sur la **psychologie de la forme**, ont permis au domaine de la pédagogie d'intégrer l'importance de percevoir l'apprenant comme un individu cognitif qui met en jeu un processus de traitement de l'information. (10)

Les travaux de Jean Piaget notamment et le développement de **la théorie constructiviste** montrent que le sujet n'accumule pas des connaissances, mais qu'il les construit au cours du temps. Par conséquent, ses expériences et son vécu sont intégrés pleinement dans la notion d'apprentissage et la singularité de l'individu apprenant doit être prise en compte. Les connaissances ne sont pas innées. (11,12)

Enfin, nous avons la **théorie socioconstructiviste** (ou néo-socio-constructivisme) mise en avant par Lev S. Vygotski et qui promeut l'importance des interactions sociales en étudiant le langage chez les enfants. (13)

Ces théories ne sont pas à voir comme divergentes mais plutôt comme complémentaires : elles apportent chacune une vision différente et un concept, qui permettent de former des programmes méthodologiques d'éducation de plus en plus précis, complets. Ils permettent surtout d'adapter l'enseignement à un maximum de profils d'apprenants. Grâce à ces théories, on peut créer une nouvelle définition : **Apprendre, c'est transmettre, traiter, construire et échanger des informations.** (14)

2.2.2. L'alternance en formation de masso-kinésithérapie

La formation d'apprentissage offerte aux étudiants admis et intégrés dans une école de kinésithérapie est divisée en deux parties. Chaque année de formation est composée de temps d'apprentissage de connaissances théoriques et de temps de stage pour favoriser la pratique clinique.

Cette alternance cours/stage a donc pour but de répondre aux objectifs pédagogiques requis par le Ministère de la Santé, de l'Université et/ou de l'IFMK concerné(s). Ces objectifs sont décrits dans le projet pédagogique mis en œuvre pour chaque IFMK. D'après le projet pédagogique 2019 / 2020 de l'IFMK de Brest, celui-ci est un « *outil stratégique de pilotage de la formation* ». Il « *prend en compte les nouveaux enjeux de l'universitarisation, sans perdre de vue la finalité première : former des professionnels compétents, aux expertises reconnues, en réponse aux besoins de santé*

présents et à venir des populations. ». (15) L'apprentissage du métier passe donc par la mise en place d'objectifs et les moyens mis en œuvre pour les atteindre. Une évaluation est requise pour permettre de réguler le processus d'apprentissage et de faire évoluer l'étudiant dans son parcours de formation.

2.2.2.a. Les outils pédagogiques

Lors de la phase théorique de la formation sont mis en place différents outils pédagogiques (15) comme les cours, les travaux pratiques, ainsi que les temps de travail personnel, qui représentent sur l'ensemble du cursus un total de 5200 heures (chiffres tirés de la maquette de formation)(4). Cela veut dire qu'en étant diplômé, l'étudiant possède un bagage de connaissances pures et diversifiées réellement conséquent.

La structure met également en place et à disposition des étudiants des outils numériques. (15) L'ère du numérique, dans laquelle nous sommes plongés, amène une nouvelle théorie dans la pédagogie de l'enseignement et dans l'apprentissage depuis plusieurs années : la **théorie connectiviste**. Michèle Drechsler évoque le référentiel des compétences de l'enseignant défini par le bulletin officiel de l'Education Nationale lorsqu'elle dit que « *le professeur doit être capable de concevoir, préparer et mettre en œuvre des contenus d'enseignement et des situations d'apprentissage à l'aide de ressources numériques.* » (16) C'est également le gage que la formation s'adapte bel-et-bien aux nouveaux enjeux de l'universitarisation. L'accès à des bases de données en ligne, aux catalogues universitaires sont de vraies richesses pour l'étudiant qui souhaite s'instruire ou faire des recherches pour un projet de groupe par exemple.

Enfin, nous retrouvons les outils pédagogiques qui ont pour but d'amener, de favoriser puis de consolider l'analyse réflexive de l'étudiant : le portfolio, les suivis pédagogiques, le développement de la simulation dans les apprentissages. (15) Bien évidemment, le centre de cette analyse réflexive concerne les expériences passées, vécues par l'étudiant dans un environnement essentiellement pratique, le stage.

Ces outils pédagogiques sont mis en place par le biais de formateurs et d'interventions de professionnels extérieurs dans le cadre d'un partenariat formateurs/universitaires/intervenants extérieurs pour le cas de l'IFMK de Brest. (15)

2.2.2.b. Le stage

Dans l'alternance, le temps de stage correspond à la formation pratique MK et représente un total de 1470 heures (chiffres tirés de la maquette de formation (4)). Cela comprend seulement les heures passées sur le terrain d'accueil. Ces stages participent à la professionnalisation de l'étudiant et donc à la construction de son identité professionnelle. Un encadrement clinique personnalisé y est mis en place, permis par la présence d'un tuteur de stage ou bien d'un professionnel de proximité. Il vise à favoriser chez l'étudiant « *son questionnement au cours d'une situation vécue pour donner du sens à la pratique professionnelle et faire des liens entre la théorie et la pratique* » ainsi que son « *implication [...] dans cette démarche qui se veut constructive et évolutive.* » (15)

De plus, on retrouve en dehors des temps réels de stage et de pratique pure, des temps d'analyses de pratique, en lien avec les suivis pédagogiques, qui traitent des situations de stages vécues par l'étudiant. (15) Elles ont pour but de mettre en lumière les difficultés perçues par l'étudiant afin de les comprendre, de les analyser. Cela permet également à l'étudiant de trouver des solutions pour les surmonter si la situation venait à se reproduire.

2.2.3. L'apprentissage par l'expérience

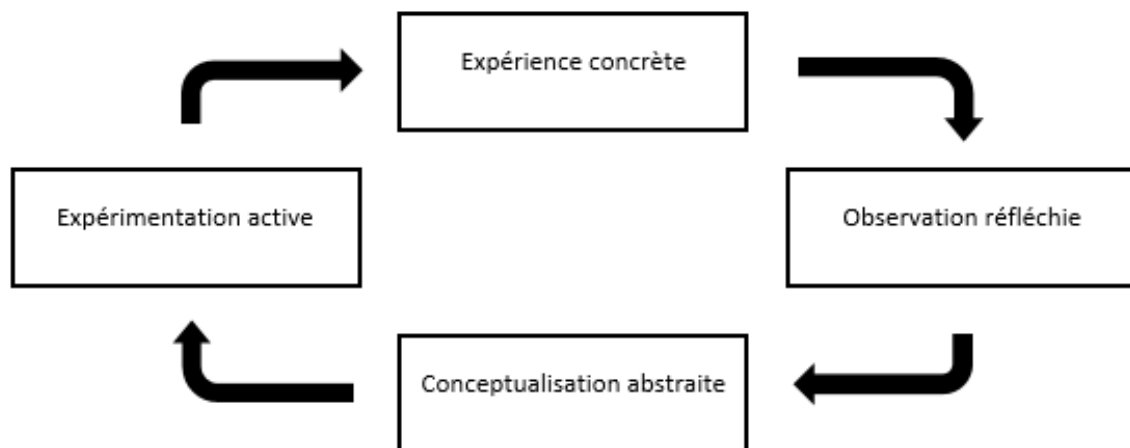


Figure 1 : Schéma issu du modèle de l'apprentissage expérientiel proposé par Lewin (17)

Le modèle proposé en Figure 1 par Kurt Lewin a l'avantage de présenter les bases du processus d'apprentissage par l'expérience de manière simple et concrète. Grâce à John

Dewey et Jean Piaget, ce modèle a évolué en schémas plus complexes, intégrant la notion de processus cognitif et d'itération propre à l'apprentissage. (17)

Toutefois, c'est sur le modèle lewinien que s'est basé Franck Gatto pour expliquer l'apprentissage par l'expérience chez le MK (18) :

- La **phase d'expérience concrète** « *se caractérise par l'expérience vécue du kinésithérapeute, son contact plein et entier avec sa pratique et son vécu au quotidien, dans son environnement professionnel, culturel et social. D'un point de vue cognitif, le kinésithérapeute est dans son mode exploratoire.* » (18)
- La **phase d'observation réfléchie** est celle de **l'analyse réflexive**. « *Le kinésithérapeute réalise un retour sur l'expérience qu'il vient de vivre afin d'analyser et de tenter de comprendre ce qu'il s'est passé, ce qu'il s'y est joué. Il prend du recul par rapport à l'action, se distancie de l'évènement, de la situation de soin.* ». (18) Cette phase peut être facilitée par l'accompagnement d'un tiers, comme un formateur, un tuteur ou un professionnel de proximité.
- La **phase de conceptualisation abstraite** fait également partie d'un temps de réflexion. « *Le kinésithérapeute tente d'élargir sa compréhension de l'expérience qu'il vient de vivre en la reliant à un phénomène plus général, qu'il soit en lien ou non avec sa pratique. Il fait appel à des éléments de savoirs théoriques, des conseils prodigués par les professionnels (groupe de pairs), des lectures d'ouvrages spécialisés. [...] Il peut aller jusqu'à l'organisation de ses savoirs entre eux, et leur intégration à ses connaissances anciennes.* » (18)
- La **phase d'expérimentation active** est « *une phase critique pour le nouvel apprentissage qui est mis à l'épreuve dans une nouvelle expérience et ce de manière consciente et délibérée par le sujet.* » (18)

L'apprentissage par l'expérience décrit ci-dessus engage un réel travail de réflexion active pour le kinésithérapeute et donc pour l'étudiant MK. C'est par ce biais que les expériences nouvelles seront intégrées aux anciennes et que nous aurons une régulation des connaissances. Dans la phase de conceptualisation abstraite, il est intéressant de noter que la régulation des connaissances passe également par le recours à un des professionnels de proximité, à de la littérature scientifique. La réflexion permet également de reconnaître lorsque les connaissances personnelles ne sont plus suffisantes pour évoluer dans le processus d'apprentissage et qu'il faille une aide extérieure.

Durant la formation MK, les outils pédagogiques sont donc mis en place selon les évolutions des théories d'apprentissage, avec des modèles pédagogiques d'éducation qui nécessitent un investissement important de la part des acteurs de formation cités précédemment. Bien sûr, il reste l'acteur principal de ce processus d'apprentissage et de formation, l'étudiant, dont l'investissement requis est d'autant plus important car c'est l'objectif premier recherché par la structure de formation.

2.2.4. Les compétences de l'étudiant

Comme cité dans la partie 2.1. Généralités, l'étudiant est « *amené à devenir un professionnel de santé autonome, responsable et réflexif* » (15)

Le temps de formation et le nombre d'heures de cours et de stage cités précédemment font gage de compétence en quelque sorte. Les quatre années de formation sont estimées être le temps nécessaire aux étudiants pour devenir des professionnels autonomes. Ce cheminement vers l'autonomie est lié en parallèle au développement de compétences propres au champ d'action MK, au nombre de onze, et décrites dans le référentiel de compétences. (4) Tout au long de l'alternance, ces compétences seront amenées à être perçues, comprises et analysées par l'étudiant.

2.2.4.a. Le premier cycle : le savoir et le faire

D'après le référentiel de formation, « *le premier cycle apporte les enseignements scientifiques, méthodologiques et professionnels nécessaires à la compréhension des problèmes de santé et des situations cliniques rencontrées en kinésithérapie* » (4)

Ce cycle 1 comprend les stages 1 à 4 qui permettent à l'étudiant de « *parcourir les 11 compétences à un premier niveau* ».

2.2.4.b. Le deuxième cycle : le savoir-faire et le faire-savoir

Toujours d'après le référentiel de formation, « *le second cycle, à partir du socle de connaissances théoriques et pratiques acquis, organise le développement des compétences diagnostiques et d'intervention kinésithérapique dans tous les champs d'exercice de la profession.* » (4)

Le cycle 2 comprend donc quant à lui les stages 5 et 6 qui « *ciblent les 5 compétences finales cœur de métier* », ainsi que le stage 7, appelé clinicat qui est professionnalisant et qui « *doit permettre de valider l'ensemble des compétences au niveau final.* »

L'apprentissage par l'étude, à différencier de celui par imitation (par exemple l'apprentissage de la marche chez le bébé) distingue 3 étapes : la programmation, l'entraînement et l'évaluation. La programmation renvoie au projet pédagogique évoqué précédemment et donc au programme d'éducation, et l'entraînement correspond à la mise en pratique des informations et techniques enseignées aux étudiants. Qu'en est-il de l'évaluation ? Comment ces connaissances et ces compétences sont-elles évaluées et comment déterminer si l'étudiant a appris ?

2.2.5. L'évaluation des compétences

Pour Franck Gatto, évaluer c'est « *valoriser les connaissances et pratiques conformes et [...] questionner les connaissances et les pratiques non conformes.* » (18)

Les compétences sont validées par le biais d'Unités d'Intégration (UI), qui mettent en jeu leur évaluation. Le référentiel de formation évoque des « *travaux à réaliser en lien avec l'évaluation de plusieurs compétences dont les savoirs et savoir-faire ont été acquis lors du ou des semestres en cours ou antérieurs* ». Ces travaux se présentent sous formes orale et/ou écrite et sont « *situées à la fin du 1^{er} cycle, à la fin de la première et de la deuxième année du 2^{ème} cycle* ». (4)

Nous avons rapidement évoqué précédemment le portfolio comme outil pédagogique, qui va suivre l'étudiant tout au long de son parcours et qui va lui-même contribuer à l'acquisition de compétences. Il contient notamment les commentaires et évaluations apportés par les différents lieux de stage parcourus par l'étudiant. Toutefois, l'intérêt principal de cet outil est son besoin et sa nécessité d'être mis à jour régulièrement par l'étudiant lui-même : c'est avec lui qu'apparaît dans le cursus de formation la notion d'auto-évaluation de ses propres compétences. En effet, le portfolio se définit lui-même comme un « *outil de structuration de la pensée de l'apprenant, à l'usage de celui-ci, pour construire son parcours professionnalisant, définir ses objectifs de stages et identifier des compétences acquises. Cette autoévaluation s'appuie sur l'analyse réflexive.* » (4) Grâce à cet outil, l'étudiant développe encore davantage l'analyse de sa pratique.

Comme le fait remarquer Michel Vial, l'évaluation n'est plus considérée aujourd'hui comme la validation de simples objectifs déterminés, elle « *ne se restreint pas à des moments identifiables, spécifiques, appelés « bilans, tests, épreuves » où il s'agit de contrôler l'atteinte d'objectifs et de comportements attendus.* » (19) L'auto-évaluation est un pas de plus dans l'autonomisation de l'étudiant et dans la recherche de sa participation active.

La programmation des modalités pédagogiques est donc mise en place par l'IFMK de Brest ainsi que par les autres IFMK de France. Les étudiants, en suivant ce parcours de formation, ont sous la main des connaissances, des méthodes d'apprentissage et un accompagnement pédagogique constant, dans le but de devenir des professionnels de santé autonomes, responsables, réflexifs et compétents. Pour autant, cette formation n'est pas un processus identique qui se répète au fil des ans : chaque étudiant, avec sa singularité, vit son apprentissage de manière différente. Son passé, sa personnalité, ses connaissances antérieures définissent sa singularité.

Dans le projet pédagogique de l'IFMK de Brest, il est mentionné qu'il y a la possibilité que les étudiants soient confrontés à des difficultés. (15) Ces difficultés perçues par l'étudiant, prises en compte par l'encadrement pédagogique de la formation : quelles sont-elles ? Quel est leur impact ?

2.3. Les obstacles à l'apprentissage

Toujours dans l'idée de l'apprentissage par l'étude, la notion d'obstacles à l'apprentissage apparaît. Pour Franck Gatto, on parle d'obstacle car l'étudiant n'est pas bloqué : il fait face à une situation qui tend à être surmontée, dépassée. (20) L'auteur fait ici un distinguo entre un obstacle à l'apprentissage et échec d'apprentissage. Dans l'obstacle il y a une remise en question, une conscience de la problématique de la situation. Au contraire, on retrouve dans l'échec une obstination de l'apprenant à penser que ses connaissances préexistantes sont suffisantes pour aborder une situation et toute situation qu'il considère comme « voisine ». En ce sens, il poursuit ses actions sans chercher à apprendre de nouvelles choses, ou à ressentir un manque de connaissances en rapport à cette situation. (20)

Attention, il convient de préciser, dans le cadre d'une prise en charge rééducative par un MK, que d'un côté éthique, le patient ne subit pas « d'erreur thérapeutique ». C'est l'apprenant qui est en erreur d'apprentissage car il y a une absence de questionnement ou de recherches scientifiques sur les autres potentielles techniques qui seraient adaptées à la pathologie.

La notion d'échec d'apprentissage, bien que réversible en soi, n'induit pas de processus d'analyse réflexive, qui est au centre de ce travail d'étude. Elle ne sera donc pas traitée plus longuement.

2.3.1. Obstacles liés au savoir

Il semblerait que le premier obstacle à l'apprentissage soit le manque de connaissances en tant que tel.

Prenons le cas d'un étudiant de première année à qui on demande les différentes techniques de prise en charge de la spasticité du triceps sural chez un patient en post-AVC¹. Un évaluateur interroge alors l'étudiant sur ses connaissances. Bien sûr, si l'on se réfère au programme pédagogique bien sûr, un étudiant de première année n'est pas supposé connaître la réponse : pour lui, cela n'est pas considéré comme une difficulté. Cela le devient pour un étudiant en fin de troisième année qui est supposé avoir eu les connaissances théoriques par les cours et les avoir exploitées lors d'un stage, le champ clinique neuromusculaire étant obligatoire dans le parcours de stage dans la formation. (4) C'est ici que cela devient un obstacle à l'apprentissage lié au savoir car l'étudiant ne sera alors pas en mesure de répondre. Si l'étudiant analyse suffisamment la situation, s'il définit clairement l'origine du problème et s'il sait quoi faire pour pallier ce manque de connaissances, l'obstacle peut-être aisément surmonté via des ressources externes (lecture des supports théoriques, explications apportées par un professionnel du sujet etc...). Cela signifie que la réflexion est adéquate, pertinente en raison de la situation et que l'étudiant est autonome dans sa démarche.

Le deuxième obstacle, mis en lumière par Franck Gatto, est ce qu'il nomme la crise de l'apprentissage. C'est lorsque différentes connaissances sont confrontées sur un sujet donné ou bien lorsqu'un savoir préexistant ne correspond pas à une proposition de

¹ Accident Vasculaire Cérébral

savoir avancée par un tiers : on est face à un « *conflit sociocognitif* ». (20) Par analogie, le conflit cognitif est la confrontation par l'individu de ses propres idées, ses propres représentations et ses propres actions. En psychologie sociale, bien que cela engage un conflit entre attitudes et comportements, la **théorie de la dissonance cognitive** de Festinger peut aider à comprendre cette crise. En effet, on a dans cette théorie l'idée que l'individu recherche son équilibre cognitif. Si celui-ci est perturbé, il se retrouve dans une situation de conflit, car « *l'individu ne peut supporter la contradiction* ». (21) La notion de social entraîne donc à comprendre que le conflit se traduit par la relation, l'échange avec un ou plusieurs tier(s).

Voici l'exemple d'un étudiant MK de troisième année en stage 6, prenant en charge une jeune patiente footballeuse dans le cadre d'une rééducation post-opératoire d'un ligament croisé antérieur (LCA) par chirurgie de type Kenneth Jones (KJ). Grâce à sa formation, il connaît les étapes de rééducation à respecter en fonction de délais précis de récupération. Durant sa prise en charge, il est supervisé par son tuteur de stage, qui a travaillé dans un grand centre sportif réputé pour prendre en charge des pathologies traumatiques sportives telle que l'opération du LCA par KJ et qui est formé à la traumatologie sportive. Ce dernier lui dit après avoir observé la patiente, qu'il peut accélérer la rééducation et que les délais n'ont pas toujours besoin d'être respecté si l'évolution clinique est bonne. L'étudiant fait alors face à un conflit sociocognitif entre ses connaissances personnelles, dérivées des savoirs théoriques vus en formation, et l'expérience d'un professionnel de santé basée sur du raisonnement clinique. S'il suit les conseils de son tuteur, il se base sur des connaissances qu'il ne maîtrise pas car il n'a pas la formation et l'expérience du professionnel. Dans ce cas également, la solution peut être simple : le professionnel expose à l'étudiant son propre raisonnement clinique. (22) Encore une fois, il faut que l'étudiant puisse être capable de déterminer ce qui lui pose un problème et qu'elle est la meilleure solution à envisager.

2.3.2. Obstacles liés à l'encadrement

L'apprentissage par l'étude nécessite la présence de tierces personnes, prédéfinies dans la partie 2.2.2. L'alternance en formation de masso-kinésithérapie. Cet accompagnement n'est pas quelque chose d'inné. Devenir formateur ou tuteur de stage

est également source d'apprentissage. Des formations sont donc mises en place. Pour autant, l'encadrement pédagogique peut être source de difficulté pour l'étudiant.

Le Dr Donata Marra a réalisé un rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé (23), pour donner suite à une demande du Ministère des Solidarités et de la Santé, ainsi que du Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation fin juillet 2017. (24) D'après ce rapport, « *Dans les stages, les étudiants sont formés mais ils sont aussi observés. Il s'agit bien d'un lieu privilégié où vont se manifester et être perçues les difficultés rencontrées par les étudiants. Un des premiers symptômes est l'absence. Le stage est également le lieu où s'apprend et s'observe le professionnalisme attendu dans les professions de santé.* » (23) Le premier obstacle relevé est donc l'absence pure et simple du professionnel dans son rôle de tuteur. La chaîne d'apprentissage est brisée, ou du moins partiellement. L'étudiant n'est plus régulé. Il n'a plus la possibilité d'être aidé dans la compréhension de la situation.

« *La plupart des responsables de formations non universitaires n'ont pas été formés à la pédagogie et les encadrants en stage non plus. Il ne s'agit pas de nier les compétences sur le terrain. Ce que rapportent les étudiants et les enseignants sur l'encadrement en stage et sur les enseignements incite cependant à souligner la nécessité d'une formation adaptée, qu'elle soit initiale ou continue selon les situations existantes.* » (23) Le deuxième obstacle est en lien avec l'importance d'une formation de bonne qualité du corps pédagogique. Si on a une absence de formation, ou bien si elle n'est pas adaptée, l'étudiant n'est pas correctement accompagné dans son apprentissage. Le formateur, le tuteur ou le professionnel de proximité n'aura pas tous les outils en main pour répondre favorablement aux demandes ou pallier les difficultés de l'étudiant.

Le rapport évoque également le comportement inadapté des enseignants/formateurs/tuteurs, tels que la violence, verbale et/ou physique, le harcèlement, également verbal et/ou physique, la maltraitance, le sexisme etc... Ce sont des notions qui, bien que réelles et qu'elles soient de véritables freins à l'apprentissage, dépassent la simple entrave à l'analyse réflexive de l'étudiant et requièrent donc des notions qui s'écartent du sujet de ce travail d'étude. Elles ne seront pas traitées plus longuement.

2.3.3. Obstacles liés à l'évaluation

D'après André Zeitler, « *lorsque la présence du formateur prend un sens d'évaluation de l'action, ces configurations inhibent les apprentissages interprétatifs tandis qu'un sens d'aide à l'apprentissage les favorisent.* » (25) Dans la sous partie précédente, les obstacles liés à l'encadrement et au corps enseignant étaient évoqués. La notion d'évaluation y est intrinsèquement liée, tout comme à la formation, développé dans la partie 2.2.5. Evaluation des compétences.

Pour Franck Gatto, l'évaluation dépend de l'erreur et la notion d'acquisition de connaissances est forte. L'objectif de l'évaluation est simple : savoir si c'est acquis ou non. Bien sûr, on parle ici d'erreur décisionnelle, il ne s'agit plus de répondre à une norme ou à un référentiel extérieur, mais de savoir comment l'apprenant a intégré les informations et comment il les utilise. Ici, ce n'est pas l'erreur qui est un obstacle de l'apprentissage mais bien la perception de l'étudiant quant à cette évaluation : cela dépend donc du processus neuropsychologique de l'apprentissage de l'individu. (18)

Dans un autre de ses ouvrages, l'auteur revient sur ce point : « *Sur le plan neurobiologique, il semblerait que la vision positiviste de la pensée et de l'action éducative serait incomplète car il existerait une interdépendance anatomique et physiologique entre les émotions et la raison, entre le système de traitement cognitif de l'information et le système de traitement émotionnel de celle-ci.* » (20) On peut effectivement appuyer ses propos avec les travaux de neuropsychologie, et notamment dans le cadre de la recherche sur la mémoire et des travaux physiopathologiques en lien avec cette dernière. Le circuit de James Papez, par exemple, détermine le circuit physiologique de l'intégration d'une information comme connaissance, puis l'intégration de cette connaissance dans la mémoire à long terme. Du fait des structures anatomiques du cerveau concernées, Papez nous démontre le lien direct entre l'intégration d'une connaissance, le traitement cognitif et le traitement émotionnel. (26)

Si l'on revient au rapport du Dr Donata Marra, le stress est le facteur émotionnel qui prédomine. Elle en évoque l'ambivalence : le stress est « *un moteur inhérent au cursus médical et à l'exercice de la profession de médecin* », mais que « *Pour nombre d'étudiant, le stress est à l'origine de peurs, d'incompétence, d'irritabilité et de colère, il est potentiellement associé à une morbidité physique et psychologique* », « *il est loin d'être positif pour tous les étudiants et semble favoriser ou limiter l'apprentissage selon une*

courbe en U inversé. » (23) Ce stress, dont la présence voire l'omniprésence n'est plus à démontrer chez les étudiants, est décuplé dans un contexte d'évaluation, là où les marqueurs favorisants sont cumulés : la période de révisions qui précède, la solitude sur le temps de l'épreuve ainsi que le concept même de l'évaluation qui consiste à ne prendre en compte les connaissances que sur un temps donné. Tout cela est source de pression et de tension pour l'étudiant, et cela perturbe l'intégration des connaissances et donc perturbe l'apprentissage.

De plus, dans le milieu scolaire, d'une évaluation découle généralement une note. Ces notes peuvent entraîner des réactions négatives chez l'étudiant : « *Une appréciation négative engendre une mésestime de soi, une blessure chez l'élève fragile, une dévalorisation qui déstabilise l'élève et lui donne une image négative de lui-même et de ses capacités* » (27)

L'évaluation peut donc facilement transformer l'environnement pédagogique en un contexte anxiogène. Un bon environnement pédagogique où l'étudiant peut donc venir discuter de son évaluation, connaître ses difficultés et comprendre comment y remédier est l'une des solutions pour qu'il puisse s'adapter, gérer son stress et optimiser son apprentissage.

2.3.4. Obstacles liés à l'investissement de l'étudiant

En neuropsychologie, les mécanismes de l'apprentissage ont été largement étudiés et il en ressort que la motivation, l'attention et la compréhension sont des conditions d'efficacité. (28) Par analogie, on peut donc en conclure que le manque de motivation, d'attention et de compréhension par l'étudiant de son environnement et de l'enseignement qui lui est proposé sont des obstacles à l'apprentissage. Il est donc bon d'apporter à l'étudiant toute l'envie et l'intérêt nécessaires à l'apprentissage, et d'y donner du sens. Le risque serait de retrouver chez lui des stratégies d'évitement envers les situations dites complexes et favorisantes à l'apprentissage. (29)

Les obstacles à l'apprentissage présentés précédemment sont paradoxalement retrouvés dans la formation MK, volontairement, comme des moteurs pour la création d'outils méthodologique d'apprentissage pour l'étudiant. L'auteur Franck Gatto évoque

le passage par la déstabilisation cognitive comme l'un des moteurs de l'apprentissage car cela permet à l'apprenant de ne pas rester « bloqué » sur des acquis préexistants et donc de ne pas être en situation d'échec d'apprentissage. Les notions de feedbacks, d'échanges, de dialogues, de régulations de l'activité dans un cadre didactique enseignant-apprenant sont requises pour que cette déstabilisation cognitive soit bien perçue et optimisée par l'apprenant. (20) Ce procédé favorise donc fortement l'étudiant à remettre en question sa propre pratique, à se poser les bonnes questions au bon moment.

Il est intéressant de préciser qu'on considère l'étudiant autonome dans son apprentissage s'il est capable d'identifier une situation problématique, s'il sait mettre en évidence l'origine du problème, s'il détermine des actions pour le résoudre et s'il se donne les moyens d'y arriver. C'est le même procédé lorsqu'un étudiant MK, un professionnel de santé engage un processus de raisonnement clinique, à la base de toute prise en charge rééducative.

2.4. Le raisonnement clinique : un outil de résolution de problème

2.4.1. La place du raisonnement clinique en santé

L'intérêt de développer le processus du raisonnement clinique est apparu avec la notion d'« Evidence-Based Medicine », soit de « la médecine basée sur les preuves ». En vue d'améliorer la prise en charge individuelle du patient, une pratique consciencieuse, explicite et judicieuse qui comprend un diagnostic et un traitement basés sur les dernières données de la littérature médicale est effectuée. (30) Aujourd'hui présent dans toutes les professions médicales, tant auprès des professionnels de santé que des étudiants au cours de leur formation, il reste un processus complexe.

Meredith Young et al. ont réalisés un travail de revue de littérature sur la terminologie du raisonnement clinique. (31) L'analyse de 625 articles provenant de 18 professions de santé a permis d'approcher le raisonnement clinique comme un concept multidimensionnel. Chaque professionnel en fait sa propre interprétation, ce qui diversifie et multiplie le langage qui y est associé et sa signification. Les auteurs exposent la difficulté en recherche scientifique à établir un consensus terminologique sur la définition du raisonnement clinique. En conséquence, son apprentissage en devient difficile. Ils déterminent nécessaire que dans un contexte éducatif, tout le procédé du raisonnement

clinique, son vocabulaire et les significations doivent être explicités afin d'en faciliter la compréhension. Dans une prise en charge, l'objectif est simple : développer les capacités réflexives du praticien dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge. Développer l'intérêt et l'utilisation de ce processus dans la formation MK rentre donc complètement dans les enjeux d'autonomisation de l'étudiant.

2.4.2. Le raisonnement clinique dans la formation

D'après le programme de formation, le raisonnement clinique est bien ancré dans l'alternance. (4) On le retrouve dans les objectifs des contenus théoriques du cycle 1 et de la première année du cycle 2, c'est-à-dire durant les semestres 5 et 6. Il fait également partie des critères d'évaluation de tous les stages du cycle 1 et est mentionné en objectif des stages de la première année du cycle 2 également. En ce qui concerne la dernière année de formation, le projet pédagogique établit une participation au MOOC de raisonnement clinique. (15)

En effet, des professeurs de l'Université de Montréal ont publié en 2012 dans la revue *Medical Education* un modèle de raisonnement clinique. (32) Aujourd'hui, ce modèle a évolué et a permis la création, sous la forme du MOOC, d'un outil pédagogique de formation en ligne sur le raisonnement clinique destiné aux étudiants en santé. Disponible gratuitement sur la plateforme Edulib et mis en ligne par l'Université de Montréal, il a justement pour but de vulgariser, d'explicitier un processus cognitif complexe pour permettre aux étudiants de mieux se l'approprier. Cette participation doit permettre à l'étudiant d'obtenir une attestation certifiant 18 heures de travail sur ce cours en ligne.

D'après Thérèse Psiuk, le raisonnement clinique « *se construit à partir des données issues de l'observation et de l'écoute de la personne soignée en suivant une méthode hypothético-déductive. Dans ce processus, le patient tient une place centrale comme personne unique, capable de penser, de vivre des émotions, de faire des choix et d'agir.* » (33) D'après cette définition, on comprend la place importante du patient dans le processus de raisonnement clinique. Cela se traduit par le fait de fournir au professionnel de santé toutes les informations possibles sur sa santé, et lui faire part des évolutions des symptômes et des résultats d'examens ou de traitements.

Pour l'étudiant et le professionnel MK, il y a tout un processus d'apprentissage pour pouvoir développer des compétences en raisonnement clinique. Cet outil de réflexion est la base du travail du professionnel de santé car il lui permet de réguler toute sa pratique de manière autonome. En ciblant le problème du patient, ses besoins, ses attentes, ses désirs, un plan de traitement est élaboré. Tout comme le professionnel de santé doit être autonome de son activité, le patient doit être autonome de sa santé. Cela requiert un apprentissage.

2.5. L'éducation thérapeutique du patient : une relation co-active

2.5.1. Définition

L'HAS défini l'éducation thérapeutique du patient (ETP) comme un « *processus continu, dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.* » (34)

L'HAS ajoute que l'ETP « *contribue également à permettre au patient de mieux se connaître, de gagner en confiance en lui, de prendre des décisions et de résoudre des problèmes, de se fixer des buts à atteindre et de faire des choix.* » (34)

Pour le patient, mieux se connaître, changer son comportement au quotidien ne sont pas des processus innés. Ils nécessitent un apprentissage à l'autonomie.

2.5.2. Le patient est au centre de la prise en charge

L'ETP prend toute son importance avec l'évolution du modèle médical vers le modèle biopsychosocial : d'une prise en soin centrée sur la maladie organique et l'action curative, elle devient centrée sur l'individu, dans une approche multifactorielle. Du même fait, la relation soignant-soigné a évolué. Il n'y a plus de relation hiérarchique, la collaboration entre les différents acteurs devient un élément essentiel dans l'éducation du patient, et dans l'approche thérapeutique de la pathologie chronique. (35)

Le modèle biopsychosocial été mis en avant par le médecin psychiatre Georges L. ENGEL afin de prendre en compte le patient, le contexte social dans lequel il vit et le rôle du système de soin et des professionnels de santé dans la prise en soin. (36) Anne

BERQUIN, qui s'appuie notamment sur les travaux de Georges L. ENGEL, définit le modèle biopsychosocial comme « *à la fois un modèle théorique, c'est-à-dire un ensemble cohérent et articulé d'hypothèses explicatives de la santé et de la maladie, et un outil clinique, c'est-à-dire un ensemble de moyens diagnostiques et thérapeutiques directement applicables.* » (37) Les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont pris en compte comme facteurs de développement de la maladie, sans hiérarchie ni prépondérance, « *même si l'on conçoit que leur importance relative puisse varier.* » (37)

2.5.3. La formation à l'éducation thérapeutique

L'ETP nécessite d'être mise en place par des professionnels formés. La formation étant accessible à tous les professionnels de santé définis par le Code de la Santé publique, elle constitue l'un des axes principaux dans la pratique MK. Ceci est défini dans le référentiel des activités ainsi que dans le référentiel de compétences du professionnel MK. (4) Apparaissant comme un axe fort dans le projet pédagogique de l'IFMK de Brest (15), la mise en place de la formation à l'ETP auprès des étudiants durant la dernière année vient compléter l'apport théorique à ce sujet. L'apport pratique n'est quant à lui pas obligatoire sur terrain de stage. Il peut être rencontré par l'étudiant durant son parcours, selon s'il côtoie de professionnels formés et s'investit dans un projet d'éducation thérapeutique.

L'enjeu est donc d'apprendre au patient à devenir plus autonome de sa santé. Cela nécessite pour lui un apprentissage. Le professionnel de santé doit donc développer des compétences en pédagogie dans sa démarche d'ETP.

3. Problématique et hypothèses de recherche

Grâce aux définitions précédemment apportées à la formation MK, au raisonnement clinique ainsi qu'à l'éducation thérapeutique, on identifie trois cas de résolution de problème auquel l'étudiant et futur professionnel MK sera confronté. D'abord, c'est l'étudiant qui est amené à mettre en lumière ses difficultés et qui les surmonte grâce à une méthodologie d'apprentissage vue au cours de sa formation. Ensuite, c'est l'étudiant MK en l'occurrence, qui est confronté à un problème lorsqu'il est face à un patient et qui met en place un processus de raisonnement clinique afin de le résoudre. Pour finir, c'est la position centrale occupée par le patient dans la prise en soin. Grâce à la relation coactive qu'il entretient avec les professionnels de santé, il prend conscience des problèmes dus à sa pathologie. L'étudiant MK apprend au patient à identifier ses propres difficultés et l'aide à adapter son comportement au quotidien. Pour chacun des trois cas de figure, un apprentissage rigoureux et adapté est nécessaire pour résoudre le problème.

La question qui donnera ensuite lieu à une méthodologie de recherche est la suivante : **Quel est l'impact de l'alternance pédagogique de formation sur le rapport éducatif entre l'étudiant MK et le patient ?**

Répondre à cette question met en jeu plusieurs objectifs. Le premier sera de déterminer si l'étudiant est autonome dans sa pratique. Il a conscience du bagage pédagogique qu'il possède et est capable d'évoluer au cours de ses stages.

Le second est de mettre en lumière les interactions des différents acteurs ainsi que la place de l'étudiant au sein du stage.

Enfin, le troisième objectif est de déterminer si l'étudiant met ses compétences pédagogiques au service du développement de l'autonomie du patient.

Les hypothèses en lien avec la problématique sont donc les suivantes :

Hypothèse 1 : L'apprentissage d'outils méthodologiques de résolution de problème permet à l'étudiant de maintenir la continuité des soins lors d'une prise en charge rééducative.

Hypothèse 2 : L'analyse réflexive de sa pratique permet à l'étudiant de mieux prendre conscience de son rôle dans l'éducation du patient à sa santé.

4. Méthodologie

4.1. Choix de l'entretien semi-directif

La problématique et les hypothèses abordées dans ce travail sont centrées autour de l'expérience, du parcours de l'étudiant. D'après Alain Blanchet et Anne Gotman : « *L'exploration du vécu suppose le recueil de discours qui mettent en lumière les pensées des acteurs concernant leurs comportements sociaux et leurs états mentaux.* » (38) C'est donc grâce à l'échange permis par l'entretien que je vais pouvoir récolter les informations liées au vécu et au ressenti des étudiants.

Les entretiens menés ont pour but de rechercher le point de vue de l'étudiant. C'est son interprétation des questions et sa réflexion qui serviront pour l'analyse. L'entretien est la méthode octroyant le plus de liberté de parole à la personne interviewée. (38) En paramétrant un guide d'entretien semi-directif, contrairement à un questionnaire avec des réponses ouvertes, il m'est possible de réguler et de rebondir sur des idées. J'ai ainsi pu sélectionner et préciser certains propos tout au long de l'entretien.

4.2. Choix des modalités de conception de l'entretien

4.2.1. La population et critères d'inclusion

Les entretiens ont été menés auprès d'étudiants MK. Le choix de la population est basé sur des critères tels que l'année de formation, la géographie, le biais relationnel. (38) Les critères d'inclusion de ma population étaient donc : être étudiant de l'IFPEK de Rennes, être en dernière année de formation.

J'ai choisi de ne m'intéresser qu'à des étudiants de dernière année car ce sont ceux qui ont reçu la formation la plus longue et la plus dense. Ils ont abordé dans leur cursus tous les éléments définis dans le cadre conceptuel de ce travail. Ainsi, ils sont à une étape cruciale de la formation qui inclut une notion de projection, d'anticipation et de professionnalisation importantes en vue de l'obtention du diplôme.

Les étudiants interviewés sont ceux de l'IFPEK de Rennes, par intérêt géographique et pour une facilité de mode de recrutement. Pour éviter d'avoir un biais relationnel, j'ai souhaité ne pas interviewer les étudiants de Brest car leur parcours m'est familier et car il est en lien direct avec la formation : les stages sont prédéfinis par l'IFMK

dès la première année. Afin que l'étudiant soit à l'aise et puisse se confier en toute liberté, j'ai préféré qu'il n'y ait pas de lien entre l'IFMK de Brest et lui. L'intérêt pour l'IFPEK de Rennes se caractérise par la possibilité laissée aux étudiants de choisir leurs lieux de stage durant leur cursus : les lieux de stage n'ont pas de lien direct avec l'école, ils n'ont donc aucune restriction à me confier leur expérience de ce point de vue-là. De plus, de part des échanges avec l'administration et avec des étudiants en amont des entretiens, j'ai eu connaissance de la similarité du projet pédagogique des deux IFMK : ce qui est conceptualisé et valable pour les étudiants et l'équipe pédagogique de l'IFMK de Brest l'est également pour l'IFPEK de Rennes.

4.2.2. Le mode de recrutement

Le contact avec les interviewés a été établi par deux modes d'accès indirects. (38) Tout d'abord, un tiers considéré comme « informateur-relais », m'a mise en contact avec des étudiants de l'IFPEK de Rennes. Afin d'enrichir les réponses obtenues, j'ai ensuite contacté l'administration de l'IFPEK qui a transmis ma demande à l'ensemble des étudiants par mail. Six étudiants se sont portés volontaires.

4.2.3. Le lieu et le moment

Selon moi, l'environnement doit être un facteur favorisant la mise en confiance de l'interviewé. J'ai donc laissé les étudiants choisir le lieu qu'ils préféreraient pour réaliser l'entretien. Cinq étudiants ont choisi les locaux de l'IFPEK de Rennes, et un étudiant a préféré se confier chez lui. Geneviève Imbert explique l'importance de la relation de confiance qui doit se mettre en place afin que cela devienne « *un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, de reconnaissance de l'expertise du profane et du chercheur.* » (39)

Pour ce qui est du moment, j'ai pris contact avec les interviewés après la période de partiels du semestre 7 afin de ne pas empiéter sur le temps de travail des étudiants ni sur le mien. Leur choix d'accepter l'entretien n'était donc pas biaisé par le manque de temps.

4.2.4. Les liens contractuels

Pour fournir aux interviewés une base de confiance et d'un point de vue rigoureux et éthique (39), j'ai veillé tout d'abord à me présenter et à expliquer l'objet de mon mémoire. Certaines précisions ont été apportées, comme la durée approximative de l'entretien, l'utilisation de question ouverte ainsi que ma volonté de leur laisser le temps de réflexion nécessaire pour répondre. L'étudiant était également libre de me dire s'il avait des questions sur le déroulement de l'entretien ou s'il ne comprenait pas certains points abordés. La première question du guide d'entretien a comme objectif d'amener les interviewés à un premier travail de remémoration. En effet, ils ont du me raconter l'une de leur plus vieille prise en charge d'un patient en tant que stagiaire MK.

Ensuite, j'ai sollicité leur accord sur l'enregistrement de l'entretien via une application d'enregistrement vocal, en précisant que leur anonymat sera conservé et que leur propos ne seront pas utilisés à d'autres fins que ce travail d'étude. Sur les six entretiens réalisés, tous les interviewés ont fourni leur accord. Afin de préserver leur anonymat, les prénoms ont été modifiés.

4.3. Le guide d'entretien

Alain Blanchet et Anne Gotman définissent le guide d'entretien comme « *un premier travail de traduction des hypothèses de recherches en indicateurs concrets et de reformulation de questions de recherche (pour soi) en question d'enquête (pour les interviewés)* » (38)

4.3.1. Construction du guide

Un premier guide a été réalisé au vu des premières lectures scientifiques, de ma problématique et des hypothèses mises en place pour y répondre. Geneviève Imbert place le pré-test du guide d'entretien comme l'une des étapes indispensables à sa bonne construction. (39) Pour cela, un entretien exploratoire a été mené afin de tester cette première version du guide.

Suite cet entretien exploratoire, réalisé sur un étudiant de l'IFPEK de Rennes, j'ai dû reprendre certaines questions du guide qui n'étaient pas assez précises. J'ai ajouté à cette

première version deux temps de contextualisation, afin que l'interviewé sache dans quel champs ma question s'inscrit et quelle orientation donner à sa réponse. Le guide présente des relances préparées à l'avance. Cela n'exclut pas les relances improvisées qui m'ont permis d'approfondir un sujet.

4.3.2. Thèmes abordés

Le guide d'entretien, exposé en **Annexe I**, met en évidence plusieurs thèmes de question :

- Le premier thème abordé est la **capacité d'analyse réflexive** : tout en permettant à l'étudiant de se mettre en confiance en lui laissant le choix de l'expérience qu'il veut raconter, ce thème met en avant la capacité de l'étudiant à réfléchir par rapport à sa pratique antérieure.
- Le deuxième thème abordé est la **difficulté rencontrée en stage** : ce thème permet de savoir si l'étudiant a réussi à identifier des difficultés rencontrées ou non durant son parcours de stage.
- Le troisième thème abordé sont les **outils méthodologiques mis en œuvre pour surmonter la/les difficulté(s)** : ce thème permet de connaître les stratégies utilisées par l'étudiant afin de surmonter des difficultés vécues ou à venir.
- Le quatrième thème abordé sont les **rôles et les relations entre les différents acteurs du stage** : ce thème permet de savoir si l'étudiant connaît la part éducative présente dans chacune des relations entre les différents acteurs du stage et comment elles s'articulent entre elles.

5. Résultats

5.1. Entretiens

Interviewé	Journée	Durée	Lieu
Jeanne	14/02/2020	19'27"	IFPEK Rennes
Claire	14/02/2020	18'53"	IFPEK Rennes
Gautier	14/02/2020	29'54"	IFPEK Rennes
Alexandra	19/02/2020	21'39"	Domicile
Antoine	19/02/2020	18'34"	IFPEK Rennes
Jules	19/02/2020	16'59"	IFPEK Rennes

Tableau 1 : Résultats des entretiens, créé le 14/03/2020

5.2. Méthodologie d'analyse

Chaque entretien a été retranscrit, dont un exemple en **Annexe II**, de manière littérale sur un document Word. Une grille d'analyse commune (Tableau 2) a été utilisée pour chacun des entretiens retranscrits afin de catégoriser les informations données par l'étudiant selon les thèmes généraux définis pour la grille d'entretien.

Thèmes généraux	Citations
Analyse réflexive sur les expériences de stage (A)	A1 [...] A2 [...] ... An [...]
Difficultés en stage (D)	D1 [...] D2 [...] ... Dn [...]
Outils méthodologiques utilisés en stage (OM)	OM1 [...] OM2 [...] ... OMn [...]
Rôles et relations des différents acteurs d'un stage (RR)	RR1 [...] RR2 [...] ... RRn [...]

Tableau 2 : Grille d'analyse des entretiens, créé le 09/04/2020

Chaque citation, numérotée de 1 à n (n étant un chiffre variable), et associée à un thème, est insérée dans le tableau. Son chiffre et sa lettre sont également insérés dans le fichier Word pour permettre de retrouver la citation dans son contexte.

5.3. Le discours de l'étudiant au service de l'analyse réflexive

5.3.1. La place de l'analyse réflexive du parcours de stage

Les étudiants mettent tous en évidence la présence de session d'analyse réflexive dans leur cursus. Ils les désignent par différents noms : des « *retours* » pour Jeanne (A10), Antoine (A2) et Jules (A4) ; des « *TD* » pour Claire (A5, A7) ; des « *APP²* » pour Claire (A6) et Antoine (A3) ; des « *rendez-vous référents* » pour Gautier (A8) ou des « *réunions* » pour Jules (A4)

Cela suit une temporalité : Jeanne (A9) « *en première et en deuxième année* », (A9) « *je crois pas que l'année dernière j'ai eu de retour* » ; Gautier (A8) « *quasiment systématique à chaque fin de stage. [...] on en a 2 par an je crois, ou 3 par an.* » ; Alexandra (A4) « *on a dû faire ça peut être 3 ou 4 fois en tout.* » ; Jules (A4, A5) « *en K1, K2* ».

Ils décrivent également des modalités différentes : Jeanne (A10), Claire (A5), Gautier (A8, A10), Alexandra (A4) et Jules (A4) parlent de sessions en groupe, supervisées par un « *référent* » ; Antoine (A6) et Jules (A4) évoquent en plus une évaluation de l'analyse réflexive sur une situation de stage.

Un thème commun a été rapporté : parler de « *situations délicates* » (Jeanne, A12), de « *difficulté ou d'un problème qu'on avait rencontré en stage* » (Claire A5), d'une « *prise en charge qui nous avait... problématique je crois* » (Antoine, A6), « *raconter une situation difficile qu'on avait eu avec un patient* » (Jules, A4). Un objectif : « *apporter des solutions si c'était possible.* » (Claire, A5)

Au final, les étudiants trouvent ça intéressant en général, mais n'y ont pas vu d'intérêt personnel sur le moment donné : Jeanne (A12) « *après moi euh j'ai pas trop eu à faire avec des situations délicates où je sais pas par exemple ça m'aurait fait du bien d'en parler et d'avoir un avis extérieur* » ; Claire (A6) « *je trouve pas que ça m'a tellement aidé parce que c'était vachement ciblé comme problème* » ; Gautier (A10) « *Disons que c'est un peu rébarbatif au bout de 4 ans, mais parce que tout n'est pas intéressant* » ; Antoine (A4) « *je pense que c'est pas mal s'il y a une situation qui nous pose problème, après bah sur le moment j'en avais pas trop eu* » ; Jules (A6, A7) « *Donc je pense pour eux c'est bien parce qu'en première année tu as besoin d'en parler, en*

² Analyses de Pratique Professionnelle

deuxième année aussi », « c'est toujours un plus à entendre mais vu que moi je n'avais pas de problème non plus, j'ai pas pu régler des problèmes vu que je n'en avais pas. »

5.3.2. Les différents paramètres d'une prise en charge

Dans leurs discours, les étudiants ont apporté une analyse très riche des différentes prises en charge auxquelles ils ont « assisté », « participé » ou qu'ils ont « réalisé » du début à la fin.

5.3.2.a. L'étudiant analyse des comportements

Les souvenirs des étudiants se sont tout d'abord portés sur le comportement des patients en séance, envers sa rééducation : « *il arrivait pas à se rendre compte du danger de ce qu'il faisait* » (Gautier, A5) ; « *il acceptait pas que je lui demande de faire des exercices et du coup en fait il faisait tout l'inverse de ce que je lui disais* », « *j'assimile ça un peu à du refus de soin mais pas vraiment non plus parce qu'il faisait quand même les choses, c'est juste qu'il les faisait mal* » (Claire, A8, A11) ; « *elle est arrivée une ou deux fois sobre dans le stage, et là pour le coup elle était complètement différente* » (Jules, A10).

Le comportement des patients envers eux a été relevé plusieurs fois par Alexandra : « *Il s'adressait aussi bien à moi qu'à ma tutrice.* » (A2), « *Il y avait des parents, je sentais vraiment qu'ils étaient très réfractaires [...] par contre il y a des parents au contraire où tu sentais que bah que ça ne les dérangeait pas.* » (A8) ; par Antoine : « *ça le dérangeait pas qu'un stagiaire de première année bah participe à la séance.* » (A2) ; et par Claire : « *On s'entendait bien fin, il était bien avec moi du coup ça se passait bien* » (A4)

L'attention est également portée sur leurs propres comportements. Jeanne « *[prenait] le temps* » avec une patiente triste (A5) ou pouvait « *discuter librement avec eux, [s'intéresser] à leur vie* » (A6) lorsqu'elle était seule avec les patients.

Tout comme Antoine qui adapte son comportement : « *moi je suis là mais un peu en retrait* » (A9) lorsque le tuteur est là, alors que « *quand je vais être tout seul avec le patient, au final je vais beaucoup plus parler, plus être à l'aise* » (A6).

« *[Je] me suis un peu mis à son niveau entre guillemets* » dit Gautier (A2) pour parler d'un patient du même âge que lui.

« *J'étais déstabilisé déjà par ses réponses, et par son comportement* » (A5) se rappelle Alexandra quand elle parle d'un patient atteint de schizophrénie et elle précise « *qu'il faut vraiment avoir le tempérament, le caractère qui va avec et moi je pense que clairement je, fin je l'avais pas.* » (A6)

Enfin, le comportement de l'équipe soignante est également évoqué avec Gautier : « *je sentais pas qu'il était vraiment écouté par les autres, par les autres kinés, par le médecin etc...* » (A6) dans le cas d'un patient non-observant.

5.3.2.b. L'étudiant analyse le contexte d'une prise en charge

Dans une prise en charge, le contexte s'intéresse tout d'abord à la vie de la personne. Jeanne parle d'un « *contexte très particulier* » car « *la personne était très fragile* » (A15).

Les différentes pathologies sont mises en avant : « *patient chronique* » pour Jeanne (A2), « *traumatisme crânien* » pour Claire (A1), « *patient tétraplégique* », « *patient schizophrène* », « *autistes* » pour Alexandra (A1, A6, A9), « *AVC* » pour Antoine (A7) et « *patiente qui était alcoolique* » pour Jules (A8).

Gautier aborde le côté social : « *il était frustré d'être dans une position où bah il n'y a plus d'argent qui rentre* » (A4).

Ce dernier évoque aussi le niveau d'information des patients sur leur santé, avec l'exemple des radios : « *au final je ne savais pas qu'il n'avait pas eu accès, et c'est que plus tard quand j'ai compris qu'il n'avait pas eu accès que je me suis dit « mais on les a les radios » fin « on peut vous les montrer ».* » (A15).

Pour Jeanne (A17) et Gautier (A21), ce qui change une prise en charge, c'est également si la pathologie est connue ou non. Alexandra (A13) et Jules (A3) nuancent en parlant des pathologies connues mais jamais rencontrées.

Dans un contexte, on s'intéresse également au lieu : « *cabinet* » (Jeanne, A1) ou « *libéral* » (Gautier A22) ou « *cabinet libéral* » (Alexandra A10, Antoine A1, Jules A8), « *hôpital* » (Gautier A21, Alexandra A6, Antoine A7), « *centre* » (Jeanne A3) ou « *centre de rééducation* » (Claire A1, Alexandra A1).

On s'intéresse également aux services : « *en SSR³* » (Gautier A1), « *en neuro* » (Claire A1, Gautier A21), « *hôpital psychiatrique* », « *neuropédiatrie* » (Alexandra A6, A10).

Enfin, la fréquence des prises en charge : « *tous les jours* » (Jeanne A13, A15)

5.3.2.c. L'étudiant analyse la pratique de la kinésithérapie

Comme pour l'analyse des comportements, les étudiants ont différencié les pratiques kinésithérapiques. Leur propre pratique dans un premier temps : « *je savais ce qu'il fallait que je fasse* » (A3), « *il a fallu s'adapter* » (A9), « *après le problème c'est que je n'atteignais pas tous mes objectifs de séance quoi* » (A10) pour Claire. « *Moi j'avais accès à tout ce qui se passait en ... alors que lui ne savait pas tout ce qui était médical etc...* » (A3) dit Gautier.

Alexandra se sert d'un exemple : « *avec les autistes il ne faut pas forcément trop parler, on pouvait peut-être plus montrer ou des choses comme ça, et ça moi c'est des choses que j'avais du mal à mettre en place.* » (A9).

Enfin Jules est catégorique : « *Mais avec une pathologie qu'on ne connaît pas, à part faire un bilan bidon ou essayer de faire une prise en charge qui ressemble à quelque chose alors que ça ne ressemble à rien, je crois que je ne la ferais pas* » (A11).

Pour Gautier, « *ça a changé mon regard sur le fait de parler aux patients de leur pathologie* » (A18) ; pour Alexandra, « *cette expérience-là elle était enrichissante parce qu'en première année ça m'a fait me rendre compte que bah c'était important la relation de soin* » (A3), « *ça m'a aidé dans le sens où maintenant je vois ce que c'est une pathologie psychiatrique* » (A12). Les étudiants parlent ici d'une évolution de leur pratique.

Ensuite, deux des étudiants ont souhaité parler de la pratique observée chez leur tuteur/tutrice et aux choix pris. Jeanne a été « *décue* ». « *[Ma tutrice] faisait beaucoup beaucoup de massages avec des patients qui venaient depuis des années et des années enfin donc je me demandais l'utilité quoi euh, des prises en charge des fois qu'elle faisait.* » (A3).

³ Soins de Suite et de Réadaptation

Quant à Jules : « *tous les kinés, eux ça les faisait marrer parce qu'ils trouvaient ça normal, moi je trouvais ça trop... fin accepter une patiente alcoolisée dans le cabinet je trouvais ça bizarre.* » (A11)

5.3.2.d. L'étudiant analyse l'utilisation des outils d'apprentissage

Respectivement, Alexandra et Jules évoquent la différence entre la théorie vue en cours et la réalité d'une prise en charge : « *il y a toujours le décalage entre ce que tu recherches sur internet et le comportement que le patient va avoir en face de toi* » (A14), « *on avait eu des cours mais c'est jamais pareil un cours sans avoir vu la patho.* » (A3)

Gautier évoque quant à lui la préparation d'une séance : « *ça va dépendre de combien de temps j'ai avant de commencer cette prise en charge.* » (A7)

5.3.2.e. L'étudiant analyse l'encadrement pédagogique en stage

Les étudiants exposent la pédagogie des tuteurs selon leurs attentes. Jeanne peut être soulagée par une certaine liberté d'action : « *Sans voilà, sans avoir le kiné qui est là pour écouter ou pour regarder ce que je pouvais dire* » (A7) a contrario d'Antoine : « *ouai en stage ça s'est tout le temps plutôt passé, fin mes tuteurs ou tutrices étaient assez pédagogues et sympas on va dire* » (A5), « *S'il me dit des retours positifs et négatifs, moi ça ne me dérange pas.* » (A10).

Pour Jules, son parcours de stage est marqué par différents encadrements : « *Et du coup avec le kiné, il m'a appris petit à petit* » (A1) « *Et avec lui à côté du coup, bah je me sentais mieux.* » (A2) ; « *j'ai déjà eu des patients où le kiné il ne [les] poussait pas trop, et il ne me poussait pas trop à aller vers [eux].* » (A11)

Gautier évoque l'expérience de certains tuteurs : « *j'en parlais à mon kiné qui ... qui était un mec de 55 ans, 60 ans, qui était là depuis 30 ans, qui était en mode « j'en ai vu d'autres et tout va bien se passer pour lui ».* » (A20)

5.4. La difficulté rencontrée en stage est multifactorielle

Les difficultés rencontrées par les étudiants découlent de nombreux facteurs différents. Grâce à la diversité des parcours des étudiants, certains de ces facteurs ont pu être mis en évidence.

La singularité du patient est un facteur, comme les patients non communiquant ou en refus de soin pour Claire (D2, D4), ou non observant pour Gautier (D2).

Jules aborde la difficulté du décès (D3) et des comportements toxiques comme l'alcoolisme (D4) chez certains patients tandis qu'Alexandra parle de certaines pathologies spécifiques où il est difficile de se placer, comme avec les maladies psychiatriques (D2) ou encore la neuropédiatrie (D5) avec le rapport aux parents (D4).

Jeanne, pour qui il est dur d'être confronté à des patients tristes (D1), est également soumise à ses émotions qui peuvent compliquer la prise en charge : « *je peux vite me faire submerger par moi mes émotions* » (D2) « *je suis plutôt concentrée à moi retenir mes émotions pour euh pas laisser paraître que je suis triste, plutôt que d'essayer d'avoir, je sais pas de rassurer le patient* » (D3)

Le relationnel avec le patient est perçu parfois comme facteur de complication, comme pour Gautier (D1) : « *Pas simple parce qu'il avait mon âge, parce qu'il était père de famille, fin le fait qu'on ait le même âge mais pas le même statut c'était pas simple à gérer* » et pour Antoine (D1) : « *Si j'ai eu le père d'une fille que je connaissais, qui a eu un AVC, et qui s'est retrouvé bah à l'hôpital où bah j'étais en stage. Et euh ouai bah ça m'a fait un peu bizarre, parce que c'était quand même assez sévère.* »

L'encadrement pédagogique en est un autre. Pour certains étudiants, être laissé en autonomie trop rapidement est difficile à gérer : « *j'avais beaucoup d'appréhension, les fois où elle m'a demandé d'aller le voir toute seule.* » (Claire D3), « *quand j'ai été tout seul, j'ai re-eu un moment de pas bien parce que je savais pas si ce que je faisais était bien ou pas.* » (Jules D2).

Alexandra (D1) : « *c'était pas tout le temps facile d'être à trois dans une relation de soin, d'être le stagiaire à côté* » et Antoine (D2) : « *quand il va y avoir le tuteur, du coup bah s'il y a une discussion, je pense que ça serait... fin je laisse le patient avec le kiné, et moi je suis là mais un peu en retrait. Et j'ai un tuteur qui m'avait fait des réflexions sur ça. Fin en fait il aurait fallu que j'imagine qu'il ne soit pas là, et du coup euh ouai je trouvais que c'était difficile.* » Les deux étudiants abordent la difficulté de se placer dans la relation patient-tuteur.

Jeanne, par manque de temps de préparation, « *pense [qu'elle serait] un peu déboussolée.* » (D4)

Enfin, le manque de connaissances, pour les étudiants, rend certaines prises en charge difficiles : « *je n'avais pas trop de notions en neuro* » (Claire D1), « *j'avais aucune idée de comment faire le bilan à ce moment-là. Si j'avais été tout seul à ce moment-là, je savais pas quoi faire.* » (Gautier D5), « *J'avais jamais trop fait d'épaule, j'ai fait ma première en troisième année. Et du coup bah j'étais un peu perdu* », « *je pense que si je ne la connais pas la patho et que je connais pas le patient, je pense que je ne serais pas d'accord à réaliser la prise en charge.* » (Jules D1, D5)

5.5. L'étudiant utilise divers outils méthodologiques dans son parcours de stage

5.5.1. Le recours à des ressources internes

Les étudiants ont recours de manière consciente à l'expérience des situations passées. Alexandra : « *si j'avais jamais fait de stage en psychiatrie et que je n'avais jamais vu de patient, bah je saurais encore moins m'y prendre* » (OM1), « *on a quand même plein de connaissances cliniques* » (OM5)

Jules : « *je me servais de l'expérience de stage ouai* » (OM3), « *Après si c'est vraiment une pathologie par exemple en vésicosphinctérien ou quoi que ce soit que je n'ai jamais fait et que je sais que je n'en ferais pas, là pour le coup je refuserai.* » (OM7), « *Ouai je me servirai de ce que j'ai déjà vu en stage et un peu de ce que j'ai vu à l'école aussi pour essayer de faire quelque chose.* » (OM8)

Gautier : « *ça se rapprochait énormément d'une autre pathologie.* » (OM8), « *c'est possible que le stage d'après j'ai plus questionné les patients sur ce qu'ils savaient de leur patho et savoir où ils en sont et adapter à leurs attentes.* » (OM3).

Les étudiants ont parfois besoin d'anticiper certaines prises en charge, comme une première séance. Jeanne : « *si par exemple on m'en parle un peu à l'avance* » (OM3), « *je ferais avec selon ce que j'ai préparé en amont* » (OM5), « *Si c'est bien préparé, si j'ai vraiment bien le temps de me préparer avant...* » (OM7)

Gautier : « *Bah ça va dépendre de combien de temps j'ai avant de commencer cette prise en charge. Si on me dit c'est tout de suite, je vais interroger mon kiné sur ce qu'il a etc...* » (OM4)

Alexandra : « Bah déjà un peu de temps de préparation peut être. Qu'on ne me dise pas ça 5 minutes avant que le patient n'arrive » (OM2)

Jules : « Euh bah déjà je pense que si je ne la connais pas la patho et que je connais pas le patient, je pense que je ne serais pas d'accord à réaliser la prise en charge. Après si je suis obligé, j'irai direct leur en parler. » (OM4)

Les étudiants ont également mis en avant la communication comme solution de recours. Claire « j'aurai tenté de lui faire comprendre que c'est important qu'il fasse bien les exercices » (OM2), « Et fin je sais pas, un patient qui se prend en charge ça se voit et du coup c'est que tu as été bon dans la transmission. » (OM7)

Gautier : « Je ne comprenais pas pourquoi le mec avait pas accès à des informations aussi importantes [...] Et au final j'en ai parlé à mon kiné » (OM1), « Si on me dit juste « Tu as un nouveau patient » et c'est une fois que je suis devant ce nouveau patient que je me rends compte que je sais pas, je pense que je vais déjà lui demander ce que lui sait de sa patho s'il sait, déjà j'aurai des informations sur le type de patho, si c'est neuro etc... » (OM5)

Jules : « Et après on en a parlé avec le patient et le kiné et on a vu que c'était plutôt bien ce que je faisais. » (OM1), « Même maintenant je l'ai en stagiaire, j'irai voir mon kiné pour dire qu'une patiente alcoolisée ça ne sert à rien de la prendre en charge. » (OM2)

Le « bilan » est une technique kinésithérapique mise en avant par les étudiants (Jeanne OM8, Claire OM5, Gautier OM6, Alexandra OM4, Jules OM6)

Jeanne (OM9) et Claire (OM1) mettent en avant l'analyse réflexive pour accompagner leur prise en charge.

Enfin, la notion de raisonnement clinique est abordée avec Jeanne dans la priorisation de ces objectifs de séances avec une patiente qui se met à pleurer : « Donc c'est pas parce que je prenais par exemple euh 10-15 minutes sur une séance que ça allait en soi vraiment impacter cette prise en charge. » (OM1), « Et tant pis si on ne fait pas ce qu'était prévu à la séance et ce sera pour la prochaine fois quoi. » (OM2)

5.5.2. Le recours à des ressources externes

Le recours à un professionnel de proximité est privilégié par les étudiants

Jeanne : « *si après par derrière, bah je peux faire un retour avec un kiné qui sera capable de me réguler* » (OM6), « *j'ai trouvé qu'il y avait des kinés dont je m'inspirais beaucoup* » (OM10).

Claire : « *demander des conseils à ma tutrice* » (OM4), « *j'irai voir ma tutrice et je lui dirais « eh bien là aujourd'hui j'ai eu un patient que je ne connaissais pas, je ne connaissais pas la pathologie, quels conseils tu pourrais me donner ? Qu'est-ce que je devrais plus travailler selon toi ? »* » (OM6).

Gautier : « *J'aurais été en difficulté si j'avais été tout seul, là j'étais pas tout seul donc ça allait.* » (OM9), « *Donc contexte compliqué, patho que j'aurai eu du mal à gérer, y a moyen que je sois allé frapper à la porte d'à côté voir, parce que là où je vais en clinicat il y aura trois autres kinés.* » (OM10).

Antoine : « *Et mais ouai peut être par rapport à en stage, directement je me dirais « ça je ne sais pas du tout faire » et du coup [le kiné] me corrigerait directement.* » (OM2).

Jules : « *J'irai direct voir mon tuteur de stage pour lui dire que bah je ne connais pas là patho et que je ne connais pas la patiente, donc soit on fait une première séance ensemble où il m'explique la patho et après bah je peux gérer la situation, soit s'il ne veut pas faire de première séance ensemble, je lui dis que je ne peux pas faire la séance.* » (OM5).

« *Se renseigner le soir* » (Claire OM3), faire des « *recherches* » (Jeanne OM4, Alexandra OM3), « *plancher dessus* » (Gautier OM7), « *regarder des trucs* » (Antoine OM1), en somme aller chercher des informations dans la littérature est une méthode d'apprentissage pour les étudiants.

5.6. Les acteurs du stage : rôle et relation définis par l'étudiant

5.6.1. Les relations

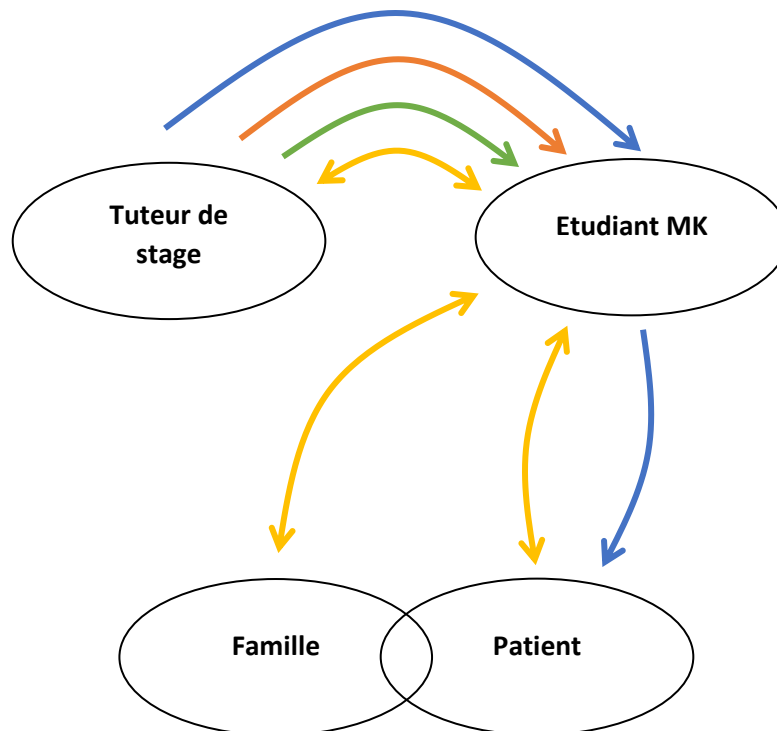


Figure 2 : Schéma des interactions entre les acteurs du stage, crée le 20/04/2020

↔ = Relation de collaboration (Claire RR6 ; Alexandra RR1, RR3 ; Jules RR9)

→ = Relation d'éducation (Claire RR11 ; Jules RR4, RR5)

→ = Relation pédagogique (Claire RR10)

→ = Relation d'évaluation (Gautier RR6)

5.6.2. Les différents rôles

5.6.2.a. L'étudiant masseur-kinésithérapeute

Dans le statut d'étudiant est intégré celui du MK car c'est un futur professionnel, un MK en devenir, comme le précise Alexandra : « *Quand tu es en première année ou quand tu es en quatrième année, tu n'as pas le même rôle à tenir auprès du patient. Après effectivement plus t'avance dans tes années et plus tu vas te rapprocher du rôle du vrai kiné entre guillemets.* » (RR4)

L'étudiant MK est avant tout éducateur. Gautier : « ETP plus plus, c'est-à-dire que j'étais vraiment dans une situation où je devais lui faire comprendre les enjeux, je devais lui faire comprendre ce que ça provoquait ce qu'il faisait ou ce qu'il ne faisait pas » (RR3), « Parce que là, pour le coup tu vas dans une démarche où tu vas essayer de lui faire intégrer et comprendre des processus etc... qui vont faire que lui bah il soit plus apte au quotidien à s'autogérer » (RR11).

Claire : « Bah peut être qu'au lieu d'essayer de lui demander l'inverse pour qu'il le fasse bêtement, peut être le raisonner et lui dire bah que c'est important » (RR1).

Antoine : « bah ouai je pense que de plus en plus ça va être notre rôle de kiné envers le patient d'être éducateur. » (RR3).

Jules : « le but de la rééducation c'est qu'il puisse la faire tout seul et qu'il n'ait plus besoin de venir. Donc forcément on va le pousser à agir. » (RR7), « c'est l'éducation thérapeutique : c'est sur un patient compliqué qui n'est pas motivé, c'est de travailler sur les objectifs qu'il a et essayer de choisir les objectifs que nous on peut mettre ensemble, pour essayer d'atteindre le but voulu. » (RR10)

L'étudiant MK doit être à l'écoute du patient. « Disons que ça a changé énormément nos conversations, c'est-à-dire que j'avais beau m'occuper de lui, nos conversations étaient tournées énormément vers ça, et lui et ses attentes » (Gautier RR2) ; « Bah c'est déjà de parler de lui, de ce qu'il veut, c'est pas de l'éducation thérapeutique mais chercher à savoir pourquoi il est là, ce qu'il veut. » (Jules RR8)

Il doit être présent pour le patient. Gautier : « Tu t'adaptes au patient, tu n'as pas le même langage que lui. » (RR8).

Alexandra : « Et ça marche aussi pour les patients du coup, si toi en tant qu'étudiant, en tant que kiné, tu t'en fiches un peu des patients, tu ne fais pas trop attention à eux, ça ne leur donne pas non plus envie d'être actif et d'être acteur dans leur rééducation quoi. » (RR6).

Jules : « Mais de toute façon si c'est ma patiente je serais obligé de faire quelque chose parce que je ne vais pas la laisser sans rien » (RR1).

Ensuite, pour sa pratique, l'étudiant prend en compte les remarques de son/ses tuteur(s). « Bah en fait que tout parce simplement c'était pendant mon stage et c'était la technique de ma tutrice de lui demander l'inverse pour qu'il le fasse bien. Et que du coup

je me suis « bah moi je vais faire pareil ». » (Claire RR4) ; « si je suis stagiaire, je demanderais à mon tuteur parce que je ne suis pas sûr. » (Jules RR2)

Enfin, pour Jeanne, l'étudiant doit mettre en œuvre ses connaissances : « *Donc je ferais mon bilan comme on a appris* » (RR4)

5.6.2.b. Le tuteur de stage

Les étudiants mettent en avant le rôle de régulation du tuteur envers l'étudiant.
Jeanne : « *un kiné qui sera capable de me réguler* » (RR3).

Alexandra : « *Après t'en rediscutes avec la tutrice* » (RR2).

Antoine : « *Je pense que c'est au final qu'il nous fait confiance. Je ne pense pas qu'il va nous mettre en difficultés.* » (RR1).

Claire : « *une fois que le patient est parti, que la journée est finie, j'irai voir ma tutrice* » (RR9)

Le tuteur transmet des connaissances : pour Gautier, « *j'ai des souvenirs de mon premier stage K1 où j'étais un élève totalement novice et il m'apprenait tout. Il m'apprenait vraiment tout* » (RR4) ; pour Alexandra, « *il prend du temps pour t'expliquer les choses* » (RR5).

Pour Jeanne, le tuteur doit être formé et présent pour l'étudiant : « *Bin je pense que ça dépend vraiment des tuteurs pour le coup, moi des fois j'avais des tuteurs qui étaient assez euh peut être pas assez formés on va dire au tutorat.* » (RR10), « *quand je suis arrivée déjà j'avais même pas de tuteurs, ils avaient oubliés que j'arrivais, donc euh déjà ça commence mal.* » (RR11)

Enfin, pour Gautier, le tuteur est celui qui évalue le stage : « *« Ça reste un tuteur donc c'est lui qui va te valider ton stage donc il y a toujours cette relation de hiérarchie entre guillemets.* » » (RR6)

5.6.2.c. Le patient

Dans une prise en charge, l'étudiant attend que le patient soit coopérant : « *Je sais pas fin je trouve que c'est mieux de se mettre d'accord et qu'il accepte les soins et qu'il accepte que je lui demande de faire des choses et qu'il le fasse bien.* » (Claire, RR7)

Il doit être impliqué dans sa rééducation : « *Un lombalgique chronique tu vas être dans une démarche où le patient, sa pathologie, il va devoir apprendre à la maîtriser, apprendre à la connaître et surtout comprendre ce qu'il peut faire, ce qu'il ne peut pas faire.* » (Gautier, RR10) ; « *Ouai bah oui c'est sûr, plus il va être impliqué, mieux ça va être.* » (Antoine RR5)

5.7. Les limites de la méthode

Les 6 entretiens réalisés ne constitueront jamais un échantillon véritablement représentatif de toute la population étudiée et donc aucune donnée obtenue ne pourra être généralisée.

De plus, cette méthode laisse une grande part à l'interprétation et implique donc une certaine subjectivité dans l'analyse car il n'y a pas de référence ou de sens absolu au discours. Les résultats permettront néanmoins d'établir un minimum de liens entre les différents thèmes qui feront émerger et évoluer la réflexion.

6. Analyse des résultats

6.1. Surmonter une difficulté

Les étudiants interviewés ont été capables de dégager des situations jugées complexes dans leurs expériences en stage. En moyenne, chaque étudiant a pu dégager quatre situations complexes différentes. La diversité des situations difficiles retrouvées est une richesse d'informations. En mettant en lumière leurs difficultés, les étudiants expriment la nécessité d'y apporter des solutions. Dans le guide d'entretien, une question projette les étudiants vers une prise en charge d'un patient en première séance :

« Tu réalises dans peu de temps le dernier stage de ta formation. Si durant les premiers jours de celui-ci, on te propose de prendre en charge un patient que tu ne connais pas avec une pathologie que tu ne connais pas, comment expliques-tu le fait que tu puisses dire oui ? »

Cette question suggérait de placer l'étudiant dans une situation complexe afin de comprendre sa réflexion et sa manière de gérer la situation.

« Ce n'est pas quelque chose qui me fait peur. Nan je pense qu'on est plutôt bien préparés à ce genre de situations. » « Donc je ferais mon bilan comme on a appris donc en soi, ouai, je serais capable euh, je déroulerai mon bilan comme on a appris en m'adaptant avec le patient et en soi, pas connaître la pathologie je pense que c'est pas vraiment un problème pour une première séance. »

Pour Jeanne, il devient évident que cette situation est surmontable. En faisant référence au bilan kinésithérapique, elle choisit délibérément un outil technique parmi ceux mis en évidence dans les résultats des entretiens. D'après les résultats, cinq étudiants sur six ont évoqué le recours au bilan. Cela fait référence à la compétence 1 du référentiel des compétences (4) qui est la suivante : Analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique. De manière plus détaillée, cette compétence mise en œuvre correspond entre autres à « Structurer, hiérarchiser, synthétiser et interpréter les informations pour résoudre des situations complexes. » (4) C'est par la maîtrise de cette compétence, la maîtrise de ses capacités d'analyse que Jeanne se projette si facilement dans une telle situation.

« Donc c'est un patient entre guillemets, bah il n'y avait rien de compliqué dans la prise en charge, mais à un moment donné il m'a parlé de sa pathologie, et je ne la connaissais pas du tout. C'était pas gênant pour la prise en charge, dans le sens où ça se rapprochait énormément d'une autre pathologie. »

Gautier a le même point de vue que Jeanne, il surmonte la difficulté. En évoquant lui aussi le recours au bilan dans cette situation complexe (cf 5.4. Les ressources internes), il se raccroche également à son passé, à l'une de ses expériences antérieures pour justifier ses capacités à prendre en charge le patient. Dans ce témoignage, il expose une situation d'apprentissage. Il a comparé le contexte de la prise en charge avec ses connaissances antérieures. En comparant les informations provenant du patient avec ce qu'il connaissait déjà, il a pu établir des liens, mettre en place une stratégie empirique pour une prise en charge adaptée. Aujourd'hui, il sait quelles techniques et quels outils utiliser s'il se retrouve face à un patient avec cette pathologie. Mais on peut également ajouter qu'il a appris à utiliser ses expériences passées comme outil méthodologique de résolution de problème. C'est ce qu'André Zeitler appelle la construction d'une nouvelle habitude interprétative. (25) Face à n'importe quelle pathologie inconnue, Gautier analyse la situation et détermine s'il peut utiliser ses connaissances sur d'autres pathologies similaires pour prendre en charge le patient.

Cela rejoint également la phase d'expérimentation active du modèle de Kurt Lewin et de l'apprentissage par expérience présenté en Figure 1 (17). C'est « *une phase critique pour le nouvel apprentissage qui est mis à l'épreuve dans une nouvelle expérience et ce de manière consciente et délibérée par le sujet.* » (18) La connaissance tirée de l'expérience est consolidée, il élargit sa palette d'expériences. En racontant ce souvenir, il prouve qu'il possède des connaissances provenant de ses expériences et qu'il est capable de les utiliser à bon escient.

« Ouai je me servirai de ce que j'ai déjà vu en stage et un peu de ce que j'ai vu à l'école aussi pour essayer de faire quelque chose. Mais de toute façon si c'est ma patiente je serais obligé de faire quelque chose parce que je ne vais pas la laisser sans rien, mais si je suis stagiaire, je demanderais à mon tuteur parce que je ne suis pas sûr. »

Grâce à Jules, nous avons l'exemple d'une situation où l'expérience et les connaissances semblent ne pas suffire. Du moins, dans sa démarche, il paraît exploiter un maximum de ce que son environnement lui offre. Rappelons-le, lors d'un stage, un cadre

pédagogique est instauré autour de l'étudiant. Ce cadre comprend notamment la présence du tuteur. Dans l'analyse des entretiens, cinq étudiants sur six ont mis en avant l'importance de cette présence et le recours à l'expertise du tuteur comme outil méthodologique.

Une revue de littérature qualitative menée par Wosinski et al. s'est intéressée à identifier et à synthétiser les meilleures preuves disponibles sur la perspective des étudiants en soins infirmiers de premier cycle sur la facilitation des éléments contribuant à l'apprentissage par problème. (40) Les résultats ont permis d'élaborer deux synthèses : le rôle du tuteur, et la compréhension du processus par problème et l'investissement de l'étudiant dans cet apprentissage comme facteurs facilitants. Si les étudiants infirmiers parviennent à comprendre que l'apprentissage par problème est conçu pour favoriser leurs capacités d'analyse et de réflexion face à des situations complexes, on y ajoute du sens. C'est en prenant conscience de ses propres stratégies d'apprentissage que l'on développe la pensée critique et l'auto-apprentissage. Et d'après les auteurs, les stratégies d'apprentissage et le développement de la pensée critique chez les étudiants en soins infirmiers de premier cycle semblent être liés à l'environnement d'enseignement.

« Et je dirais que ça dépend aussi du feeling avec le tuteur de stage. Si c'est quelqu'un avec qui je m'entends bien et que je lui fais plutôt confiance bah je vais avoir plutôt tendance à dire oui parce s'il me le donne c'est qu'il pense fin que j'en suis capable. Alors que si c'est quelqu'un qui fait moins attention etc... peut-être que je serais un peu plus réfractaire à l'idée. »

« Bah parce qu'on va être amené dans pas très longtemps. Je pense que c'est au final qu'il nous fait confiance. Je ne pense pas qu'il va nous mettre en difficultés. Ça va nous faire réfléchir et tout. »

Respectivement, Alexandra et Antoine nous apportent l'importance de la relation qu'ils tissent avec leur tuteur de stage. Leur autonomie en dépend, leur sentiment de compétence et leur capacité de réflexion sont améliorés grâce à la confiance qu'ils se voit attribuer.

Adam Nefeuld et Greg Malin ont publié une étude quantitative qui analyse l'influence de la perception des étudiants en médecine sur le soutien à l'autonomie par des enseignants. (41) Les résultats de cette étude ont montré qu'il y a bien une influence positive sur leur bien-être psychique lorsque leurs besoins psychologiques fondamentaux de motivation

sont soutenus. Et inversement s'ils sont entravés. Les auteurs se basent sur la théorie de l'autodétermination, qui dépend de trois composants : la compétence, l'autonomie et l'affiliation. Ces trois composants sont nécessaires au développement, à l'épanouissement et au bien-être psychologiques optimaux.

Une autre étude quantitative menée par Orsini et al. analysant les résultats de questionnaires de 924 étudiants en dentaire chiliens obtient des résultats semblables. (42) Il y a des corrélations constatées entre la satisfaction des trois besoins psychologiques fondamentaux et les variables émotionnelles. De plus, les auteurs mettent l'accent sur les définitions de la motivation et de l'amotivation, comme l'intention et l'absence d'intention d'agir.

Finalement, si l'étudiant se trouve dans un environnement social pédagogique lui apportant confiance et bien être, et favorisant son autonomie, son sentiment de compétence s'en trouve valorisé. Il est plus facile pour lui de faire confiance à ses connaissances et d'avoir une liberté dans ses choix de prises en charge.

6.2. La motivation et la recherche de sens pour apprendre

Dans les entretiens, il est ressorti que les étudiants ont tous plutôt bien réussi à identifier les temps définis par l'école pour favoriser leur réflexion. Pour autant, il y a eu peu d'intérêt en ce qui les concerne car ils n'ont pas besoin d'aide : ils sont autonomes, aptes à trouver les solutions par eux-mêmes pour surmonter une difficulté. Il y a en effet peu de sens à avoir l'avis des autres sur des situations qu'ils régulent déjà par eux-mêmes.

« Disons que c'est un peu rébarbatif au bout de 4 ans, mais parce que tout n'est pas intéressant. Mais pour autant, si c'est quand même relativement intéressant mais ça dépend pas mal des élèves qui sont avec toi quoi. Déjà, les élèves et le prof. C'est-à-dire que si le prof le fait en général ça se passe bien. Fin ça se passe bien, si le mec fait la démarche de proposer cet exercice là c'est que lui y croit et va bien le mener. »

Ce témoignage de Gautier est intéressant pour apporter la notion de recherche de sens dans l'apprentissage et dans l'analyse de pratique. On comprend que l'intérêt de l'étudiant dans ce genre de session parfois rébarbative comme il le dit est fluctuant. On y retrouve de nombreux facteurs favorisant comme la participation du groupe et la motivation de l'encadrant à dynamiser son cours.

En effet, d'après Mia Leijssen, le composant motivationnel est ce qui permet aux individus d'élaborer des objectifs et qui comprend la manière dont ils s'efforcent de les atteindre. Cela dépend des besoins individuels, mais également du système de croyance (élément cognitif) et de la société dans laquelle l'individu a grandi. (43) Sa personnalité en somme. La poursuite et l'atteinte des objectifs fixés donnent un sens à la vie de l'individu et influencent dans une certaine mesure l'obtention de sens.

Pour en revenir à la formation clinique, il semble que l'enseignement et la supervision sont plus qu'essentiels. Ce sont des processus facilitant l'apprentissage des étudiants car ils sont guidés et soutenus, notamment dans la découverte des connaissances par eux-mêmes.

L'étude qualitative de Nyqvist et al sur une population d'étudiants ambulanciers en a fait son sujet de travail. (44) Les facteurs qui soutiennent l'apprentissage des étudiants du point de vue des étudiants et des enseignants ont été identifiés. Cinq sous-thèmes ont été révélés, la motivation à apprendre en fait partie. Selon les étudiants, les superviseurs non motivés sont supposés créer des étudiants non motivés, qui ne peuvent alors pas atteindre les résultats d'apprentissage prévus. Les superviseurs ont également convenu que leur motivation pour soutenir l'apprentissage était importante, et qu'ils devaient être de bons superviseurs, dignes de confiance et fiables. Selon les étudiants, si les superviseurs sont bien informés, engagés, positifs et pédagogues, ils peuvent motiver leur apprentissage même si les élèves sont eux-mêmes peu motivés à apprendre. Le manque d'intérêt suit exactement le même développement pour les deux parties. Les deux paramètres sont en effet liés.

« C'est-à-dire que s'il n'y a pas de ... fin vu que ce n'est pas un exercice obligatoire, tu peux toujours être euh... plus ou moins impliqué forcément. Et, euh je sais pas comment tu appelles ça, cet exercice-là, les différentes fois que je l'ai vu, l'impact n'a pas été le même selon la participation quoi. »

L'implication des autres étudiants apportent pour Gautier un dynamisme de groupe. On est impliqué lorsque qu'on est concerné par quelque chose. Encore une fois, apporter du sens à une tâche nous paraît indispensable pour favoriser l'investissement d'une personne dans la réalisation de cette tâche.

Deux études pilotes se sont intéressées aux effets de la pratique de la pleine conscience au sein de la formation pédagogique de l'enseignement supérieur. (45,46) Sans détailler

les bénéfiques que la méditation apporte au bien-être psychologique de l'individu qui la pratique, les auteurs de ces deux études nous permettent d'insister sur l'intérêt introspectif de cette pratique. Elles permettent d'apporter le concept de la métacognition et de la connaissance de soi dans le processus d'apprentissage. De manière légère, la méditation est souvent décrite comme l'idée de porter son regard à l'intérieur de soi. Mais la pleine conscience est également d'avoir le ressenti de son corps dans son intégralité, tant physiquement que psychiquement. L'observation de son propre fil de pensée est une pratique importante de la pleine conscience. Et donc la métacognition.

Ce concept est retrouvé dans le processus de raisonnement clinique, dont Charlin et al. ont conçu un modèle. (32) Sa version éducative, le MOOC, proposé aux étudiants en santé, offre l'interview du Dr Quoc Dinh Nguyen sur la métacognition. Pour l'expliquer très simplement, il la définit comme « penser à propos de nos pensées » ou finalement, « la cognition à propos de la cognition ». La différence entre un être cognitif et un être métacognitif est le degré de conscience. Face à une situation complexe, la métacognition englobe l'attention et la réflexion portées sur le problème, mais également sur la compréhension de cette attention. C'est la capacité à réguler sa réflexion face à une situation précise. Dans l'idée de régulation, il y a notion d'apporter du changement à ce qu'on est en train de faire. La métacognition doit déboucher sur une action, une modification de comportement par exemple. Cela implique donc de réfléchir à comment changer et surtout quoi changer. Il y a donc l'idée de trouver un sens à tout ce processus.

Pour en revenir au témoignage de Gautier, qui évoque donc son ressenti sur les sessions de groupes entre étudiants et supervisées, l'implication de chaque étudiant impacte la dynamique de groupe. Cela dépendra du sens que chacun donne à l'importance de la réflexion dans sa pratique, d'en déterminer le besoin : « Mon comportement est-il adapté ? », « Ai-je besoin de changer mon comportement ? ». Il y a l'idée d'un cercle itératif vertueux à la métacognition : réfléchir au besoin de réfléchir à sa pratique pour l'améliorer.

6.3. L'autonomie du patient se développe par la compréhension et la motivation

Précédemment, nous avons vu que les étudiants pensent ne pas avoir besoin de plus s'investir dans l'analyse de leur pratique, car les outils méthodologiques en leur

possession leur ont permis de maintenir la continuité des soins de manière autonome. Mais qu'en est-il pour le patient ?

« C'était en maison de retraite, c'était un monsieur qui avait je sais pas, 85 ans par-là, et en fait il acceptait pas qu'une femme lui donne des ordres en quelque sorte, et d'autant plus une jeune femme. Et du coup, dès que je lui demandais de faire quelque chose, il faisait toujours l'inverse. »

Dans ce témoignage, Claire évoque la mauvaise coopération du patient. Pour elle, cela est due à sa personne. Pourtant elle ajoute ensuite qu'avec sa tutrice, les séances se passent bien et que c'est une technique de sa tutrice de donner au patient les consignes inversées. Le patient ne change pas de comportement en présence de sa tutrice ou d'elle-même, le problème est donc autre. Finalement, quand il est question d'essayer d'améliorer la prise en charge, Claire explique les choses autrement : *« Bah peut être qu'au lieu d'essayer de lui demander l'inverse pour qu'il le fasse bêtement, peut être le raisonner et lui dire bah que c'est important, que je ne suis pas là pour lui donner des ordres où quoi que ce soit mais que c'est pour lui qu'on fait ces choses-là. Et peut-être essayer de lui faire comprendre que bah, même si je suis une femme et que je suis jeune, c'est pour son bien à lui et que c'est des soins qu'on lui apporte et que du coup il faut qu'il le fasse dans son intérêt. »*

Ici, on est dans une démarche d'éducation. Le patient ne coopère pas car il ne comprend pas l'intérêt de la rééducation. Quand Claire évoque le travail de la marche dans les couloirs, le patient ne réalise pas l'exercice selon les consignes. Il n'y a aucun intérêt pour lui qu'il fasse plutôt de la marche avant que de la marche arrière. Inconsciemment, Claire le sait car elle propose d'améliorer la compréhension du patient sur son rôle en tant que future professionnelle de santé et sur le rôle de ses consignes afin d'apporter du sens à sa prise en charge.

Le cas est sensiblement le même pour Gautier. Il a vécu une situation complexe avec un patient ayant de multiples fractures à la suite d'un accident de moto. Dans ce cas, le patient se met en danger à de multiples reprises en ne respectant pas les consignes du personnel médical qui sont associées aux délais de consolidation de ses fractures. Par un contexte socioéconomique particulier, il souhaite sortir de l'hôpital et reprendre son activité professionnelle le plus tôt possible. Gautier essaye de communiquer avec le patient sur les risques que celui-ci prend en n'écoutant pas les indications du médecin,

mais celui-ci reste non coopérant. La question du sens intervient lorsque l'étudiant comprend que le patient n'a jamais eu accès à ses radios : son niveau d'information n'était pas suffisant pour permettre à celui-ci de comprendre l'importance des consignes médicales. La suite de la prise en charge et l'adhésion thérapeutique du patient sont nettement améliorées une fois qu'il a eu connaissance des informations de son dossier médical.

Par ces deux témoignages, que ce soit de manière consciente ou inconsciente, les étudiants ont clairement établi avoir besoin de la compréhension du patient pour qu'une relation de coopération se mette en place. C'est lorsqu'il comprend la situation et qu'elle a du sens pour lui que patient et soignant tomberont d'accord.

Huang et al. ont mené en Chine une étude qualitative sur la perspective des patients atteints de schizophrénie quant à la décision médicale partagée. (47) Les résultats montrent que malgré le rôle limité qu'ils ont lors des réunions et la diminution des options de traitements possibles, les patients veulent la mise en place de la décision médicale partagée. Les auteurs évoquent chez le patient une auto-motivation dans la prise de décision pour alléger le fardeau à la famille mais également pour la collecte active des informations sur sa santé. Meilleur est le besoin de compréhension et donc la compréhension en elle-même du patient sur sa santé et sur les décisions médicales ; meilleure est sa motivation à être actif dans la prise en charge médicale.

Une autre étude qualitative s'est intéressée au point de vue de patients adultes souffrant de douleurs chroniques sur la participation aux possibilités d'exercices de groupe. (48) Dnes et al. ont apporté des résultats sur les préférences, les obstacles et les leviers perçus par les patients. Quatre thèmes ont émergé des résultats : l'accessibilité, les facteurs intrinsèques, les facteurs sociaux et les facteurs liés au programme. Dans l'accessibilité, nous avons l'accès aux informations des prestataires du programme de santé ; dans les facteurs intrinsèques, les patients font mention de leur motivation et dans les facteurs liés au programme nous retrouvons le niveau d'instruction du professionnel de santé sur la douleur chronique. Ce sont trois informations qui nous amènent à comparer les besoins du patient pour s'impliquer dans un programme de santé aux besoins de l'étudiant pour favoriser l'apprentissage auto-déterminé. La compréhension de la situation, la motivation de l'apprenant et l'expertise du professionnel sont des critères que l'on retrouve dans les deux situations. Il faut bien sûr rappeler que s'il y a des similitudes, la motivation de

l'étudiant et celle du patient ne sera pas la même, car les objectifs mis en jeu ne sont pas les mêmes.

L'autonomie du patient est abordée dans un troisième article, mené par Sebire et al. Cette étude qualitative prospective traite de la motivation pour le changement de style de vie chez les personnes atteintes de diabète sucré de type 2 nouvellement diagnostiqué. (49) En effet, les résultats apportent que le temps permet aux patients de faire évoluer une motivation dite contrôlée par les recommandations de santé et par les contre-indications à une motivation dite plus autonome, avec des objectifs visant à améliorer la santé, la qualité de vie ou le temps passé en famille. Les auteurs mettent en évidence chez les patients le fait d'avoir internalisé leur motivation. Et l'idée principale pour atteindre cette motivation internalisée, intrinsèque, autonome, c'est d'en rechercher la qualité. Il faut qu'elle soit la plus adaptée au patient pour qu'il s'en imprègne et se sente réellement concerné.

Les étudiants savent que le patient est aussi à la recherche de sens lorsqu'il est pris en charge. Il est demandeur d'information sur sa santé et sur les décisions médicales associées, et il doit être motivé, dans une démarche de recherche et d'apprentissage d'autonomie. (28)

6.4. La relation pédagogique étudiant-patient

*« Quand le kiné pousse le stagiaire, forcément même quand tu es stagiaire tu vas pousser le patient à se connaître lui-même, à connaître sa pathologie, à se gérer lui-même »,
« Bah forcément vu que s'il m'a appris à réfléchir sur comment prendre en charge différemment et comment essayer de gérer au mieux, forcément qu'avec mes patients je vais essayer de faire ce qu'il m'a appris, de réfléchir à comment faire. »*

Pour Jules, il existe une certaine évidence. Le comportement pédagogique du tuteur influence son propre comportement.

La littérature scientifique est riche d'articles traitant de la nécessité à entretenir la motivation du tuteur pour favoriser celle de l'étudiant : Nyqvist et al. dont le travail a été traité plus tôt. (44) Par exemple, il y a aussi celui de King et Bunce dans une étude qualitative sur la perception des enseignants universitaires à favoriser la motivation des étudiants et leur propre motivation à enseigner dans un contexte d'enseignement

supérieur commercialisé ; celui d'Orsini et al. dans une étude quantitative corrélationnelle d'exploration de la motivation d'enseignants chiliens en dentaire à enseigner. (50,51) L'apport d'approches qualitative et quantitative permet de diversifier les méthodes d'exploration et d'obtenir des informations plus objectives sur l'intérêt de favoriser la motivation de l'enseignant.

Une autre étude apporte une idée supplémentaire. Orsini et al. ont mené un travail d'étude de cas qualitative sur les perspectives des enseignants en dentaire à encourager la motivation intrinsèque en milieu clinique à partir de la théorie de l'autodétermination. (52) Les auteurs abordent en conclusion une idée intéressante : elle serait que fournir un environnement clinique qui répond aux besoins d'autonomie, de compétence et de relations des étudiants. Cela peut les amener à devenir plus intrinsèquement motivés et à valoriser les activités académiques et, en fin de compte encourager l'utilisation d'un style de soutien à l'autonomie pour motiver leurs patients. C'est l'idée qui se dégage du point de vue de Jules dans son entretien. Pour lui, les bénéfices d'un enseignement motivé et engagé seraient transmis en cascade d'individu formé en individu formé. Ainsi, il faudrait forcément être confronté à une chose, une méthode pour pouvoir la comprendre et ensuite l'enseigner et la transmettre.

Pour un étudiant, l'engagement de son tuteur à lui fournir un enseignement engagé et réflexif a un impact sur son propre engagement envers le patient. L'article précédemment évoqué semble s'y intéresser également, sans le développer.

« Il y a une rupture entre le moment où tu parles de la situation compliquée et la double relation donc non je n'ai pas fait le lien. »

« Bin je pense que ça dépend vraiment des tuteurs pour le coup, moi des fois j'avais des tuteurs qui étaient assez euh peut être pas assez formés on va dire au tutorat. J'ai du mal à faire le lien entre les deux. »

Les exemples de témoignages de Gautier et Jeanne confirment pourtant que leur position pédagogique envers le patient est compliquée à imaginer. D'après la Figure 2, dans les résultats des entretiens, les étudiants ont mis en lumière la relation de collaboration entre l'étudiant et le patient. Elle est représentée par une double flèche pour symboliser que l'échange n'est pas à sens unique et que l'étudiant et le patient sont co-acteur de la rééducation. Une relation d'éducation est également symbolisée, par une simple flèche cette fois-ci. Les mêmes flèches sont retrouvées dans la relation tuteur-

étudiant. La différence entre les deux relations est que les étudiants ont réussi à mettre en évidence une relation de pédagogie du tuteur envers le stagiaire, mais pas entre l'étudiant et le patient.

Le paradoxe est là : les étudiants ont besoin de donner du sens à leur pratique. (43) La place d'un tuteur présent, motivé, compétent, à l'écoute est une notion importante dans leur propos pour favoriser leur apprentissage. Ils sont sensibles à être considéré comme des futurs professionnels autonomes. C'est similaire pour le patient. Les étudiants reconnaissent que la relation et la prise en charge est facilitée par une meilleure compréhension de la situation par le patient, lorsqu'il est écouté par le milieu médical, lorsqu'il détient une part d'autonomie. Pourtant, ils n'arrivent pas à voir leur rôle dans cette relation étudiant-patient. Ou plutôt, cette notion est trop floue. Elle est présente inconsciemment, ils n'arrivent pas à en parler d'eux-mêmes.

6.5. L'éducation thérapeutique du patient comme outil méthodologique

Les étudiants abordent la notion d'éducation. Comme évoqué précédemment, cette relation d'éducation est mise en lumière à sens unique et symbolisée dans la Figure 2. Elle n'a été évoquée que dans le cadre de l'éducation thérapeutique.

« Le tuteur avec le stagiaire, on va être plus dans ce qui est de la pédagogie, dans de l'apprentissage, alors que nous avec le patient on va être plus dans le coaching un peu, et dans l'éducation thérapeutique, mais pas trop dans la pédagogie. »

Claire différencie l'éducation thérapeutique de la pédagogie. La définition donnée par l'HAS (34) et la définition de l'apprentissage (8) mises en évidence dans le cadre conceptuel ont permis d'établir l'ETP comme un apprentissage pour le patient. Le rôle pédagogique du professionnel de santé lorsqu'il met en place de l'ETP est clairement établi. D'autant plus que l'un des buts de l'ETP est d'autonomiser le patient.

« Un lombalgique chronique tu vas être dans une démarche où le patient, sa pathologie, il va devoir apprendre à la maîtriser, apprendre à la connaître et surtout comprendre ce qu'il peut faire, ce qu'il ne peut pas faire. [...] Parce que là pour le coup tu vas dans une démarche où tu vas essayer de lui faire intégrer et comprendre des processus etc... qui vont faire que lui bah il soit plus apte au quotidien à s'autogérer, alors que bah mettons

si ton patient il vient pour un croisé, il va faire sa rééducation, à la fin de la rééducation logiquement son genou il est nickel. »

Gautier n'évoque pas l'éducation thérapeutique dans sa terminologie exacte mais en évoque les marqueurs fondamentaux : « chronique », « démarche », « processus », « apte au quotidien », « s'autogérer ». Comparé aux propos de Claire, la pédagogie du patient est au centre de ce témoignage, très présente dans l'ETP. L'idée principale de ce témoignage est de faire ressortir que l'éducation thérapeutique n'a réellement de sens qu'auprès de patient atteint de pathologie chronique, comme cet exemple de la lombalgie chronique. (35) Gautier compare la prise en charge de cette pathologie chronique avec celle d'une lésion d'un ligament croisé, pour laquelle l'éducation thérapeutique n'aurait que peu d'intérêt puisqu'une fois la rééducation finie, le patient n'aurait plus de raison de se préoccuper de sa santé, et plus précisément, de son ligament. En effet, dans la prise d'un ligament croisé, on retrouve l'idée d'une guérison à terme, qui n'est pas envisagée pour la lombalgie chronique.

« Fin c'est con mais c'est l'éducation thérapeutique : c'est sur un patient compliqué qui n'est pas motivé, c'est de travailler sur les objectifs qu'il a et essayer de choisir les objectifs que nous on peut mettre ensemble, pour essayer d'atteindre le but voulu. »

Le témoignage de Jules est tout particulièrement intéressant car il ne limite pas le recours à l'ETP à la seule prise en charge d'une pathologie chronique. Il évoque un patient non motivé. En effet, cela fait écho avec le composant motivationnel évoqué précédemment, qui n'est autre que la mise en place d'objectifs propres à l'individu et sa manière de les atteindre. (43) Or, un patient non motivé peut être un patient avec n'importe quelle pathologie. Tout refus de soin ou de coopération peut provenir d'un manque de motivation du patient à la rééducation. (29) Or la motivation du patient est également au centre du processus d'ETP. L'idée serait en fait de considérer l'ETP comme un outil méthodologique, dont certains paramètres peuvent être utilisés séparément en dehors du contexte de la pathologie chronique. C'est notamment le cas pour l'entretien motivationnel.

D'après l'Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel (AFDEM), l'entretien motivationnel est un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. (53) Le champs d'utilisation de l'entretien motivationnel ne se limite pas à la pathologie

chronique, il est éligible pour toute situation nécessitant un changement. De plus, soutenir l'autonomie de l'individu concerné est à rechercher. (53)

Tout comme l'ETP, l'entretien motivationnel nécessite une formation. Elle est d'ailleurs proposée dans ce contexte par l'organisme de formation conseil santé GRIEPS pour les professionnels de santé salariés et libéraux. (54) En considérant que l'étudiant perçoit l'ETP comme un outil méthodologique, cela reviendrait à établir qu'il conçoit que se former à l'ETP développe également ses compétences pédagogiques. En effet, en étant formé, l'étudiant considère être en mesure d'apprendre au patient à s'impliquer dans sa prise en charge si le patient conçoit avoir besoin d'un changement de comportement et si ce besoin est perçu par les professionnels de santé formés.

7. Discussion

Le but de l'étude était de mettre en place une méthodologie de recherche afin de répondre à la question suivante : **Quel est l'impact de l'alternance pédagogique de formation sur le rapport éducatif entre l'étudiant MK et le patient ?**

De cette problématique ont découlé deux hypothèses. Afin de pouvoir les affirmer ou les infirmer, des entretiens semi-directifs ont été menés auprès d'étudiants de dernière année à l'IFPEK de Rennes. Une analyse des résultats obtenus a permis d'apporter des pistes suffisantes pour pouvoir les confronter aux hypothèses suivantes.

7.1. Réponses aux hypothèses

7.1.1. Hypothèse 1

- **L'apprentissage d'outils méthodologiques de résolution de problème permet à l'étudiant de maintenir la continuité des soins lors d'une prise en charge rééducative.**

Les outils méthodologiques permettent aux étudiants de poursuivre leur prise en charge. Grâce à une pratique clinique de plus en plus autonome, permise par la relation de confiance tuteur-étudiant, ils voient leur sentiment de compétence valorisé. En analysant leur pratique et leurs expériences, ils trouvent du sens à utiliser telle ou telle technique face à une situation complexe. La difficulté induite par cette situation n'est pas considérée comme un réel obstacle, mais comme un élément de progression vers l'objectif final. Pour soulager le patient et au meilleur des cas lui fournir la rééducation la plus adaptée, l'étudiant met donc en place tout ce qui est à sa disposition pour atteindre cet objectif. Les connaissances acquises tout au long de leur formation sont ainsi consolidées par leur mise en pratique sur un terrain clinique. Être confronté à une situation complexe présente donc un double intérêt pour l'étudiant : la préservation du bien-être du patient et l'apprentissage autodéterminé. Ce sont deux facteurs de motivation pour la pratique clinique. Il est intéressant d'y voir un système itératif vertueux. Le désir d'apprendre est un facteur motivationnel et la motivation engendre un apprentissage. C'est effectivement car l'individu détecte un besoin de changement qu'il développe une motivation intrinsèque. Pour contextualiser, c'est parce que l'étudiant comprend que les techniques qu'il connaît ne sont pas suffisantes pour traiter la pathologie d'un patient

qu'il doit aller faire des recherches ou s'instruire auprès d'un collègue ou d'un expert. C'est l'idée d'apporter des solutions aux difficultés rencontrées qui nécessite une réflexion. S'il n'y a pas de réflexion, il n'y a pas de changement de comportement, et donc pas de résolution de problème. Elle est la base de l'apprentissage autonome.

L'apprentissage d'outils méthodologique de résolution de problème permet donc à l'étudiant de maintenir la continuité des soins car il développe une capacité d'agir en toute conscience quelle que soit la situation.

7.1.2. Hypothèse 2

- **L'analyse réflexive de sa pratique permet à l'étudiant de mieux prendre conscience de son rôle dans l'éducation du patient à sa santé.**

L'analyse de sa pratique a permis à l'étudiant de prendre conscience qu'il a besoin d'être impliqué dans son apprentissage et que cela favorise son autonomie. Il a analysé que le patient a besoin d'informations sur sa santé pour être impliqué. Le facteur motivationnel est donc présent des deux côtés de la relation. Il a également analysé que la pédagogie de son tuteur influence son implication dans son apprentissage. Il a finalement dégagé l'idée qu'un patient impliqué dans sa rééducation facilite la relation de collaboration. Tous les éléments sont réunis pour que l'étudiant établisse le fait que son rôle en tant que futur professionnel MK est de développer la motivation intrinsèque du patient à s'impliquer dans sa santé. L'idée est intégrée et révélée par les étudiants dans l'exemple de l'ETP. Si l'étudiant formule un besoin d'être formé à l'ETP dans sa pratique future, c'est qu'il a analysé que le patient doit apprendre à s'impliquer dans sa santé. Cela nécessite donc qu'en tant que professionnel, il doit développer ou faire évoluer des compétences en pédagogie. Malheureusement, dans le discours des étudiants, cette idée manque de matière sur laquelle s'appuyer. Elle semble faire son chemin dans l'inconscient. D'après les résultats et par la littérature, c'est par l'analyse de sa pratique que le futur professionnel déterminera ou non le besoin de son patient à être plus impliqué dans sa prise en charge médicale. C'est également grâce à elle qu'il décidera de se former à l'ETP pour développer ses compétences en pédagogie. Mais à l'heure actuelle, toujours d'après les résultats obtenus, les étudiants n'ont pas été capable d'exprimer de manière claire, volontaire, consciente leur rôle quant à ces prises de décisions.

7.2. Les biais et les limites de l'étude

Les étudiants interrogés ont mis en avant à la fin des entretiens que l'objectif de l'entretien leur apparaissait de manière plutôt abstraite. En effet, certains ont eu du mal à faire le lien entre les différentes questions des différents thèmes. Des termes comme la pédagogie, l'autonomie n'ont pas été mentionnés clairement dans les questions tandis qu'elles sont au cœur de l'analyse principale. Ils ont été sous-entendus. Excepté lors des entretiens, les étudiants interrogés étaient peu impliqués dans le projet d'étude, certaines notions leur étaient donc abstraites. Un manque de clarté dans les questions et des termes trop implicites sont donc un biais à relever et cela peut avoir comme conséquence la perte d'informations exploitables.

Un deuxième biais peut être mis en évidence. La dernière question de l'entretien évoque la pédagogie et l'éducation du patient. Les étudiants sont supposés avoir reçu durant la dernière année de leur cursus une formation au module d'ETP de niveau 1 de 40h. Ce projet est mis en place par le Pôle régional de ressources en ETP en accord avec l'Agence régionale de santé de Bretagne. (55) Il est également inscrit dans le projet pédagogique de l'IFMK de Brest. (15) Malgré la similarité des projets pédagogiques entre l'IFMK de Brest et l'IFPEK de Rennes, il n'y a pas de certitude que les étudiants interrogés aient bel et bien participé au module d'ETP. Le fait que certains des étudiants aient également pu rencontrer dans leur parcours de stage des tuteurs formés à l'ETP et d'autres non est une information importante. Cette incertitude biaise les résultats quant à la prise de conscience du rôle éducatif de l'étudiant face au patient car le degré de connaissances pourrait ne pas être le même.

Ensuite, la littérature scientifique utilisée pour l'analyse des résultats ne traite pas des professionnels ou étudiants paramédicaux MK. Bien que des professions paramédicales soient quand même le sujet d'étude de la plupart des articles cités (infirmier, ambulancier), il est possible que les résultats soient autres avec une population MK. Il n'y a pas de preuve que les résultats de ces études soient généralisables à la population MK interrogée dans cette méthodologie de recherche.

Enfin, les résultats obtenus permettent de connaître la perspective de l'étudiant quant à l'influence de son expérience clinique sur la résolution de problème face à une situation complexe. Toutefois, ils ne permettent pas de déterminer si cette perspective

reste la même une fois l'étudiant diplômé, puis avec plusieurs années d'expériences, avec et sans formation continue.

7.3. Les axes d'amélioration de l'étude

Une étude qualitative possède toujours des biais d'interprétation : celui de l'interviewé face à la question qu'on lui pose, celui du chercheur lorsqu'il analyse les résultats des entretiens, celui du contexte précis au moment donné de l'entretien. Dans les données de littérature, une étude a utilisé un coefficient alpha lors d'une analyse corrélative (51) et une autre étude a utilisé un logiciel informatique NVivo V10 pour l'analyse thématique. (49) Certains logiciels permettent même réaliser une analyse thématique et mettre en évidence des corrélations entre les thèmes, comme le logiciel français ALCESTE par exemple. (56) Ces outils permettent de gagner en pertinence et en précision dans l'analyse des résultats. Des biais d'interprétation sont ainsi supprimés, et notamment avec le coefficient alpha en cas d'analyse corrélative, la méthode peut être plus aisément reproductible et les résultats généralisables. Intégrer l'un de ces outils à la méthodologie de recherche permettrait ensuite de comparer les résultats avec ou sans et ainsi déterminer l'importance du biais d'interprétation.

L'objet de l'étude était d'explorer la perspective des étudiants quant à leur rapport à la pédagogie, celle qui leur a permis de devenir autonome dans leur pratique et celle qui leur permet d'interagir avec le patient et de l'impliquer dans sa santé. La population interrogée est finalement restreinte car seul le point de vue des étudiants de l'IFPEK de Rennes a été entendu. Entre l'IFMK de Brest et l'IFPEK de Rennes, nous avons déjà mis en lumière la différence entre les parcours des étudiants. Les lieux de stage sont effectivement différents. Qu'en est-il des autres régions et des étudiants de toutes la France ? En effet, la proximité géographique de certaines structures plus impliquées dans l'éducation du patient, avec peut-être des programmes d'ETP bien établis, des tuteurs formés à l'entretien motivationnel, permet à certains étudiants d'y réaliser un stage et donc d'être plus sensibilisé à cette thématique. La réalisation d'entretiens semi-directifs avec des critères d'inclusion plus larges, plus diversifiés sur les caractéristiques du parcours de stage des étudiants permettrait d'augmenter la pertinence des résultats quant à l'influence du parcours de stage sur le rapport éducatif entre l'étudiant MK et le patient.

Enfin, l'expérience clinique est un facteur non négligeable dans l'apprentissage autodéterminée de l'étudiant. Il a été supposé qu'elle joue un rôle dans la prise de conscience de l'étudiant sur son rapport éducatif avec le patient. Pour étayer cette nouvelle hypothèse, élargir la population à des professionnels MK ayant plusieurs années de pratique clinique et d'expérience serait envisageable. Il faudrait également déterminer le degré de formation à l'éducation du patient lors des entretiens. Grâce à ces informations supplémentaires, nous pourrions déterminer si le manque d'expérience impacte sur la prise de conscience des étudiants quant au rôle de l'analyse de leur pratique sur le développement de la relation pédagogique étudiant-patient.

7.4. Projection professionnelle

La mise en place de projets autour de l'ETP centrée sur les pathologies chroniques est un enjeu de santé publique. L'ETP est un moyen utilisé pour lutter contre l'augmentation du nombre de personnes considérées en affectations de longue durée et contre le coût économique important que leur prise en charge entraîne pour le système de santé français. Cela suppose de permettre au patient de mieux se connaître et de mieux identifier son besoin et sa motivation à modifier ses comportements au quotidien. Autonomiser le patient devient donc l'enjeu de santé publique. En tant qu'étudiante moi-même et soumise à un environnement pédagogique important, j'ai identifié le besoin de me former plus tard à l'ETP. Les compétences développées au sein de cette formation me paraissent primordiales face aux enjeux de santé actuels. Le but de l'étude est essentiellement de sensibiliser les étudiants MK sur l'importance de la propre vision de leur pratique sur l'autonomisation du patient. Cela favoriserait peut-être leur intérêt d'être plus rapidement et plus intensément confrontés à la notion de pédagogie, durant l'alternance de la formation initiale. Être également sensibilisé et intéressé un peu plus à la notion de cognition, de métacognition serait intéressante. L'idée qui en ressort est de développer des aptitudes permettant d'atteindre un niveau d'autonomie supérieur. Cela permet au professionnel de ne pas perdre de vue de toujours se former, d'apprendre et de proposer une rééducation basée sur une analyse critique des avancées scientifiques et de l'expérience professionnelle. Cela permet également de proposer au patient une relation de collaboration en phase avec le modèle bio-psycho-social actuel.

8. Conclusion

L'un des enjeux thérapeutiques de la prise en charge rééducative MK est de rendre le patient acteur de sa santé. Pour cela, le thérapeute passe par le développement de la motivation, de l'autonomie du patient. L'objectif de la formation MK est semblable pour l'étudiant qui débute dans ce parcours professionnalisant. En l'aidant à développer une méthode d'analyse, de réflexion et de travail autonome, l'étudiant devient un professionnel de santé apte à faire ses propres choix, à développer ses intérêts en matière de formation continue et à évoluer dans le système de santé auquel il appartient.

Pour répondre à la problématique « Quel est l'impact en stage de l'alternance pédagogique de formation sur le rapport éducatif entre l'étudiant MK et le patient ? », j'ai mené des entretiens semi-directifs afin de d'obtenir des informations sur la réflexion d'étudiants MK quant à l'influence de leurs expériences de stage sur leur pratique. Ce sujet pouvant déboucher sur des thèmes très riches et très variés, j'ai décidé de contextualiser mes questions et d'apporter beaucoup d'informations sur l'analyse de la pratique professionnelle et sur le rapport pédagogique entre le tuteur et l'étudiant.

Les résultats démontrent que l'analyse de ses propres besoins d'apprentissage dans le contexte qui l'entoure est nécessaire à l'étudiant pour développer son analyse des besoins propres du patient. C'est tout l'enjeu motivationnel de l'apprentissage. De plus, il ressort qu'un accompagnement pédagogique est un facteur important pour favoriser ce processus. Bien qu'il y ait une réelle conscience collective chez les étudiants MK de vouloir impliquer le patient dans sa santé, il leur est finalement difficile d'en déterminer le procédé. Il serait intéressant d'en déterminer la cause. Les connaissances actuelles des étudiants MK sur l'éducation du patient sont-elles suffisantes pour développer leur intérêt à se former davantage à la pédagogie ? Il existe dans la formation en santé des programmes de tutorats mis en place par les étudiants pour les étudiants. Certains y expérimentent des compétences en pédagogie car ils mettent leurs connaissances et leur réflexion au service d'autres étudiants généralement moins avancés dans la formation. Il serait intéressant de savoir si les étudiants ayant participé au programme de tutorat en tant qu'étudiant-tuteur sont plus sensibles que les étudiants non exercés au tutorat à se former à l'éducation du patient une fois le diplôme obtenu.

Bibliographie

1. Dictionnaire de l'Académie française [Internet]. [cité 28 mars 2020]. <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9A3280>
2. Warchol N. Autonomie. In: Les concepts en sciences infirmières [Internet]. Toulouse: Association de recherche en soins infirmiers; 2012. p. 87-9. (Hors collection). <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-p-87.htm>
3. Décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes. 2008-1135 nov 3, 2008.
4. Santé, Protection sociale, Solidarité - Bulletin officiel N°8 du 15 septembre 2015.pdf.
5. Barral C. La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : un nouveau regard pour les praticiens. *Contraste*. 2007;27(2):231.
6. Tourette-Turgis C, Thievenaz J. L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche. *Savoirs*. 2014;35(2):9-48.
7. Dictionnaire de l'Académie française [Internet]. [cité 30 mars 2020]. <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9A2249>
8. Dictionnaire de l'Académie française [Internet]. [cité 30 mars 2020]. <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9A2251>
9. Skinner BF. The Shame of American Education. *American Psychologist*. 1984;8.
10. Vatan F. L'obscur attrait des formes : Wolfgang Köhler et la catégorie de Gestalt. *Revue d'Histoire des Sciences Humaines*. 2001;5(2):95-116.
11. Piaget J. La naissance de l'intelligence chez l'enfant. Paris: Delachaux et Niestlé; 1936. (Psychologie).
12. Scott HK, Cogburn M. Piaget. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [cité 31 mars 2020]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448206/>
13. Rochex J-Y. Vygotski (Lev Sémiouovitch). — Pensée et langage. *Revue française de pédagogie*. 1998;122(1):188-9.
14. Donnadiou B, Genthon M, Vial M. Les théories de l'apprentissage : quel usage pour les cadres de santé ? Elsevier Masson; 1998. 132 p.
15. Projet pédagogique 2019-2020 IFMK Brest.pdf.
16. Drechsler M. Pratiques du socialbookmarking dans le domaine de l'éducation. Enjeux et tensions. *Les Cahiers du numérique*. 2012;8(1-2):159-85.

17. Kolb D. *Experiential Learning: Experience As The Source Of Learning And Development*. Vol. 1, *Journal of Business Ethics*. 1984.
18. Gatto F, Ravenstein J, Crouzet-Vincent S, Pastor E. *Le guide de l'évaluation à l'intention du masseur-kinésithérapeute* [Internet]. Sauramps Médical; 2011 [cité 1 avr 2020]. 109 p. <https://www.decitre.fr/livres/le-guide-de-l-evaluation-a-l-intention-du-masseur-kinesitherapeute-9782840237549.html>
19. Vial M. *Caractériser l'évaluation en éducation ?* In: *Se repérer dans les modèles de l'évaluation* [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2012. p. 7-17. (Pédagogies en développement). <https://www.cairn.info/se-reperer-dans-les-modeles-de-l-evaluation--9782804168940-p-7.htm>
20. Gatto F. *Enseigner la Santé* [Internet]. 2005 [cité 10 nov 2019]. <https://www.decitre.fr/livres/enseigner-la-sante-9782747597517.html>
21. *Théorie de la dissonance cognitive: processus cognitifs, attitude et comportement – L. Festinger* [Internet]. *SI & Management*. 2017 [cité 2 avr 2020]. <http://www.sietmanagement.fr/la-decision-cognitive-festinger-azjen/>
22. *Difficultés de raisonnement clinique _ Aide au diagnostic pédagogique et aux stratégies de remédiation _ Audétat, Béique, Caire Fon, Laurin, Sanche.pdf*.
23. *Rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé _ Dr Donata Mara.pdf*.
24. *Dossier de presse Bien être santé des Etudiants _ enseignementsup-recherche.gouv.fr _ solidarites-sante.gouv.fr.pdf*.
25. Zeitler A. *Apprentissages interprétatifs et construction de l'expérience*. *rechercheformation*. 15 juill 2012;(70):31-46.
26. Eustache F, Desgranges B. *Les chemins de la mémoire* [Internet]. Le Pommier; 2010 [cité 3 avr 2020]. 514 p. (Essais). <https://www.decitre.fr/livres/les-chemins-de-la-memoire-9782746502406.html>
27. *Les impacts de l'évaluation scolaire sur les élèves _ M. Hesse _ Rubrique recherche n°105.pdf*.
28. Rossi J-P. *Les mécanismes de l'apprentissage. Modèle et applications* [Internet]. De Boeck Supérieur; 2014 [cité 2 avr 2020]. (Neuropsychologie). <https://www.decitre.fr/livres/les-mecanismes-de-l-apprentissage-9782353272846.html>
29. Viau R. *La motivation. Condition essentielle de réussite* [Internet]. *Sciences Humaines*. [cité 3 avr 2020]. https://www.scienceshumaines.com/la-motivation-condition-essentielle-de-reussite_fr_11396.html
30. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. *BMJ*. 13 janv 1996;312(7023):71-2.

31. Young M, Thomas A, Gordon D, Gruppen L, Lubarsky S, Rencic J, et al. The terminology of clinical reasoning in health professions education: Implications and considerations. *Med Teach*. 2019;41(11):1277-84.
32. Charlin B, Lubarsky S, Millette B, Crevier F, Audétat M-C, Charbonneau A, et al. Clinical reasoning processes: Unravelling complexity through graphical representation. *Medical education*. 1 mai 2012;46:454-63.
33. Psiuk T. L'apprentissage du raisonnement clinique. Concepts fondamentaux – Contexte et processus d'apprentissage [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2012. 224 p. (Perspectives en éducation et formation). <https://www.cairn.info/l-apprentissage-du-raisonnement-clinique--9782804168919.htm>
34. Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 28 mars 2020]. https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
35. Lecordier D, Pegon M. Éducation thérapeutique du patient. In: Les concepts en sciences infirmières [Internet]. Toulouse: Association de recherche en soins infirmiers; 2012. p. 162-4. (Hors collection). <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-p-162.htm>
36. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science, New Series*. 1977;196(4286):129-36.
37. Berquin A. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue Médicale Suisse*. 2010;3.
38. Blanchet A, Gotman A. L'entretien - 2e éd. 2e édition. Paris: Armand Colin; 2015. 128 p.
39. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*. 2010;N° 102(3):23-34.
40. Wosinski J, Belcher AE, Dürrenberger Y, Allin A-C, Stormacq C, Gerson L. Facilitating problem-based learning among undergraduate nursing students: A qualitative systematic review. *Nurse Educ Today*. janv 2018;60:67-74.
41. Neufeld A, Malin G. How medical students' perceptions of instructor autonomy-support mediate their motivation and psychological well-being. *Med Teach*. 19 févr 2020;1-7.
42. Orsini C, Binnie V, Wilson S, Villegas MJ. Learning climate and feedback as predictors of dental students' self-determined motivation: The mediating role of basic psychological needs satisfaction. *Eur J Dent Educ*. mai 2018;22(2):e228-36.
43. Leijssen M. Les dimensions personnelles de la recherche de sens. *Approche Centrée sur la Personne Pratique et recherche*. 2010;11(1):46-53.
44. Nyqvist J, Brodin K, Nilsson T, Lindström V. The learning environment and supportive supervision promote learning and are based on the relationship between

students and supervisors - A qualitative study. *Nurse Educ Pract.* janv 2020;42:102692.

45. Schwind JK, McCay E, Beanlands H, Schindel Martin L, Martin J, Binder M. Mindfulness practice as a teaching-learning strategy in higher education: A qualitative exploratory pilot study. *Nurse Educ Today.* mars 2017;50:92-6.
46. Corti L, Gelati C. Mindfulness and Coaching to Improve Learning Abilities in University Students: A Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. mars 2020 [cité 22 avr 2020];17(6). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7142624/>
47. Huang C, Plummer V, Wang Y, Lam L, Cross W. I am the person who knows myself best: Perception on shared decision-making among hospitalized people diagnosed with schizophrenia in China. *Int J Ment Health Nurs.* 6 avr 2020;
48. Dnes N, Coley B, Frisby K, Keller A, Suyom J, Tsui C, et al. « A little bit of a guidance and a little bit of group support »: a qualitative study of preferences, barriers, and facilitators to participating in community-based exercise opportunities among adults living with chronic pain. *Disabil Rehabil.* 28 mars 2020;1-10.
49. Sebire SJ, Toumpakari Z, Turner KM, Cooper AR, Page AS, Malpass A, et al. “I’ve made this my lifestyle now”: a prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus. *BMC Public Health* [Internet]. 31 janv 2018 [cité 25 avr 2020];18. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5793401/>
50. King N, Bunce L. Academics’ perceptions of students’ motivation for learning and their own motivation for teaching in a marketized higher education context. *Br J Educ Psychol.* 9 déc 2019;
51. Orsini CA, Tricio JA, Segura C, Tapia D. Exploring teachers’ motivation to teach: A multisite study on the associations with the work climate, students’ motivation, and teaching approaches. *J Dent Educ.* avr 2020;84(4):429-37.
52. Orsini C, Evans P, Binnie V, Ledezma P, Fuentes F. Encouraging intrinsic motivation in the clinical setting: teachers’ perspectives from the self-determination theory. *Eur J Dent Educ.* mai 2016;20(2):102-11.
53. L’entretien Motivationnel [Internet]. AFDEM. 2018 [cité 25 avr 2020]. Disponible sur: <https://afdem.org/entretienmotivationnel/>
54. Formation Entretien motivationnel en éducation thérapeutique - Grieps [Internet]. [cité 25 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.grieps.fr/formations-entretien-motivationnel-en-education-therapeutique-1771>
55. Formation initiale - Pôle régional de ressources en éducation thérapeutique [Internet]. [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <https://poleetpbretagne.fr/?-Formation-initiale-10->
56. Fallery B, Rodhain F. Quatre approches pour l’analyse de données textuelles: lexicale, linguistique, cognitive, thématique. In: XVI ème Conférence de

l'Association Internationale de Management Stratégique AIMS [Internet]. Montréal, Canada: AIMS; 2007 [cité 10 avr 2020]. p. pp 1-16. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00821448>

Sommaire des annexes

ANNEXE I Le guide d'entretien.....	I
ANNEXE II Entretien de Jules.....	IV

ANNEXE I :

Guide d'entretien des étudiants en Masso-Kinésithérapie

Je suis étudiante en 4ème année à l'IFMK de Brest. Dans le cadre de ma dernière année de formation, je réalise un projet d'étude qui a pour sujet « Etude qualitative sur l'apprentissage en stage de l'étudiant en masso-kinésithérapie : Intérêt du lien avec la prise en charge rééducative ». Pour mener à bien ce projet, je souhaite réaliser des entretiens semi-directifs auprès d'étudiants en masso-kinésithérapie en 4ème année de formation afin qu'ils me parlent de leurs expériences de stage, de leurs facilités et de leurs difficultés sans aucun jugement de ma part.

Les questions que je vais te poser sont des questions ouvertes qui nécessitent de la réflexion. Ainsi, j'aimerais que tu y répondes de la manière la plus spontanée et honnête possible.

Dans un souci de facilité de retranscription, je souhaiterais savoir si tu acceptes que notre entretien soit enregistré. Ton anonymat sera préservé et tes propos ne feront l'objet d'aucune diffusion hors analyse dans le cadre de la réalisation du mémoire.

As-tu des questions avant de commencer l'entretien ?

Question 1 :

Peux-tu me raconter la première situation de prise en charge d'un patient en stage dont tu te rappelles ?

Question 2 :

Comment qualifies-tu cette première expérience ?

Questions 2bis si la notion du stress est abordée : Comment as-tu ressenti ce stress et quel a été son impact dans la prise en charge ?

Question 3 Contextualisation de l'entretien pour guider l'étudiant dans ses réponses :

A l'IFMK de Brest, on a l'habitude après chaque retour de stage de se réunir en petits groupes de 6 à 8 élèves avec un formateur ou un intervenant, et de discuter des différentes prises en charge qu'on a pu réaliser, de situations auxquelles on a été confronté et qui ont pu interpeller nos croyances, notre éthique ou bien notre savoir-faire.

Est-ce que dans ton cursus tu as eu des sessions d'analyse de pratique similaires ?

Question 3bis : - Si oui, comment juges-tu de leur intérêt pour ta formation ?

- Si non, aurais-tu aimé en avoir et pourquoi ?

Question 4 :

Peux-tu me raconter la situation de prise en charge d'un patient en stage qui t'a mis le plus en difficultés / où tu n'as pas pu aller au bout car tu étais face à un blocage ?

Questions 4bis si la notion du stress est abordée : Comment as-tu ressenti ce stress et quel a été son impact dans ta prise en charge ?

Question 5 :

Que peux-tu me dire sur cette prise en charge ?

Question 6 :

Qu'as-tu fait lorsque cette situation s'est renouvelée ?

Si tu ne l'as pas vécue une seconde fois mais que tu devais la revivre aujourd'hui, que ferais-tu face aux mêmes difficultés / au même blocage ?

Question 6bis si la notion d'adaptation/de changement est abordée : Comment expliques-tu que tu n'aies pas réalisé la prise en charge à l'identique ?

Question 7 :

Tu réalises dans peu de temps le dernier stage de ta formation. Si durant les premiers jours de celui-ci, on te propose de prendre en charge un patient que tu ne connais pas avec une pathologie que tu ne connais pas, comment expliques-tu le fait que tu puisses dire oui ?

Question 8 Contextualisation des rôles des acteurs de la formation :

Lorsqu'un étudiant est en stage, on a respectivement une relation d'apprenant / éducateur entre lui et son/ses tuteur(s) de stage. Un des rôles de cet éducateur est de pousser l'étudiant à analyser sa pratique. Dans un stage, on retrouve également la relation étudiant / patient lors d'une prise en charge avec un rôle d'éducateur et un rôle d'apprenant cette fois tenu par le patient. Que penses-tu de ces deux relations ?

Question de clôture :

Y-a-t-il des choses que tu voudrais rajouter, développer ou bien que tu n'aies pas compris ?

ANNEXE II

Entretien de Jules

Solène : La première question que je vais te poser, c'est de me raconter une expérience de prise en charge avec un patient en stage dont tu te rappelles. Pas forcément la première, juste une prise en charge qui t'aurait marqué durant tes stages.

Jules : Peu importe ?

Solène : Peu importe.

Jules : C'était une rééducation d'épaule, la première rééducation d'épaule. J'avais jamais trop fait d'épaule, j'ai fait ma première en troisième année. Et du coup bah j'étais un peu perdu. Et du coup avec le kiné, il m'a appris petit à petit, après j'ai commencé à faire tout seul ce qu'il m'avait appris, et après il m'a un peu lancé dans le grand bain pour que je fasse un peu en fonction des cours qu'on avait eu et de ce qu'il m'avait appris, pour que je lui propose des exercices ou des traitements à faire.

Solène : Comment tu t'es senti dans cette prise en charge ? Comment tu la qualifies cette première expérience ?

Jules : Et bah au départ j'étais pas très bien. Parce que je savais pas quoi faire. Je pense que sans le kiné à côté, j'aurais été en galère parce que bah ouai... le fait que je n'en avais jamais vu, je savais pas quoi faire. Et avec lui à côté du coup, bah je me sentais mieux.

Solène : Malgré les cours que tu avais déjà eu ?

Jules : Ouai on avait eu des cours mais c'est jamais pareil un cours sans avoir vu la patho. Donc là, il m'a aidé, il m'a appris sur le patient. Le patient était cool donc du coup il voulait bien. Il m'a montré toutes les différences de limitations qu'on pouvait avoir sur l'épaule, tout ce qu'il fallait revoir sur l'épaule et du coup je trouvais ça bien. Et après quand j'ai été tout seul, j'ai re-eu un moment de pas bien parce que je savais pas si ce que je faisais était bien ou pas. Et après on en a parlé avec le patient et le kiné et on a vu que c'était plutôt bien ce que je faisais.

Solène : Pour contextualiser un petit peu, à Brest, on a des retours de stage qu'on va appeler des analyses de pratique. On va être 6 à 8 étudiants avec un intervenant ou un formateur, et on va venir en fait discuter de situations un peu délicates en stage, qui nous ont posés des questions ou des situations où on a été vraiment en difficultés, et on va venir

en discuter tous ensemble. Je voulais savoir si toi dans ta formation, dans le cursus, vous avez des sessions d'analyse.

Jules : Ouai on en a. C'est surtout des exams. On a eu, sur les situations difficiles, en K1, K2, je crois qu'on avait des retours, on a eu des réunions avec nos référents pédagogiques, où on peut parler pas forcément que du stage mais de tout en général. On parle de l'année, du stage etc... Et après on a un peu nos exams. On a eu un exam par exemple où on devait faire un bilan et raconter une situation difficile qu'on avait eu avec un patient. Et bah du coup ouai on a ça en exam.

Solène : Tu n'as pas eu de session où ça a été mis en commun et chacun a pu peut-être apporter des conseils ?

Jules : Ah si on avait en première et en deuxième année, mais pas cette année, je crois pas.

Solène : Est-ce que du coup tu as trouvé qu'il y avait de l'intérêt à faire ces retours-là de stage ?

Jules : Bah pour moi en K1, K2, ça allait parce que j'avais pas eu vraiment de situation vraiment difficile, mais bah je me souviens il y avait des étudiants dans la salle avec nous que eux pour le coup ils avaient eu des situations difficiles avec des décès où, bah juste après leur séance ou des choses comme ça. Donc je pense pour eux c'est bien parce qu'en première année tu as besoin d'en parler, en deuxième année aussi. Après, si t'a déjà fait un stage par exemple en pneumo, tu vas plus facilement venir en parler aux autres, et du coup tu n'as pas forcément besoin de faire des retours de stage. Mais si c'est ton premier stage dans des endroits assez difficiles, ou dans des endroits où tu peux vivre des situations assez difficiles, c'est assez intéressant ouai. A discuter autour de ce problème-là.

Solène : Toi en tant que spectateur du coup, ça a moins d'intérêt que si c'est toi qui racontes la situation ?

Jules : Bah nan parce que... bah c'était intéressant quand même d'entendre les problèmes des autres, et de voir comment nous on aurait pu les gérer mais... Donc nan c'est toujours un plus à entendre mais vu que moi je n'avais pas de problème non plus, j'ai pas pu régler des problèmes vu que je n'en avais pas.

Solène : Est-ce que du coup tu pourrais me raconter cette fois une prise en charge où là tu as été en difficulté ? Une autre ou peut être que tu veux me parler de l'épaule ?

Jules : Ouai, j'ai eu une patiente qui était alcoolique, en cabinet libéral. Et du coup le kiné m'a direct dit « celle là elle est pour toi » en rigolant et du coup je ne savais pas pourquoi, il m'a dit « c'est une surprise ». Et du coup quand elle est arrivée, c'était une patiente alcoolique qui venait une séance sur deux un peu... fin un peu alcoolisée. Et du coup ça a été compliqué parce même dans le rapport à la personne c'était une patiente âgée de ouai 75 ans qui avait des troubles de la mémoire, des troubles de bah du coup la marche à cause de son alcoolisme, et qui était hyper tactile, et c'était hyper bizarre. Et tous les kinés, eux ça les faisait marrer parce qu'ils trouvaient ça normal, moi je trouvais ça trop... fin accepter une patiente alcoolisée dans le cabinet je trouvais ça bizarre. C'était un peu un sujet tabou avec elle, genre elle sentait l'alcool mais personne ne lui en parlait. Et ouai ça du coup c'était compliqué comme situation.

Solène : Comment tu ressentais ça un peu le fait de la prendre en charge ? C'était juste une seule prise en charge ?

Jules : C'était une ou deux fois par semaine.

Solène : Tu as été amené à la suivre dans sa rééducation ?

Jules : Oh bah oui. Bah après il n'y avait pas forcément de rééducation avec elle parce que c'était plus du maintien. En fait quand elle arrivait sobre, elle est arrivée une ou deux fois sobre dans le stage, et là pour le coup elle était complètement différente et c'était hyper agréable de la prendre en charge. Mais après quand elle arrivait alcoolisée, du coup je devais adapter toutes mes séances même adapter la conversation, fin ça n'avait ni queue ni tête. Même les exercices. Du coup j'arrêtais la séance plus tôt parce qu'elle était fatiguée et j'arrivais pas à faire la séance.

Solène : Si tu étais amené à revivre un peu cette situation là avec un patient qui serait bah alcoolisé, est-ce que tu penses que tu arriverais, grâce à l'expérience que tu as vécu avec cette patiente-là, à aller au bout des séances malgré ça ?

Jules : En tant que kiné ou en tant que stagiaire ?

Solène : Là, pour l'instant, aujourd'hui.

Jules : Aujourd'hui ? Bah en stage j'essaierais d'agir avec... fin je sais pas changer peut être des exercices avec des exercices que j'ai appris depuis ou quoi que soit. Mais moi je sais que ce type de patient, je ne pense pas que... bah là en stagiaire de toute façon je suis obligé donc je la prendrai en charge mais je pense que si... Même maintenant je l'ai en stagiaire, j'irai voir mon kiné pour dire qu'une patiente alcoolisée ça ne sert à rien de la prendre en charge.

Solène : Si tu te projettes toi là en tant que kiné, tu te serviras de ton ancienne expérience pour te dire c'est pas possible quoi ?

Jules : Ouai c'est pas possible, je me serviras de l'expérience de stage ouai.

Solène : Je vais te poser une question qui n'a plus de rapport avec tes expériences passées : tu vas rentrer en clinicat la semaine prochaine. Tu seras cabinet ou en structure ?

Jules : Cabinet.

Solène : Si pendant les premiers jours de ce stage en cabinet, tes tuteurs te proposent de prendre en charge un patient que tu ne connais pas du tout, avec une pathologie que tu ne connais pas du tout, comment tu vas expliquer le fait que tu dises « D'accord je réalise cette prise en charge » ?

Jules : Euh bah déjà je pense que si je ne la connais pas la patho et que je connais pas le patient, je pense que je ne serais pas d'accord à réaliser la prise en charge. Après si je suis obligé, j'irai direct leur en parler. Je sais qu'on m'a déjà mis dans cette situation de prendre direct un patient, avec une pathologie qu'on connaît donc ça va. Mais avec une pathologie qu'on ne connaît pas, à part faire un bilan bidon ou essayer de faire une prise en charge qui ressemble à quelque chose alors que ça ne ressemble à rien, je crois que je ne la ferais pas. J'irai direct voir mon tuteur de stage pour lui dire que bah je ne connais pas là patho et que je ne connais pas la patiente, donc soit on fait une première séance ensemble où il m'explique la patho et après bah je peux gérer la situation, soit s'il ne veut pas faire de première séance ensemble, je lui dis que je ne peux pas faire la séance. Fin je n'ai pas envie de faire une prise en charge qui ne sert à rien.

Solène : D'accord. Ça te projette un petit peu peut-être à ta future activité en tant que kiné, je ne sais pas ce que tu comptes faire à la sortie du diplôme ?

Jules : Ouai je compte faire du libéral.

Solène : Si tu étais confronté à cette situation-là ? Tu n'aurais pas forcément de tuteur auquel te référer, tu peux même tomber dans un cabinet où tu n'as pas forcément de collègues.

Jules : C'est une bonne question, qu'on se pose régulièrement.

Solène : Comment est-ce que tu réagis du coup ?

Jules : Et bien je ne sais pas. Je pense que ça dépendra vraiment de la pathologie. Si la pathologie c'est une pathologie traumatique, que je ne connais pas, je peux toujours faire un bilan. Même en neuro je peux toujours faire un bilan des, fin à la première séance faire un bilan de tout ce qui ne va pas et après lui proposer 2/3 exercices qui me semblent appropriés avec les déficits qu'il a. Après si c'est vraiment une pathologie par exemple en vésicosphinctérien ou quoi que ce soit que je n'ai jamais fait et que je sais que je n'en ferais pas, là pour le coup je refuserai.

Solène : En fait tu te serviras de ce que tu as pu déjà vivre en stage ?

Jules : Ouai je me servirai de ce que j'ai déjà vu en stage et un peu de ce que j'ai vu à l'école aussi pour essayer de faire quelque chose. Mais de toute façon si c'est ma patiente je serais obligé de faire quelque chose parce que je ne vais pas la laisser sans rien, mais si je suis stagiaire, je demanderais à mon tuteur parce que je ne suis pas sur.

Solène : Ça marche. Du coup la dernière question : quand tu es en stage tu vas avoir une relation qui va être avec le tuteur et toi donc l'étudiant. On peut donner des rôles à chacune de ses personnes, c'est-à-dire que ton tuteur va plutôt être éducateur et le stagiaire va être plutôt l'apprenant, où on aura le rôle de l'éducateur qui va venir être de pousser l'étudiant à venir analyser sa pratique, en par exemple justement en posant des questions sur une prise en charge que l'étudiant a pu faire, les techniques utilisées, pourquoi, s'il y a des choses à améliorer ou pas. C'est vraiment de te pousser à analyser une prise en charge. Et on va aussi avoir une autre relation qui va être la relation entre l'étudiant et le patient, où là ça va être un peu les rôles inversés, c'est-à-dire que l'étudiant sera plutôt là éducateur et le patient sera plutôt donc apprenant. Est-ce que pour toi il y a du lien entre ces deux relations ? Est-ce que tu peux les mettre côte à côte et te dire « oui il y a des similitudes », « non il n'y a pas de similitudes » ?

Jules : Entre le kiné et le stagiaire, et le stagiaire et le patient ?

Solène : Oui en fait on a deux relations éducateur/apprenant.

Jules : Ouai les deux ce sont des éducateurs/apprenant.

Solène : Est-ce que pour toi c'est la même relation éducateur/apprenant ?

Jules : La même relation... Par exemple pour expliquer une pathologie, je pense que ça va être la même, mais pas avec les mêmes mots. Nan en fait je ne pense pas que ce soit spécifiquement la même parce la première relation avec le kiné et le stagiaire elle va plus être dans l'apprentissage de comment prendre en charge ce type de patient avec cette pathologie. Alors que l'autre relation ça va être plus dans l'apprentissage de la pathologie qu'il va vivre sur lui-même et on ne va pas du tout toucher le côté, par exemple sur une pathologie neuro, tel patient il va avoir tel déficit, je sais pas de compréhension ou quoi que ce soit, le kiné va l'apprendre au stagiaire « tu vois il va avoir un déficit de compréhension ». Mais le stagiaire va peut-être en parler des déficits de compréhension au patient mais ça ne va pas être un apprentissage vu qu'il le sait déjà. Je ne sais pas si je me suis fait comprendre.

Solène : Là tu cherches vraiment à faire une relation identique, moi c'est vraiment plutôt dans ce rôle et dans ce processus d'apprentissage que j'aimerais savoir si tu arrives à faire des liens. Tu vois tout à l'heure je t'ai expliqué que l'un des rôles de cet éducateur est de vraiment pousser l'étudiant à s'analyser, donc à faire une démarche plutôt active en fait, ouai plutôt pro-active. Est-ce que pour toi il y a cette notion d'apprentissage un peu qu'on peut retrouver nous en tant que stagiaire vers le patient ?

Jules : Quand le kiné pousse le stagiaire, forcément même quand tu es stagiaire tu vas pousser le patient même à se connaître lui-même, à connaître sa pathologie, à se gérer lui-même, le but de la rééducation c'est qu'il puisse la faire tout seul et qu'il n'ait plus besoin de venir. Donc forcément on va le pousser à agir. Mais sinon d'autres liens...

Solène : Non on peut rester sur celui-là. Tu disais que quand le tuteur va pousser l'étudiant, l'étudiant sera plus à même de pousser le patient, est-ce que tu penses que du coup il y a un lien ?

Jules : Bah c'est sûr que si ton tuteur il ne te pousse pas, s'il te présente un patient en mode il te dit qu'il est vraiment pas intéressant et qu'il est long, qu'il est embêtant, forcément tu vas être moins derrière à essayer de pousser le patient à mieux se gérer, à se gérer lui-même.

Solène : Toi personnellement, si le tuteur t'a amené à justement réfléchir sur tes pratiques, là on a parlé tout à l'heure des analyses de pratique, est-ce que d'avoir été amené à réfléchir à ce que tu faisais ? Est-ce que toi ça te pousse à l'utiliser dans la prise en charge avec ton patient pour justement avoir une démarche active ?

Jules : Bah forcément vu que s'il m'a appris à réfléchir sur comment prendre en charge différemment et comment essayer de gérer au mieux, forcément qu'avec mes patients je vais essayer de faire ce qu'il m'a appris, de réfléchir à comment faire. Et même si tu veux on pourrait même leur apprendre à eux à comment faire au mieux par eux-mêmes. Je n'ai pas d'exemples en tête.

Solène : Et ça pourrait se faire de la même manière selon toi ou pas ? Selon le même processus ?

Jules : Bah ouai je pense que ça pourrait se faire. Bah du coup c'est un peu la même relation.

Solène : Par contre inversement du coup tu penses que quelqu'un qui n'a jamais été poussé à réfléchir à sa pratique ne peut pas ensuite lui-même pousser son patient ?

Jules : Ouai si par contre. Ça, ça dépendra de chacun, mais quelqu'un qui est vraiment motivé, même si son tuteur ne l'a pas poussé à le faire, il peut se pousser lui-même à vouloir bien faire même si ton tuteur il n'est pas forcément bien, tu peux pousser ton patient toi-même. Après si ton tuteur te pousse, ça dépendra un peu de la personnalité, il y en a qui n'y arriveront pas mais si quelqu'un te pousse ça va forcément te motiver à pousser l'autre derrière.

Solène : Est-ce que toi personnellement tu as déjà fait ce lien, quand par exemple tu as eu peut-être un patient qui n'avait pas l'air motivé dans ses séances ?

Jules : Oui je sais que j'ai déjà eu des patients où le kiné il ne le poussait pas trop, et il ne me poussait pas trop à aller vers lui.

Solène : Est-ce que tu as justement essayé dans ta prise en charge avec un patient qui n'était pas très motivé ?

Jules : Oui.

Solène : Comment tu as procédé ?

Jules : Bah c'est déjà de parler de lui, de ce qu'il veut, c'est pas de l'éducation thérapeutique mais chercher à savoir pourquoi il est là, ce qu'il veut. S'il vient il y a bien une raison, il ne vient pas juste pour venir je pense. Donc s'il vient c'est « Qu'est-ce qu'il veut ? » et « Qu'est-ce qu'il veut faire plus tard ? » et « Qu'est-ce qu'il veut qu'on fasse ensemble ? ». Et si j'arrive à lui faire comprendre qu'avec des séances, enfin avec ce qu'on peut lui proposer ça peut arriver à ce qu'il veut plus tard, si je vois qu'il commence à adhérer à ça, déjà bah peut-être on pourrait commencer à le motiver à faire l'exercice ou à prendre le traitement. Fin c'est con mais c'est l'éducation thérapeutique : c'est sur un patient compliqué qui n'est pas motivé, c'est de travailler sur les objectifs qu'il a et essayer de choisir les objectifs que nous on peut mettre ensemble, pour essayer d'atteindre le but voulu.

Solène : C'était la dernière question, est-ce qu'il y a des choses que tu aurais envie d'ajouter, de développer ?

Jules : Non.

Solène : Très bien, merci.

NOM : BELY

PRENOM : SOLENE

TITRE : ETUDE QUALITATIVE SUR L'IMPACT DE L'ALTERNANCE PEDAGOGIQUE EN FORMATION DE MASSO-KINESITHERAPIE : LE RAPPORT EDUCATIF ENTRE L'ETUDIANT ET LE PATIENT

The issue in masso-physiotherapy training is to train reflexive and competent health professionals. The patient's own health education is a public health issue. The aim of this dissertation is to create a link between the two learning processes in order to raise the student's awareness about the need to acquire knowledge in patient education.

This qualitative study is a survey carried out with semi-directive interviews of students in masso-physiotherapy in order to understand their thoughts and beliefs on patient education.

Six interviews were carried out and then analysed. The results showed that autonomous learning requires understanding and motivation. The presence of competent and committed support is also indispensable for the students. From their point of view, these notions are also necessary to develop the patient's autonomy.

The autonomy in his learning and practice of a student does not mean that the student has expressed the need to be trained in patient health education. It would be interesting to know the degree of knowledge and experience in pedagogy that the student has acquired during his training. This could determine whether it influences the student's need for training in patient education.

L'enjeu de la formation de masso-kinésithérapie est de former des professionnels de santé réflexifs et compétents. L'éducation du patient à sa santé est un enjeu de santé publique. L'objectif de ce mémoire est de créer un lien entre les deux processus d'apprentissage afin de faire apparaître une prise de conscience chez l'étudiant sur le besoin de se former à l'éducation du patient.

Cette étude qualitative est une enquête réalisée au moyen d'entretiens semi-directifs auprès d'étudiant en masso-kinésithérapie afin de comprendre leur réflexion et leur croyance sur l'éducation du patient.

Six entretiens ont été réalisés puis analysés. Les résultats ont permis de mettre en évidence que l'apprentissage autonome passe par un besoin de compréhension et de motivation. La présence d'un accompagnement compétent et engagé est également indispensable pour les étudiants. De leur point de vue, ce sont des notions également nécessaires pour développer l'autonomie du patient.

Un étudiant qui autonome dans son apprentissage et dans sa pratique ne signifie pas qu'il a explicité le besoin d'être formé à l'éducation du patient à sa santé. La recherche du degré de connaissances et d'expériences en pédagogie de l'étudiant pendant sa formation serait intéressante à mener. Cela pourrait déterminer s'il influence l'étudiant quant au besoin de se former à l'éducation du patient.

KEY WORDS : Learning process – Physiotherapy training – Education – Autonomy

MOTS CLES : Apprentissage – Formation kinésithérapique – Education – Autonomie

INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE :

22 avenue Camille Desmoulins 29238 BREST CEDEX 3

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES : 2016-2020