



---

**Directeurs des soins**

Promotion : **2010**

Date du Jury : **Septembre 2010**

---

**Une communauté d'apprentissage pour la  
formation clinique : un double défi pour le  
directeur des soins.**

**Eclairages sur la formation des kinésithérapeutes.**

---

**Jacques BERGEAU**

---

# Remerciements

---

A tous les professionnels des hôpitaux et des instituts de formation qui m'ont consacré une partie de leur temps dans le cadre de ce mémoire

Aux enseignants de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique pour la qualité de leur enseignement et leurs conseils

A mes tuteurs de stage et de positionnement qui m'ont accompagné avec beaucoup de justesse et sans complaisance pendant cette année de formation

A l'ensemble des collègues de ma promotion « Savaneli »

A tous ceux qui m'ont apporté aide et soutien

*A Hélène, « ma Chérie »*

*A Julie, Dominique, Quentin, Marion, Lydie et Camille, nos enfants*

*A ma mère ...*

---

# Sommaire

---

Introduire pour apprendre.....	1
1 Explorer pour connaître : l'expérience.....	3
1.1 La formation des kinésithérapeutes est en tension en France et la réforme attendue par les professionnels ne fait pas consensus.....	3
1.2 La formation clinique, souvent restreinte à ce qui se passe « auprès du malade » est en réalité le cœur de la formation initiale d'un kinésithérapeute et celui de sa formation tout au long de sa vie professionnelle. ....	6
1.3 L'intelligence collective des acteurs de la formation clinique et la constitution d'une mémoire collective peuvent créer les conditions d'un apprentissage collectif.....	12
2 Consulter pour valoriser : les compétences .....	15
2.1 Question de départ et hypothèses .....	15
2.2 Démarche méthodique d'investigation.....	15
2.3 Interprétation et analyse des données de l'investigation (analyse de contenu)....	17
2.4 Retour sur les hypothèses .....	22
2.5 Les limites de l'enquête .....	23
3 Se projeter pour améliorer : les défis.....	25
3.1 L'accompagnement du mémoire des étudiants kinésithérapeutes est un exemple concret où le niveau collectif des apprentissages est à promouvoir, sous l'impulsion du directeur des soins formation.....	25
3.2 Le directeur des soins formation doit montrer la voie de passage du niveau individuel vers le niveau collectif.....	31
3.3 Le directeur des soins formation doit chercher la perméabilité entre compétences individuelles et compétences collectives pour développer les compétences stratégiques de l'organisation.....	33
3.4 Le directeur des soins formation doit repérer les outils de demain vecteurs de la collaboration pour apprendre.....	34
Conclure pour apprendre ensemble .....	37
Bibliographie.....	39
Liste des annexes.....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

ARS	Agence régionale de santé
CDSF	Cadre de santé formateur
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNOMK	Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes
DIFMK	Directeur d'un institut de formation en masso-kinésithérapie
DIFSI	Directeur d'un institut de formation en soins infirmiers
DSCPN	Directeur des soins, conseiller pédagogique national
DSAS	Directeur des soins, responsable des activités de soins
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
IFMK	Institut de formation en masso-kinésithérapie
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
JNKS	Journées nationales de la kinésithérapie salariée
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
TIC	Technologies de l'information et de la communication

## Introduire pour apprendre

« Il vaut mieux apprendre que savoir » (Jean BERBAUM)

D'un côté, la volonté de placer le patient au centre du système de santé anime toutes les réformes du système de soins et de protection dont la dernière, dite loi « Hôpital Patients, Santé, Territoires », regroupe tous les acteurs de la santé et du social au sein des Agences régionales de santé. De l'autre, il est question de placer l'étudiant en santé au cœur du dispositif de formation en mettant l'accent sur le développement des compétences à acquérir en formation initiale, puis tout au long de sa vie professionnelle. La qualité de **l'agir en situation** est au centre des nouveaux dispositifs de formation avec la réforme en cours des études paramédicales.

Ainsi, mettre simultanément le patient au centre du système de santé et les compétences de l'étudiant en santé au centre du dispositif de formation, c'est rendre compte de l'importance de la clinique pour la personne soignée et de la formation clinique des professionnels de santé dès le début de leur formation initiale.

Or, si les professionnels du soin, infirmiers, rééducateurs et médico-techniques, ont bien conscience de l'importance de la clinique dans leurs activités quotidiennes, ils ne l'écrivent ou la décrivent que rarement, dans des cas cliniques publiés. N'étant pas en prise directe avec les patients et les soins, les personnels de la direction des soins ou de l'encadrement semblent l'ignorer. Le terme même d'enseignement « clinique » pour les professionnels paramédicaux, n'est apparu que récemment dans les textes réglementaires (Arrêté du 31 juillet 2009<sup>1</sup>). Le terme le plus utilisé est « stage », parfois « stage clinique », plus rarement « enseignement clinique » ou « formation clinique ». Cette notion reste à l'heure actuelle abstraite pour l'ensemble des professions de santé alors qu'elle est au centre de la réforme des études paramédicales.

La formation actuelle des masseurs-kinésithérapeutes se fait en France dans le cadre réglementaire de l'Arrêté du 5 septembre 1989 modifié, au sein des instituts de formation en masso-kinésithérapie (IFMK), sous le contrôle du Ministère de la santé. La formation académique se déroule à l'IFMK et comprend des cours magistraux, des travaux dirigés et des travaux pratiques. Les stages cliniques constituent la formation clinique. Celle-ci se fait « au lit du malade » et par extension dans un lieu de production de soins de rééducation (en salle, en piscine, etc.) nommé le plus souvent « terrain de stage

---

<sup>1</sup> Arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier, infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, puéricultrice, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire d'analyses biomédicales, cadre de santé et aux agréments de leur directeur

clinique », c'est à dire en dehors du lieu de formation académique, « l'institut de formation ».

C'est cet « en dehors » qui questionne en termes de construction d'identité professionnelle par alternance entre les deux lieux de formation. Les textes règlementaires identifient depuis peu un « parcours de formation clinique <sup>2</sup>» en formation initiale. Les alternants, les étudiants en kinésithérapie, perçoivent ces changements itératifs de lieu et de posture le plus souvent comme des ruptures. Force est de constater qu'ils sont les seuls, le plus souvent, à faire du lien entre les deux structures de cette alternance.

Changer de fonction, puis progressivement de positionnement, m'a conduit à regarder différemment ce que je croyais connaître, pour avoir pendant dix ans, accompagné des étudiants kinésithérapeutes en service de soins dans trois centres hospitaliers universitaires (CHU) et organisé les parcours de formation en stage et le suivi des apprentissages cliniques au sein de trois IFMK, et coordonné pendant quatre années l'accueil et la mise en stage d'étudiants en kinésithérapie Erasmus issus de sept pays européens différents : **la formation clinique**. Confronté aux fonctions de directeur d'IFMK, j'ai pu percevoir que la qualité de la formation clinique à mettre en place dans la formation initiale de ces futurs professionnels de santé relève de plusieurs approches, politique, stratégique, managériale et organisationnelle. La direction des soins - les directeurs des soins - a (ont), après en avoir repéré les enjeux, un rôle à jouer dans la mise en œuvre et la déclinaison de la formation clinique au sein des structures de soins et de formation.

Mon travail s'est donc orienté vers une double perspective de perception et d'action :

- percevoir la **clinique** comme le cœur de la formation des kinésithérapeutes - de tous professionnels de santé paramédicaux - dans une vision prospective des ressources humaines en santé et de réponse aux besoins de santé de la société,
- créer les conditions pour que tous les acteurs de la formation clinique puissent **apprendre ensemble** dans une stratégie managériale participative d'organisation apprenante et d'innovation.

Après avoir exploré le contexte mouvant et complexe puis appris de l'expérience (1), la question de la coopération entre directeurs de soins est posée en termes d'objet commun - la formation clinique - et d'intelligence collective (2) pour identifier les défis qui les attendent en termes d'exemplarité de la coopération, en termes de compétences stratégiques de l'organisation et en terme d'environnement pour apprendre ensemble (3).

---

<sup>2</sup> Arrêté du 29 avril 2009 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute

# 1 Explorer pour connaître : l'expérience

Du besoin de se rencontrer dans l'expérience et de chercher des repères dans la littérature.

## 1.1 La formation des kinésithérapeutes est en tension en France et la réforme attendue par les professionnels ne fait pas consensus.

Une réingénierie de la formation dans la logique compétences, avec une perspective d'universitarisation à court terme provoque des réactions dans le corps professionnel et chez les étudiants. Le mode de sélection actuel très diversifié, le plus souvent dérogatoire, basé exclusivement sur la qualification et partiellement régionalisé, est devenu illisible. Le coût moyen de formation forme une véritable barrière sociale à l'entrée en formation. Une minorité d'instituts de formation sont publics, dont très peu sont pilotés par un directeur ayant fait le parcours directeur des soins. Au final, le système de formation « donne l'impression d'être disparate, sélectif et coûteux » (rapport d'étude ONDPS, 2009).

Le rapport DOMERGUE<sup>3</sup> sur la formation des auxiliaires médicaux dresse un constat alarmant. Même si la France rattrape peu à peu son retard sur ses voisins européens dans l'application du processus de Bologne, la formation des auxiliaires médicaux « manque de lisibilité et génère de véritables inégalités entre les étudiants, et son contenu mériterait d'être adapté à l'évolution des métiers, des besoins de santé et du système de soins ».

Selon l'étude préalable aux Etats Généraux de la profession (rapport CNOMK, 2009) seuls 53% des masseurs-kinésithérapeutes sont satisfaits de la formation initiale dont ils ont bénéficié ; 40% des professionnels ne sont pas satisfaits de la formation.

Pour le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK), cette situation est « problématique pour les étudiants qui souhaitent s'orienter vers la profession : en effet, si l'image sociétale du masseur-kinésithérapeute est très positive, et si les modalités d'exercice sont variées, une fois renseigné sur les conditions à la profession et le contenu de la formation, le candidat potentiel pourrait être découragé et s'orienter vers un autre cursus ». Ce niveau de satisfaction concernant la formation initiale est transversal à toutes les classes d'âge de la profession : le taux d'insatisfaits varie peu,

---

<sup>3</sup> Rapport d'information de la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale sur la formation des auxiliaires médicaux, enregistré le 7 juillet 2010, présenté par M. Jacques DOMERGUE

quelle que soit la date d'obtention du diplôme.

Dans cette étude préalable aux Etats Généraux, les masseurs-kinésithérapeutes ont « exprimé des suggestions d'amélioration de leur formation initiale ». Une des principales évolutions suggérées est « un enrichissement du contenu de la formation, donnant accès à un titre universitaire d'exercice de niveau Master, intégrant **davantage de formation pratique et clinique** ». Une demande d'ordre quantitatif, mais rien sur le plan qualitatif de la formation clinique n'apparaît dans cette enquête. Les kinésithérapeutes exerçant depuis moins de 3 ans insistent davantage sur le développement de la formation pratique et gestuelle, et sur la problématique des coûts de scolarité.

Une enquête réalisée à l'occasion des JNKS 2010<sup>4</sup> auprès d'un public de professionnels salariés montre une vision différente. 70% des répondants souhaitent une formation d'une durée de quatre années conduisant au diplôme d'Etat. Ils sont également 70% à dire que la formation initiale ne doit pas conduire à maîtriser tous les domaines professionnels à l'issue de ce diplôme.

Par ailleurs, d'après l'étude diligentée par le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (rapport CNOMK, 2009), les masseurs-kinésithérapeutes ne partagent pas une vision homogène de la profession et de ses valeurs. Un sur cinq seulement est convaincu qu'il existe des valeurs fortes qui fondent l'identité de la profession. Le doute sur l'existence de valeurs fondatrices de l'identité de la profession est d'autant plus prononcé que les masseurs-kinésithérapeutes sont jeunes.

La situation critique d'un institut de formation, c'est la situation des stages professionnels sur le terrain (tous les types de terrains). Les stages représentent un volume substantiel d'heures de formation : 70 heures en 1<sup>ère</sup> année et 1400 heures maximum en 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année. L'hôpital demeure le lieu de formation des professions de santé même quand une profession est majoritairement libérale, comme c'est le cas pour la kinésithérapie. Cela devrait évoluer sensiblement avec les textes parus en 2009. En 2008, la contestation de l'Ordre par les kinésithérapeutes hospitaliers a eu pour conséquence une ouverture en 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année de lieux de stage plus variés, en particulier en secteur libéral, et ce afin de répondre à une pénurie de places d'accueil suite au refus d'encadrement organisé au niveau de certains établissements. Certains IFMK ont devancé cette évolution. Est-ce que cette mise en place du stage libéral sera aisée ? Le recrutement des tuteurs libéraux est en cours, ainsi que la définition du contenu des stages et de celui de la formation des tuteurs (rapport d'étude ONDPS, 2009)

---

<sup>4</sup> Journées nationales de la kinésithérapie salariée 2010. Kinescope n° 19, page 15

La rationalité des acteurs et les représentations sont différentes en institut de formation et sur les lieux de soins (hôpital, centre de rééducation, cabinet libéral, domicile, etc.). Un institut de formation forme des individus : « on pourrait dire qu'il produit des compétences individuelles alors que l'hôpital (ou toute structure où se déroule des soins de rééducation) est un lieu de production de soins et de réalisation d'actes » (COTTRET et GOSSELIN, 2009).

La rationalité des acteurs est différente : l'étudiant est placé au centre du dispositif de formation et occupe donc la place centrale dans l'institut de formation ; le même étudiant voit sa place décentrée sur les terrains de stage puisque c'est le patient qui est placé au centre du dispositif de soins ; l'étudiant « stagiaire » est plongé dans cette situation clinique chaque jour du stage.

Tous les acteurs semblent d'accord sur la nécessité de coopérer (formateurs IFMK d'un côté et les professionnels « ses » terrains de stages de l'autre) mais presque personne ne le fait dans la réalité. Aujourd'hui, « les étudiants construisent individuellement leurs compétences en deux lieux distincts et parfois même étanches : les instituts de formation et les lieux de stages » (COTTRET et GOSSELIN, 2009). Il existe une réelle difficulté à mettre en place cette coopération et à identifier une organisation de l'espace entre les deux pôles : quel cadre réglementaire ? quelles relations entre les acteurs ? quelle culture des structures ?

Le cadre formel, en forte évolution, laisse une ambiguïté entre la notion de parcours de stages et la validation stage par stage. « L'idée de parcours pose fondamentalement, à qui veut l'entendre, un lien reliant chaque stage l'un à l'autre, et évoque un cheminement passant par différents points placés là avec intention et non au hasard » (COCHET, 2009). Trois instants jalonnent ce trajet. A chaque passage le parcours doit être validé<sup>5</sup> : « Article 8 : Pour accéder à la deuxième année, les étudiants doivent obligatoirement avoir validé ... le parcours de stage de première année. Article 10 : Pour accéder à la troisième année, les étudiants doivent avoir validé ... le parcours de stage accompli durant la deuxième année. Article 20 : Pour se présenter à l'examen en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, les candidats doivent ... avoir obtenu la validation du parcours de stage (...). »

« Et c'est là que le législateur nous laisse en route, rien sur le mode de validation du parcours de stage, tout sur la validation de chaque stage...logique du saucisson ! » (COCHET, 2009). Le même arrêté prévoit : « Article 12 : La validation du stage clinique est prononcée par le référent au vu de l'assiduité au stage, la participation de l'étudiant à l'activité de masso-kinésithérapie, en fonction de l'objectif de formation établi conjointement par l'institut de formation en masso-kinésithérapie, le lieu d'accueil du

---

<sup>5</sup> Arrêté du 29 avril 2009 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute  
Jacques BERGEAU- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2010

stagiaire et l'étudiant. Une démonstration pratique peut être adjointe à cette validation en accord avec le directeur de l'IFMK ».

En pratique, il existe des conventions de stage à caractère administratif mais il n'y a pas de négociation sur les objectifs de stage et pas de véritable contrat de formation tripartite (étudiant – terrain de stage – IFMK).

Le redimensionnement des équipes, conjugué au manque de personnel, impose de revisiter les organisations. La décentralisation de 2004 (régions) a déclenché une recherche progressive d'efficacité des instituts de formation, avec parfois un redimensionnement des équipes de formateurs permanents des IFMK. Dans le même temps les quotas d'admission en première année augmentaient de façon notable. Pour certains instituts s'ajoute à cela la difficulté nouvelle de recruter des cadres de santé formateurs, voire des formateurs (grandes disparités régionales). Dans le même temps, la pénurie de kinésithérapeutes salariés à l'hôpital public fait diminuer le nombre de places disponibles pour accueillir les étudiants en stage.

Dans son étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière (Monographie Masseuse-kinésithérapeute, 2008, pages 17-18), le Ministère de la santé et des sports prévoit à l'horizon 2015 :

- un renforcement de la **plurivalence** des masseurs-kinésithérapeutes et une modification des pratiques dans le sens d'une **plus grande part d'évaluation, d'orientation et d'anticipation** du parcours de soins du patient (sous l'influence de la réduction progressive de la durée moyenne de séjour).
- l'acquisition de compétences scientifiques dans le développement et la mise en œuvre de méthodologies de **recherche clinique**.

Sans formation à la recherche clinique et faute de moyens pour conduire ces recherches, les kinésithérapeutes publient peu, même s'ils publient de plus en plus en langue anglaise. Ainsi, seulement 62 essais cliniques randomisés ont été publiés en français sur l'ensemble de la production mondiale de 13189 essais en kinésithérapie recensés par le site PEDro depuis 2004 ([www.pedro.org.au](http://www.pedro.org.au)).

**1.2 La formation clinique, souvent restreinte à ce qui se passe « auprès du malade » est en réalité le cœur de la formation initiale d'un kinésithérapeute et celui de sa formation tout au long de sa vie professionnelle.**

Le terme formation clinique (*clinical education* en anglais) renvoie à **l'acquisition supervisée de compétences professionnelles**, celle-ci étant particulièrement appropriée aux séquences d'enseignement en environnement clinique comme les tables rondes relatives à un cas clinique, par exemple. Le but de la formation clinique est de donner à des étudiants l'opportunité, en situation clinique, d'atteindre le niveau de compétence d'un praticien débutant en « intégrant leurs connaissances et capacités à des niveaux croissants de performance et de responsabilité sous la guidance de praticiens qualifiés » (Université de Sydney, 2010)<sup>6</sup>.

Notre expérience nous a montré que sous la supervision de praticiens qualifiés, les étudiants cherchent à appliquer des théories, voire des découvertes scientifiques, apprises dans leurs études à l'institut de formation, et à développer leurs compétences par l'interaction avec des patients et des praticiens. Cette modalité supervisée s'effectue aussi bien en environnement urbain que rural, dans des hôpitaux, ou des centres de soins de suite et de réadaptation, privés ou publics, en clinique privée, en maison de santé pluridisciplinaire ou en cabinet libéral ; s'y ajoutent les actions d'enseignement clinique à l'institut. Il y a aussi des occasions d'apprentissage clinique interprofessionnel et des expériences internationales, par exemple dans le cadre des échanges européens Socrates-Erasmus.

Dans l'idéal, la formation clinique fournit également aux étudiants des situations pour exercer leurs compétences relationnelles et développer les qualités permettant des relations de travail productives.

Le parcours de formation clinique est perçu comme « l'élément essentiel pour le développement des compétences cliniques et des attitudes professionnelles » (STROHSCHHEIN et al, 2002).

La formation clinique est une composante à part entière du curriculum de formation, composante indispensable et incontournable pour que l'étudiant devienne professionnel de santé et intègre le corps professionnel des kinésithérapeutes. Une formation professionnelle ne peut se concevoir sans la confrontation des personnes formées à des situations réelles, habituelles mais également spécifiques et emblématiques de l'exercice professionnel attendu.

La formation clinique doit être considérée comme un processus de régulation et d'ajustement expérientiel et non comme un objectif. Elle permet dans un premier temps, lors des soins aux patients, la mise en pratique, l'application des connaissances et

---

<sup>6</sup> [http://sydney.edu.au/health\\_sciences/clinical/](http://sydney.edu.au/health_sciences/clinical/) consultée le 14 juillet 2010

procédures étudiées au cours de la formation académique et pratique en institut de formation.

Elle doit cependant aller plus loin, et permettre avant la prise de fonction en toute autonomie du professionnel, la résolution de problèmes divers, différents de la pratique clinique courante, par transfert de connaissances.

L'expérience vécue au cours des séquences de stage ne peut être en soi l'objectif de la formation clinique. L'expérience et la simple mise en pratique ne peuvent être le but ultime et unique des mises en stage qui composent le parcours de formation clinique. Il faut que le matériel issu de l'expérience soit reconstruit par l'apprenant, pour générer connaissances, procédures et stratégies, venant enrichir et remodeler ses savoirs antérieurs. C'est la conception du constructivisme : tout apprentissage est construit par chaque apprenant à partir des matériaux de base que constituent leurs expériences, leurs connaissances et leurs conceptions antérieures.

L'expérience en stage permet la confrontation avec les pairs, source d'interactions sociocognitives, véritables boucles régulatrices des comportements et attitudes professionnels, véhicules des valeurs, règles éthiques, normes, ... etc. C'est l'apport du socioconstructivisme, qui ajoute, dans la construction des apprentissages, les interactions sociocognitives avec les pairs et les enseignants.

**La construction issue de l'expérience est le résultat de processus cognitifs tendant à extraire des situations vécues des invariants.** Sont appelés « invariants » les éléments de connaissance issus de l'expérience identifiés par l'analyse puis décontextualisés pour être classés, catégorisés et enfin généralisés. Dans toute situation nouvelle, la recontextualisation des éléments appris mettra en exergue les éléments nouveaux par rapport aux éléments retrouvés dans des situations cliniques proches. Par exemple, issue des expériences cliniques dans le champ musculo-squelettique la raideur post-traumatique est un invariant que l'étudiant-apprenant est amené à observer, analyser et objectiver. Pour autant, l'expression clinique de cette raideur post-traumatique sera différente à chaque nouvelle situation rencontrée.

Pour qu'il y ait **construction de savoirs** au delà de la simple expérience, **des outils sont nécessaires** pour permettre la prise de distance, la réflexion, le raisonnement. Dans les formations professionnalisantes, études de cas et apprentissages par problèmes sont deux modes possibles pour construire, au delà de la simple observation et narration, les jugement et analyse indispensables à la prise de décision et à l'action.

Une étude de cas est un texte écrit ou simulé, un témoignage oral ou enregistré, relatant une situation problématique concrète et réaliste, c'est-à-dire un incident significatif, une

situation embarrassante ou critique ou tout simplement le déroulement d'une situation dans le temps. L'étude de cas sert, lors de discussions de groupe, « soit à amorcer une quête d'information, soit à amener une analyse du problème, soit à une prise de décision » (MUCCHIELLI, 1992).

Les apprentissages par problèmes utilisent des processus de résolution d'un problème complexe ; les participants, regroupés par équipes, travaillent ensemble à chercher des informations et à résoudre un problème réel ou réaliste proposé de façon à développer des compétences de résolution de problème et à faire en même temps des apprentissages de contenu (GUILBERT et al, 1997).

HIGGS et al. (2000, page 11) dans le cadre d'une réflexion sur les professions de santé « non médicales » proposent une définition et une conception du raisonnement clinique : « l'activité intellectuelle qui synthétise des informations obtenues de la situation clinique, l'intègre avec la connaissance précédente et l'expérience puis l'utilise pour formuler un diagnostic et prendre des décisions de traitement ».

La formation clinique nécessite **évaluation et critères** pour mesurer la progression et les performances par niveaux.

L'outil « Clinical Performance Instrument » propose 18 critères pour mesurer la compétence attendue d'un étudiant et définir le niveau des pratiques lors de l'accès à l'exercice professionnel de nos collègues nord-américains<sup>7</sup>.

Six critères relatifs à la pratique professionnelle : sécurité pour le patient, professionnalisme, responsabilité, communication, raisonnement clinique et adaptabilité culturelle.

Neuf critères relatifs au parcours de soins en kinésithérapie : dépistage et orientation, examen clinique, évaluation, diagnostic et pronostic, planification des soins, interventions procédurales, éducation et formation, documentation et évaluation des résultats de l'intervention kinésithérapique.

Trois critères relatifs à la gestion de la pratique professionnelle : financement des soins (aspect économique), supervision du personnel et développement professionnel.

Avec la mise en œuvre de la réforme des études infirmières, **une évaluation « qualitative » des acquis en stage se fait à l'aide du portfolio**, renseigné à chaque fin de stage lors de l'entretien de bilan des acquis du stage. L'étudiant renseigne, préalablement à l'entretien, la page « Analyse de pratique » et les professionnels ayant travaillé directement avec l'étudiant sont interrogés s'ils ne participent pas à cet entretien. Le point de départ de l'entretien concerne les activités effectivement réalisées par l'étudiant pendant le stage.

---

<sup>7</sup> American Physical Therapy Association, 2006 <http://www.apta.org>

Si le portfolio est l'outil de l'étudiant et relève de sa responsabilité, le livret d'évaluation est l'outil de traçabilité et relève de la responsabilité de l'institut de formation. Cet outil contient : une fiche identification de l'étudiant, une feuille récapitulative du semestre, une feuille de bilan de stage, une feuille de synthèse des acquisitions de compétences en stage, une feuille récapitulative des "actes, activités, techniques de soins", une feuille de passage d'année, une feuille récapitulative des stages et une feuille de diplôme d'Etat. Une compétence doit être acquise en fin de première année, la moitié des compétences en fin de deuxième année et la totalité des compétences du référentiel en fin de formation initiale.

Dans le cadre de la réingénierie des diplômes paramédicaux, les savoirs sont abordés dans leurs interrelations et articulés autour de « situations professionnelles » afin de permettre la « mobilisation des compétences pour comprendre, faire et transposer » (COUDRAY et al, 2009, page 43). Pour intégrer les savoirs cliniques dans le parcours de formation, l'unité d'intégration peut inclure et combiner trois modalités : mise en situation simulée, production écrite ou orale à partir des stages, analyse des situations vécues en stage.

Dans sa thèse « Apprendre à devenir kinésithérapeute », LINDQUIST<sup>8</sup> évoque les apprentissages cliniques et les compétences à acquérir dans trois directions :

- thérapeute : analyser, définir et traiter des problèmes de structure ou de fonction.
- éducateur : résoudre les problèmes des patients relatifs au mouvement - au sens large -, tels que marcher, monter ou descendre un escalier, se lever d'une chaise ou d'autres activités de la vie quotidienne.
- conseiller : identifier et gérer les problèmes de mouvement perçus par une personne dans son contexte habituel de vie ou dans une situation qu'elle a choisi.

Peu d'études rendent compte de l'influence des tuteurs (formateurs cliniques) sur les étudiants en kinésithérapie, et en particulier au début de leur formation clinique. Le but de l'étude de COLE et al. (2008) est d'évaluer les perceptions qu'ont les étudiants en kinésithérapie de leurs expériences de formation pendant un stage clinique d'initiation.

L'étude, réalisée à partir d'une enquête par questionnaire à questions ouvertes, porte sur 51 étudiants en physiothérapie au Canada.

Elle montre que le formateur clinique pourrait enrichir les expériences des étudiants des façons suivantes :

- les préparer en présentant, expliquant, démontrant, ou leur donnant le temps d'obtenir des informations,
- confirmer leurs apprentissages par un feed-back et des récapitulations,

---

<sup>8</sup> LINDQUIST I (2006). Learning to be a physiotherapist. <http://diss.kib.ki.se/2006/91-7140-723-5/thesis.pdf>

- leur faire mettre « la main à la pâte » par des expériences appropriées à leurs connaissances, leurs compétences et leur confort,
- les stimuler en mettant en doute leurs propos ou leurs actes, en discutant toutes les possibilités ou en leur laissant du temps pour la réflexion,
- les respecter, valoriser leurs apports et leur permettre un niveau approprié d'autonomie,
- démontrer un comportement professionnel dans la communication, la pratique basée sur la preuve, et le développement professionnel continu.

Au final, les étudiants en physiothérapie disent avoir de la considération pour les formateurs cliniques (tuteurs) qui les impliquent dans des soins donnés aux patients ; les confortent, les stimulent et les préparent aux apprentissages ; respectent leurs apports et sont un modèle de comportement professionnel.

En Australie, où la kinésithérapie est montrée en exemple pour ses pratiques basées sur la preuve, les activités perçues, conjointement par les étudiants et par les formateurs cliniques, comme efficaces dans la facilitation des apprentissages en milieu clinique sont les démonstrations de prise en charge de patients, les discussions, le feed-back et l'évaluation. L'évaluation formative est vécue une occasion d'apprentissage de grande valeur.

L'utilisation de la réflexion, de l'auto-évaluation et de l'évaluation par les pairs comme occasions d'apprentissage en situation clinique exige de nouvelles investigations, car elles sont perçues différemment par les étudiants et par les formateurs cliniques (ERNSTZEN et al, 2009).

En utilisant le vocabulaire choisi lors des travaux de réingénierie du diplôme de masseur-kinésithérapeute - actuellement en phase de finalisation – pour définir les domaines de savoir, une modélisation de la formation d'un masseur-kinésithérapeute sous forme d'arbre (Annexe I). Les sciences cliniques abordées en formation clinique représentent le feuillage et les fruits de l'arbre. Pour leur bon développement, il faut que la sève leur apporte tous les éléments nécessaires à leur croissance.

Les sciences fondamentales et les techniques en kinésithérapie représentent les racines. Ce sont les sciences contributives à la kinésithérapie : sciences humaines, sociales, de gestion, droit (éthique, philosophie, sciences de l'éducation, etc.), sciences de la matière et de la vie (anatomie, physiologie, neurosciences, sciences cognitives, etc.), médecine et santé publique, ...

Ce sont aussi les sciences et ingénierie en kinésithérapie : biomécanique et kinésiologie, kinésiopathologie et modèles en kinésithérapie, etc.

Ce sont enfin les techniques, méthodes et outils en kinésithérapie, les techniques de documentation, la démarche scientifique, l'anglais, les techniques de l'information et de la communication, etc.

Sans racines, il n'y a pas d'arbre !

Une intelligence collective crée un climat propice au développement de la formation clinique et à l'apprentissage des sciences cliniques.

### **1.3 L'intelligence collective des acteurs de la formation clinique et la constitution d'une mémoire collective peuvent créer les conditions d'un apprentissage collectif.**

Selon GARDNER (2009), ce que l'on nomme « intelligence » au singulier n'existe pas. Il y a des intelligences, sept ou huit probablement : linguistique, logico-mathématique, musicale, spatiale, corporelle, interpersonnelle, intrapersonnelle, environnementale, ... voire une neuvième : l'intelligence existentielle.

Chaque intelligence, prise en elle-même, n'est rien d'autre qu'un potentiel biologique : la capacité de traiter, de manière spécifique, une catégorie déterminée d'informations ou de données.

PERKINS (1995) a identifié une modalité de l'intelligence qu'il a appelé « intelligence réflexive », comme la capacité de prendre conscience de ses habitudes mentales et de dépasser ses schémas limités de pensée. Il a montré que nous pouvons devenir plus intelligents par l'étude et la pratique, par l'accès aux outils appropriés et en apprenant à utiliser ces outils de manière efficace.

L'expression « intelligence collective » peut avoir beaucoup de sens différents, mais tous ces sens sont plus ou moins liés à la conjonction de deux notions : la cognition et la communauté. Définissant la cognition comme l'activité de percevoir, de se souvenir, de résoudre des problèmes, d'apprendre, etc., LEVY indique que l'intelligence collective « réfère donc aux capacités cognitives d'une société, d'une communauté ou d'une collection d'individus »<sup>9</sup>

Face aux développements des nouvelles formes d'organisation du travail, l'intelligence collective s'avère être un enjeu important pour l'efficacité du fonctionnement des organisations. ZAÏBET-GRESELLE<sup>10</sup> propose la définition suivante de l'intelligence

---

<sup>9</sup> Vers une science de l'intelligence collective. 25 janvier 2010 <http://www.ieml.org/spip.php?article176>

<sup>10</sup> Collaboration dans l'entreprise et intelligence collective. *Conférence Internationale AIMS*, Annecy, juin 2006

collective : ensemble des capacités de compréhension, de réflexion, de décision et d'action d'un collectif de travail à taille humaine issu de l'interaction entre ses membres et mis en œuvre pour faire face à une situation de travail présente ou à venir.

Avec la réingénierie de la formation, le pilotage pédagogique prend une importance particulière avec les nouvelles exigences. « La direction de l'institut et le responsable pédagogique ont un rôle central de pilotage et d'animation tout au long de la formation. L'ensemble des formateurs peut participer à la construction du projet. La coordination porte sur le pilotage de tous les intervenants externes ou internes ». (COUDRAY & GAY, 2009, pages 110-111). La mise en œuvre du nouveau référentiel de formation représente une occasion d'agir ensemble en sollicitant les compétences collectives.

De fait, les organisations telles qu'elles existent encore en formation des kinésithérapeutes ne sont plus viables. Les parcours de stage sont individuels, correspondant le plus souvent à une simple mise en stage sans accompagnement ni avant ni après le stage par les cadres formateurs. L'ensemble de la formation clinique est confié aux terrains de stage. Il y a nécessité d'envisager une réorganisation à l'échelle d'un territoire, en impliquant tous les acteurs du système de santé. Cela interroge la place donnée à la formation clinique dans la co-construction du projet de formation en alternance et sa mise en œuvre.

## **2 Consulter pour valoriser : les compétences**

De l'envie de désapprendre ses propres schémas pour découvrir le regard des autres sur la formation clinique et l'engagement collectif qu'elle suppose.

Après avoir dans la première partie questionné la formation clinique dans ses nombreux aspects et posé quelques éléments d'un cadre conceptuel, il convient d'aborder à présent le cheminement méthodologique général d'exploration suivi puis l'analyse des données, pour préciser dans quelle logique se situe notre approche du sujet.

### **2.1 Question de départ et hypothèses**

Poser la bonne question, du moins une question qui ait du sens dans mon activité professionnelle future de directeur des soins, directeur d'un IFMK au sein d'un CHU. Puis, à partir de cette question, élaborer des hypothèses de travail pour orienter ma réflexion et sélectionner un champ d'investigation ouvrant à la réflexion.

La question de départ :

Développer et/ou renforcer la coopération entre les directeurs des soins, directeurs d'institut de formation en masso-kinésithérapie responsables d'activités de formation, et directeurs des soins responsables d'activités de soins permet-il d'ajouter une dimension collective à la culture individuelle des apprentissages existante ?

Les hypothèses de travail :

H1 : La formation clinique est repérée comme le cœur des apprentissages réalisés en formation (culture commune, sens donné à la formation).

H2 : Organiser ensemble la formation clinique stimule l'intelligence collective (ingénierie pédagogique co-construite).

H3 : L'utilisation conjointe des technologies de l'information et de la communication (TIC) et du web 2.0 permet de constituer une mémoire collective du groupe professionnel.

### **2.2 Démarche méthodique d'investigation**

L'objectif était la production de données pour permettre la réflexion. Nous avons utilisé deux méthodes, successivement, pour constituer un corpus suffisamment large et riche (MUCCHIELLI, 1998).

**Une enquête** a été menée auprès de huit professionnels, choisis pour leur fonction en regard de la formation clinique :

- deux cadres de santé formateur (CDSF) responsable des stages en IFMK
- deux directeurs des soins en établissement public de santé, responsables des activités de soins (DSAS)
- deux directeurs des soins, directeur d'IFMK (DIFMK)
- un directeur des soins, directeur d'institut de formation en soins infirmiers (DIFSI)
- un directeur des soins, conseiller pédagogique national (DSCPN)

Si ce travail de réflexion professionnelle porte principalement sur la formation en kinésithérapie, il est important d'avoir le regard d'acteurs de formation déjà engagés dans la réforme des études, d'où le choix d'aller en stage professionnel en IFSI et d'écouter ces professionnels.

Une première grille d'entretien a été conçue (annexe II) à la suite d'un entretien exploratoire et des échanges lors des ateliers mémoire proposés par l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP). Elle a été testée puis des transformations ont été réalisées, essentiellement un classement des rubriques et des enrichissements dans chaque rubrique.

Les rubriques choisies sont :

- l'appréhension générale de la formation clinique par les acteurs dans son dispositif d'alternance
- la faisabilité de la mise en place d'un tel dispositif dans le contexte actuel
- l'utilisation d'outils qui formalisent ou organisent la coopération des acteurs
- la stratégie des institutions et leur communication

La grille définitive d'entretien se trouve en annexe III

Des questions particulières « stratégie générale » ont été rajoutées pour un DIFMK et le DSCPN (annexes IV et V).

La technique d'enquête choisie est l'entretien semi-directif. L'ordre des questions n'est pas prédéfini pour favoriser la production d'un discours sur un thème au moyen de stratégies d'écoute et d'intervention (BLANCHET et al, 1992).

Sur les huit entretiens, six se sont déroulés en face à face, dont cinq sur le lieu de travail de l'interviewé et un en dehors du travail, après prise de rendez-vous ; ils ont été enregistré, avec l'accord des répondants. Pour des raisons d'éloignement géographique, un a été réalisé un entretien par téléphone et le dernier par messagerie électronique. La durée moyenne des entretiens a été de 45 minutes. L'ensemble des entretiens enregistrés ont été retranscrits en vue de leur traitement.

Ensuite, une **observation directe** de deux rencontres institut de formation / terrain de stage a été faite à l'occasion des stages professionnels de directeurs des soins. Il s'agissait d'observer directement les pratiques sociales, en étant présent dans la situation où elles se développent. C'est un moyen de les reconstituer autrement qu'au travers du seul discours des acteurs (ARBORIO et al, 2008). La difficulté est d'être à la fois « instrument d'observation » et « analyseur ». Les rencontres observées portaient sur la formation clinique des étudiants infirmiers. Un diaporama intitulé « Nouveau Référentiel de formation des infirmier(e). L'enseignement clinique par le stage : principes pédagogiques » était présenté. L'observateur n'était pas familier du terrain. L'analyse a utilisé la grille de Bales (annexe VI).

### **2.3 Interprétation et analyse des données de l'investigation (analyse de contenu)**

#### **Concernant la vision de la formation clinique**

Il n'existe pas de vision commune précise de ce qu'est la « formation clinique ». Le terme est rarement repris par le répondant alors qu'il figure dans la question. La formation clinique est repérée comme le cœur des apprentissages de façon encore inégale, voire pas encore sur le terrain de stage. Elle est décrite en tension en regard de la pénurie de personnels.

« Je pense que pour les étudiants, les stages, c'est quelque chose d'inquiétant ! il faudrait plus de proximité » (CDSF)

« Les directions, je veux dire les ressources humaines, la direction générale, considèrent que le titre confère la compétence et la compétence reconnue suppose que la formation clinique incluse dans la formation initiale ait été suffisante pour embaucher. Ils n'ont pas de vision dissociée entre formation clinique et académique » (DIFMK)

« L'encadrement MK attend que la formation clinique en cours de formation permette une opérationnalité immédiate au lendemain de l'embauche » (DIFMK)

« On assiste depuis l'augmentation des quotas ou des numéris clausus, à une véritable explosion du nombre des « stagiaires » dans l'établissement. 200% d'augmentation des stagiaires en un an - entre 2008 et 2009 - toutes professions confondues : internes, externes, infirmiers, kinésithérapeutes et autres paramédicaux. Comment dans ces conditions garantir la qualité de la formation clinique ? Sans compter que la mise en place

du tutorat questionne le professionnalisme des acteurs » (Coordonnateur général des soins, lors d'une rencontre, lors d'un stage professionnel en IFSI).

« La pénurie des professionnels de santé médicaux et paramédicaux met en danger la qualité de la formation dans son ensemble. Peu de professionnels se traduit par moins de temps dans l'accompagnement et l'explicitation des situations cliniques rencontrées, ce qui a un impact sur les savoirs, la compréhension et les apprentissages. Le faire prend le pas sur le pourquoi faire et comment faire en fonction de la situation » (DIFMK)

### **Concernant l'impact attendu de la réingénierie sur la formation clinique**

Une (r)évolution s'annonce dans la redéfinition des formations des paramédicaux ou auxiliaires médicaux en termes de compétences, c'est à dire se distinguant des disciplines ou spécialités médicales. La clinique réussira t-elle à s'imposer face aux actes professionnels et aux techniques mis en avant jusqu'ici ?

« Prendre la clinique comme objet réel de la formation. Questionner la théorie en relation avec la rencontre de la personne et de sa situation clinique. Il n'est plus question de « démarche de soins ». Rapprocher la formation théorique de la formation clinique, de façon à centrer les apports théoriques sur les nécessités de la clinique. Centrer ainsi sur la personne soignée les apports de savoirs. Obliger à organiser les savoirs de la formation en relation avec les compétences nécessaires au professionnel pour soigner, c'est évidemment l'ambition majeure de l'écriture des nouveaux programmes. » (DSCPN)

« Il est temps de considérer l'acquisition du sens clinique et du raisonnement clinique dans son champ professionnel comme le but ultime de la formation, ce qui passe obligatoirement par la recherche clinique. Il s'agit de prendre ses responsabilités, chacun dans son domaine propre, d'arrêter de rejeter la responsabilité sur le médecin quand le problème de santé n'est pas de sa compétence » (DIFMK)

« Rechercher quels sont les savoirs du métier...très difficile de nommer les savoirs du métier lui même. Nommer le savoir infirmier, le savoir ergothérapeutique, le savoir kinésithérapeutique ... Tendances à prendre les savoirs des métiers médicaux et non de développer un savoir spécifique de kinésithérapie par exemple. Quel est-il ?

Puis ensuite, rechercher les savoirs communs aux professionnels de santé comme la communication, l'organisation, .... » (DSCPN)

« Il est souhaitable de concevoir une formation clinique interprofessionnelle en santé et pas seulement en kinésithérapie, avec interaction de l'étudiant avec tous les professionnels de santé du terrain de stage. Si le raisonnement clinique peut être universel, le sens clinique propre à chaque métier est à réinventer. Sortir de nos schémas

médicaux et de notre posture d'auxiliaire médical pour devenir non pas « médical » mais « partenaire médical » à part entière » (DIFMK)

« Prenons un exemple, est-ce qu'on apprend à une infirmière à utiliser un otoscope ? non, et pourtant, au lieu de se contenter de dire « il a un problème à l'oreille », elle pourrait rajouter « son oreille est toute rouge à l'intérieur ... ou il existe un point rouge à tel endroit ... ou la différence avec l'autre oreille est ... ». Pour éviter un recours inapproprié au médecin, il faudrait instaurer pour les infirmières et les autres paramédicaux un véritable apprentissage des signes cliniques, que chaque professionnel puisse nommer chaque signe clinique. Délaissée par les paramédicaux et même par les médecins, il devient urgent de se réappropriier la clinique en investissant l'examen clinique, pas seulement centré sur la maladie, mais également sur tout ce que vit le patient autour de sa maladie » (DSCP)

Une autre (r)évolution sera de « redonner la parole à l'étudiant », c'est à dire qu'il soit considéré lui aussi comme ayant capitalisé des compétences. Il pourra ainsi être plus acteur de sa formation et « prendre du temps de parole » aux enseignants, formateurs et cliniciens. Ces derniers sont supposés se taire pour permettre cette parole et surtout pour écouter.

« Former l'étudiant à la recherche par lui même des savoirs nécessaires à l'étude des situations cliniques qu'il rencontre » (DSCP)

« Montrer comment l'acquisition des compétences pour l'étudiant peut l'aider à faire acquérir des compétences pour la personne soignée dans l'apprentissage de son état de santé et des conséquences de celui-ci dans sa vie quotidienne » (DSCP)

« La réforme devrait changer les choses en profondeur, l'étudiant devenant plus acteur, plus responsable, plus clinicien ... mais sur le terrain cela me paraît très personne dépendant ... certains directeurs des soins ne se parlent pas » (DSAS)

« La fiche d'évaluation des compétences en lien avec la réingénierie permet de questionner conjointement la construction des compétences propres à l'exercice des étudiants et des professionnels ce qui permet de faire émerger un discours et des valeurs communs sur cet exercice professionnel tel qu'il est attendu dans le monde de la santé en 2010 » (DIFMK)

« Les acteurs du terrain ne changeront jamais ... même si on change la formation » (CDSF)

### **Concernant l'existence d'une intelligence collective dans le partenariat**

Le partenariat, s'il est plébiscité, reste une difficulté à faire vivre. La notion d'intelligence collective ne va pas de soi, surtout dans un milieu professionnel où les professionnels ont l'habitude de travailler seul comme en kinésithérapie. Cet individualisme se retrouve en formation. L'engagement de la hiérarchie est attendu.

« Le partenariat est indispensable !!! On ne doit plus séparer les deux. Si ce n'était que de moi, les cadres formateurs seraient systématiquement sur le terrain lorsque les étudiants sont en stage » (DSAS)

« Ca doit marcher dans les deux sens...c'est à dire avec des allers et retours des deux côtés » (DSCPN)

« Se donner des obligations réciproques. Au niveau des structures d'accueil : obligation d'évaluation des stagiaires formalisées et organisées, avec des référents identifiés au niveau de la direction des soins et bénéficiant pour cet accompagnement d'un temps reconnu sur leur temps de travail et rendant des comptes à l'encadrement et à la direction des soins. Au niveau des instituts : obligation de rencontres et d'échanges comme une condition d'agrément et évaluation de cette obligation dans la partie « communication » du rapport d'activité » (DIFMK)

« Formateur en IFSI est un nouveau métier, on ne s'improvise pas formateur en soins infirmiers, ni pour faire de l'analyse réflexive ... il y a 2 types de formateurs, ceux qui font sans se poser de questions, ils sont dans la reproduction ... et ceux qui réfléchissent, veulent apprendre et acceptent de coopérer avec les terrains de stages » (DIFSI)

« Le plus important, c'est le processus : de la prévision du stage à l'évaluation avec des spécificités à chaque étape : Prévision du stage, Organisation, Mise en place, Evaluation en stage, Evaluation en fin de stage, Evaluation du stage, Préparation à la période suivante » (DSCPN)

« Il est important que les kinésithérapeutes formateurs cliniques connaissent les référentiels d'activités et de compétences du métier et prennent de la distance par rapport à leur propre formation initiale ou continue. Véritables référents professionnels, il doivent être en mesure d'accompagner les étudiants en les aidant par exemple à distinguer "pratique clinique" et "pratique des techniques fondamentales" ou à distinguer "raisonnement clinique" et "justifications des techniques fondamentales ". Cela doit se faire en collaboration avec les formateurs des IFMK » (DIFMK)

« C'est l'institut qui organise les stages. On leur sert du tout cuit. Les terrains de stages se tiennent à l'écart » (CDS)

« On ne pense pas aux compétences du terrain de stage pour organiser la formation » (DSAS)

« Il faudrait ajouter beaucoup de communication, dans les deux sens » (CDS)

« Pour l'instant, on subit la réforme, faute de préparation ... on apprend en faisant » (DIFSI)

« Un engagement de la hiérarchie soignante est indispensable. Pour les stages en secteur libéral, il faudra inventer d'autres modes de collaboration pour ne pas trop peser sur les personnes tout en faisant avancer les stagiaires » (DSCP)

Les rencontres entre les acteurs des terrains de stage et ceux de la formation ont lieu presque toujours à l'institut de formation, lors de rencontres formelles. La réingénierie est en train de faire bouger les lignes en envoyant les formateurs dans les établissements à la rencontre des personnels des services de soins et en favorisant des rencontres informelles à la demande des équipes de soins (Observation directe lors de stages en IFSI).

L'observation directe a rapporté :

- des communications plutôt centrées sur la production d'une tâche

« On va pouvoir se remettre au niveau ... c'est formateur d'accueillir vos nouveaux étudiants ... comment fait-on pour être tuteur de stage ? ... je propose de nous rencontrer plus souvent ... c'est constructif que les formateurs viennent à l'hôpital ... que feriez-vous si une étudiante refuse d'enlever son pull et son foulard en stage ? ... »

- des communications plutôt à portée psychologique positive ou négative dans l'autre

« c'est bien joli, mais cela ne va pas nous faire avancer dans le travail ... donner à manger à un malade en chambre d'isolement, ça restera toujours donner à manger à un malade en chambre d'isolement ... dix semaines de stages, si il y a un problème, c'est long ! ... il va falloir remplir le portfolio, déjà qu'on a pas le temps ... »

### **Concernant l'utilisation des outils TIC et web 2.0 pour une mémoire collective**

C'est le balbutiement concernant la construction d'une « mémoire des apprentissages en stage cliniques ». Même quand les instituts de formation ont accès à un environnement numérique de travail, ils ne l'utilisent pas encore pour la formation clinique. Le web 2.0 reste un grand inconnu dans la pratique professionnelle des paramédicaux interrogés.

« Le site internet existe, mais il est vide. Personne n'a été en capacité de le remplir. C'est une honte » (DSAS)

« L'Institut de formation et son dispositif de formation clinique n'est pas visible sur Internet, ni pour les stages, ni pour la Région, ni pour l'ARS » (CDSF, DIFMK, DIFSI)

« L'IFMK dispose d'une plateforme d'e-learning. Elle a d'abord été utilisée exclusivement pour l'enseignement, puis actuellement pour informer les étudiants ... et sera

prochainement utilisée pour être une bibliothèque de documents ressources, d'informations sur les champs de la kinésithérapie (parfois encore en termes de spécialités médicales, et je le regrette), mais ce n'est pas encore réalisé » (DIFMK).

« Oui, disposer d'un environnement numérique de travail dans un institut, ce serait bien ; qu'il soit accessible au structures d'accueil, ce serait le must ! Lorsqu'ils n'en disposent pas, les instituts pourraient utiliser les plates-formes des établissements de santé » (DSCPN)

« L'institut utilise sa plate-forme d'e-learning pour les cours seulement, pas pour les stages » (CDSF)

« Pas encore de stockage des situations d'apprentissage clés ou emblématique rencontrées par nos étudiants en stage ... seul le bouche à oreille permet de savoir quelles compétences sont où » (DFISI)

« Pas d'environnement numérique de travail à disposition, pas de véritable banque de données stages » (DSAS, DIFSI)

« Un portfolio, inspiré par la réingénierie est mis en place depuis peu : constitution de traces des stages cliniques ... gardées par l'étudiant ... ce portfolio est rempli par les acteurs du terrain de stage. Les travaux des étudiants réalisés en stage leur sont rendus, l'IFMK n'en garde pas de trace ... pas de mémoire » (DIFMK)

## **2.4 Retour sur les hypothèses**

H1 : *La formation clinique est repérée comme le cœur des apprentissages réalisés en formation (culture commune, sens donné à la formation).*

Cette hypothèse n'est que partiellement vérifiée. Si l'importance des stages n'est pas remise en cause, leur objet principal peine à être nommé et les apprentissages qui y sont réalisés sont peu intégrés en formation. Au niveau du Ministère de la santé, en revanche, la réforme est en marche et la formation clinique des paramédicaux est bien visible.

H2 : *Organiser ensemble la formation clinique stimule l'intelligence collective (ingénierie pédagogique co-construite).*

Cette hypothèse est en partie vérifiée. Chaque fois que des collaborations sont engagées, les acteurs le vivent comme une chance. Plus on est impliqué, plus on apprend ; et plus on apprend, plus on a envie de s'impliquer. Pour autant, le cloisonnement existe allant parfois jusqu'à l'étanchéité de ces deux lieux de formation, empêchant toute co-construction.

H3 : *L'utilisation conjointe des technologies de l'information et de la communication et du web 2.0 permet de constituer une mémoire collective du groupe professionnel.*

Cette hypothèse n'est pas vérifiée dans le cadre de l'enquête, ces outils n'étant pas utilisés dans le cadre de la formation clinique. Pour autant, l'idée de constitution d'une banque de données « stages cliniques » existe au-delà de la seule obligation administrative d'un rapport d'activité. Reste à avancer dans la dématérialisation des données et leur partage en ligne.

Au final, seul un véritable "**contrat d'apprentissage clinique**" permettant une négociation de l'étudiant avec un terrain de stage – qu'attendez-vous de moi ? que pouvez-vous m'apporter ? – et un **partenariat assumé entre l'institut de formation et le terrain de stage** - que pouvons-nous construire ensemble ? comment garder des traces de ce que avons-nous appris ensemble ? – sont de nature à spécifier la place primordiale de la formation clinique dans le parcours de formation en kinésithérapie.

## **2.5 Les limites de l'enquête**

L'échantillonnage n'est pas représentatif et le choix des personnes interrogées basé sur mes représentations et les conseils ; cela a pu biaiser les réponses. Le nombre restreint d'acteurs interviewés limite le champ de recherche. Par ailleurs, la méthode d'entretien ne peut prétendre ni à l'exhaustivité, ni à une généralisation de l'étude puisque la recherche se borne au recueil d'expressions de vécu et d'opinion individuels. Les conditions de réalisation n'ont pas été identiques pour tous les entretiens.

Il s'agissait d'une première expérience d'observation directe.

Pour toutes ces raisons la portée des conclusions devra être considérée comme réduite.

### **3 Se projeter pour améliorer : les défis**

D'une forte volonté politique et stratégique de coopérer peut naître une communauté de pratique, voire d'apprentissage.

#### **3.1 L'accompagnement du mémoire des étudiants kinésithérapeutes est un exemple concret où le niveau collectif des apprentissages est à promouvoir, sous l'impulsion du directeur des soins formation.**

Avec la disparition en juin 2008 des « mises en situation professionnelle » du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, le travail écrit produit par l'étudiant en fin d'études a pris une importance nouvelle. A la démonstration auprès d'un patient des compétences professionnelles acquises au cours de la formation clinique s'est « substituée » une soutenance orale d'un travail écrit. L'objet de ce travail écrit s'est considérablement élargi. La méthodologie possible est désormais plus ouverte. Si ce travail se réfère à l'étude d'une intervention en masso-kinésithérapie, celle-ci peut concerner une situation clinique ou hors clinique. Dans la majorité des cas, c'est bien une situation clinique qui est le point de départ du questionnement de l'étudiant.

Un travail écrit valorisé qui évolue vers un mémoire.

Depuis les modifications réglementaires du 29 avril 2009 modifiant l'arrêté du 5 septembre 1989, l'étudiant dispose, pour son travail écrit, de plus de temps pour la production d'un document plus long. Auparavant, le travail écrit était réalisé par l'étudiant pendant sa dernière année d'études, à partir de son premier stage de troisième année qui était un stage temps plein. L'étudiant dispose maintenant de son parcours de stage qui commence en deuxième année, c'est à dire qu'il dispose de presque deux ans pour initier son travail, réaliser et soumettre son mémoire au jury. De plus, le document écrit est passé de quinze à trente pages maximum en 2009. De ces trente pages, il paraît important de noter qu'il s'agit de la limite supérieure à ne pas dépasser, en aucun cas d'un but à atteindre ; dans cette limite, il s'agit d'écrire le nombre de pages nécessaire et suffisant pour la démonstration choisie.

L'ultime épreuve permettant d'obtenir le diplôme d'Etat est aujourd'hui la soutenance orale de cet écrit en fin de formation initiale. La durée de cette soutenance est passée de quinze à vingt minutes en 2008, puis à trente minutes en 2009. Cette épreuve compte

pour moitié dans l'obtention du diplôme, l'autre moitié relevant du contrôle continu des deux dernières années de formation. L'organisation de cet examen du diplôme d'Etat vient d'être décentralisée, passant des services déconcentrés de l'Etat à l'IFMK. Le jury de l'examen est maintenant présidé par le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ou son représentant.

Au-delà de ces changements de forme, il y a un vrai changement de fond qui s'opère dans l'objet de ce travail, tant dans la sémantique utilisée pour le nommer que dans la coopération entre le terrain de stage pourvoyeur de la situation et l'institut de formation.

Le travail écrit se réfère à « l'étude d'une intervention en masso-kinésithérapie au regard d'une situation clinique ou hors clinique ». Il n'est donc plus seulement question de rapporter un cas clinique à partir de l'histoire d'un patient unique rencontré en stage, mais bien de regarder et d'analyser tout ou partie de l'intervention d'un kinésithérapeute. Reste à définir ce qu'est une « intervention en masso-kinésithérapie ». S'agissant d'un travail de réflexion professionnelle et/ou de recherche, il convient de choisir le sens le plus large. Etudier une intervention en masso-kinésithérapie, c'est étudier l'interaction du kinésithérapeute avec le patient dans un but préventif, thérapeutique, de réadaptation ou palliatif : dépistage et orientation, examen clinique, évaluation, diagnostic et pronostic, planification des soins, interventions procédurales (exercices thérapeutiques, entraînement fonctionnel, prescription d'exercices ou de dispositifs médicaux, massages ou thérapie manuelle, utilisation d'agents physiques ou thérapie instrumentale ...), éducation et formation, documentation et évaluation des résultats. C'est aussi étudier la pratique professionnelle et sa gestion : sécurité pour le patient, professionnalisme, responsabilité, communication, raisonnement clinique, adaptabilité culturelle, financement des soins, supervision du personnel et développement professionnel continu. La situation retenue pour le travail écrit peut être une situation clinique ou hors clinique. Dans ce dernier cas, elle pourrait concerner la gestion de l'information et de la documentation, d'un projet professionnel, de la qualité et des risques, de ressources (une équipe, des locaux, des matériels, des services en ligne sur Internet, etc.), ou la gestion administrative, économique ou logistique. Enfin, cette situation étant choisie par l'étudiant « à l'issue d'une expérience de son parcours de stages », elle peut concerner une série de patients et plus seulement un patient unique, se situer en amont ou en aval de la prise en charge kinésithérapique ou avoir été rencontrée à l'occasion de plusieurs stages.

La sémantique autour de ce travail écrit évolue progressivement vers la notion de « mémoire ». Si certains IFMK, comme l'Ecole de kinésithérapie de Grenoble, s'étaient déjà approprié le terme, cela tend à se généraliser. Il est maintenant question dans le texte d'un « directeur de mémoire ». Le terme de mémoire renvoie à plusieurs réalités

distinctes dans l'administration. Il est utilisé dans l'enseignement supérieur pour désigner un document de taille variable réalisé dans le cadre d'un processus de formation par une ou plusieurs personnes, sur un sujet proche du champ d'études choisi et dans une perspective qui s'efforce de tenir compte des règles de l'activité scientifique. Cet exercice est souvent inscrit dans le programme des universités ou des écoles professionnelles - en particulier dans le domaine de la santé et du social. S'il n'existe pas de stéréotype, ce travail s'apparente le plus souvent à l'un des trois types suivants :

- mémoire recherche : l'étudiant choisit un thème et réalise une étude empirique en « allant sur le terrain » pour observer ou expérimenter. La méthodologie est choisie en fonction de la question posée. Le mémoire est dans ce cas le rapport de sa recherche ou le plus souvent de sa participation au travail d'une équipe de recherche. En kinésithérapie, cela correspond, par exemple, à un essai clinique (clinical trial dans la base de données PEDro).

- mémoire compilation : l'étudiant choisit un thème d'étude et rassemble l'essentiel de la littérature sur le sujet, c'est à dire les travaux publiés par d'autres que lui. Il analyse ces travaux, et en fait une présentation critique sous forme de synthèse. En kinésithérapie, cela correspond, par exemple, à une revue de littérature (systematic review dans PEDro).

- mémoire analyse d'expérience : Il présente une expérience et son analyse ; une problématique en est extraite, des hypothèses sont formulées et vérifiées par une enquête de terrain de type entretiens semi-directifs. Il peut se terminer par des propositions à poursuivre ou à réorienter des actions. En kinésithérapie, cela s'apparente, par exemple, à une analyse des pratiques pour produire des recommandations pour la pratique clinique (clinical guidelines dans PEDro).

La direction de ce travail est « assurée par un cadre de santé enseignant à l'institut de formation en masso-kinésithérapie, directeur de mémoire ». Ce nouvel uniforme, endossé par les cadres de santé, appelle de nouvelles compétences à acquérir ou à développer. Dans certains instituts, des kinésithérapeutes suppléent le manque de cadres de santé. Cela implique notamment une politique d'accompagnement de la part des IFMK. En effet, la direction de mémoire entraîne de nouvelles responsabilités pour ces cadres, appelés à mettre en œuvre un accompagnement et une aide orientée à l'élaboration du mémoire, par des procédures :

- d'écoute d'un étudiant engagé dans une démarche de professionnalisation et de recherche,
- de rappel d'instructions formelles, comme le cadre réglementaire, les exigences de l'IFMK, le calendrier, les critères d'évaluation, etc.,
- de régulation garantissant la démarche de l'étudiant en kinésithérapie et visant son inscription dans un cadre défini.

Cet accompagnement peut concerner le produit « mémoire » visé, c'est à dire la cible à atteindre, la logique de raisonnement qui permet à l'étudiant d'acquérir la compétence « savoir problématiser » , la démarche de recherche pour aider l'étudiant à relier les données recueillies et sa problématique, la planification des tâches pour la réalisation du mémoire, la rédaction du mémoire proprement dite et sa soutenance orale. Ce sont les besoins spécifiques de l'étudiant et ses attentes, voire l'absence de questionnement, qui vont orienter la direction du mémoire.

Le sujet du mémoire est « covalidé par le directeur de mémoire de l'institut de formation en masso-kinésithérapie et le référent de stage ». Cette covalidation est une obligation réglementaire et l'institut doit pouvoir en fournir la preuve. Cette covalidation suppose une stratégie de coopération clairement définie entre les formateurs d'un IFMK et les professionnels des terrains de stage, potentiellement pourvoyeurs de situations à l'origine des thèmes des mémoires des étudiants kinésithérapeutes.

Une politique de coopération favorise l'émergence d'une culture de coproduction.

Cette politique de coopération peut s'exprimer par des interrogations communes sur les situations cliniques potentiellement sources de réflexion, d'étude, de recherche, la mise en place d'outils partagés d'accompagnement et d'évaluation en cours de réalisation, des temps de rencontre, enfin des outils collaboratifs.

Une réelle coopération facilite la confrontation des idées, élément central de la problématisation des situations professionnelles rencontrées par l'étudiant. Elle permet l'émergence d'une culture de coproduction. Par exemple, des outils pédagogiques ou des critères d'évaluation du mémoire peuvent être proposés conjointement : la capacité au raisonnement clinique, à la problématisation et à la résolution de problème, la bonne compréhension de la situation, le cadre méthodologique rigoureux, la capacité à utiliser des ressources documentaires, à prendre du recul sur son propre travail, à la réflexion et à l'auto-évaluation.

Un mémoire, professionnel ou universitaire, n'est pas une aventure solitaire. Il y a toujours constitution, plus ou moins formalisée, d'une « équipe mémoire » : professionnels sollicités pour leur expertise, chercheurs impliqués dans le protocole de recherche et/ou donnant accès à leur laboratoire. A côté du directeur de mémoire désigné par l'IFMK, les personnes de l'équipe sont choisies par l'étudiant en fonction de leurs compétences, leur disponibilité et leur motivation. Une fiche de poste succincte qui définit la participation attendue de chacun est un atout supplémentaire.

Toutes ces informations gagnent à être notées dans un cahier des charges, exemple d'outil à mettre en place : si sa rédaction demande un travail supplémentaire, ses bénéfices permettront de réussir le projet. Cet outil présente le projet et le résultat final attendu. Il facilite l'engagement d'acteurs aux côtés de l'étudiant. Il est utile d'y faire

figurer ce que le projet ne sera pas, de façon à éviter tout malentendu. Le cadre éthique et réglementaire figure également dans ce cahier des charges.

Une réunion initiale de tous les membres de « l'équipe mémoire » pour lancer le projet est souhaitable et peut faire gagner beaucoup de temps ensuite. Elle réunit tous les protagonistes. Elle permet à tous d'avoir la même information au même moment et à l'étudiant de se positionner comme pilote de son projet de mémoire. La participation et la disponibilité des différents acteurs sont à mettre au centre des discussions ; cela permet de réfléchir très en amont à des « plans B » qui éviteront ensuite des retards ou des impasses.

Après validation de son sujet, l'étudiant-apprenant doit vérifier la faisabilité économique, technique et organisationnelle du projet : contexte, budget, compétences à mobiliser et personnes ressources, calendrier à respecter, ... Sur ce dernier point, il convient de prévoir un agenda détaillé des tâches à effectuer, avec des étapes clés et des échéances précises. Décliner les phases les plus importantes ou les plus complexes en sous-objectifs peut faciliter ensuite leur réalisation. Des réunions régulières d'avancement du projet (mensuelles, voire hebdomadaires) sont programmées dès le départ. Elles utilisent un tableau de bord de l'avancement du projet de mémoire, outil qui se veut collaboratif. Il revient au directeur des soins formation d'initier cette politique de coopération entre institut et terrains de stages.

Un mémoire professionnel, vecteur de professionnalisation ... et outil de construction identitaire

« L'écriture ne relate pas, elle reconstruit pour nous rendre plus clairvoyants sur nos actes » (GOMEZ, 2001, page 57). Le travail écrit demandé aux étudiants kinésithérapeutes n'est pas un simple rapport de stage, ni un simple rapport d'activité. L'étudiant est invité à éclairer la situation « point de départ de son mémoire » à l'aide de son expérience, mais aussi de références aux théories et modèles en kinésithérapie (BERGEAU & COTTRET, 2008). S'appuyant sur la littérature disponible, il peut alors construire une véritable réflexion professionnelle appuyée par une réflexion théorique et « une capacité à agir, à réfléchir et à analyser son action en vue de l'améliorer » (MAFFRE, 2007).

Ce travail écrit oblige l'étudiant à mettre en place des stratégies d'écriture et de présentation. Cela n'est pas aisé pour des étudiants venant préférentiellement de parcours scientifiques. Ce passage à l'écriture scientifique va leur permettre de se transformer. Le processus de professionnalisation peut être individuel et/ou collectif. Un « professionnel » possède une base approfondie de connaissances, un souci prioritaire de l'intérêt général, une éthique assimilée qui gouverne ses comportements et qui est contrôlée par des associations professionnelles et un statut social (BOURDONCLE, 1991).

Le mémoire et sa soutenance apparaissent comme un rite de passage d'une situation à une autre (BOURDONCLE, 1993). De fait, au-delà de l'aspect formateur de ce premier écrit professionnalisant, le fait de passer une soutenance orale devant ses pairs, participe à ce rite d'initiation. Cela marque l'étudiant dans l'affirmation de son raisonnement en tant que professionnel.

Ce travail d'élaboration d'un mémoire professionnel participe à la construction d'une identité professionnelle (PILOTTI, 2009). Cette identité va se nourrir des professionnels rencontrés lors des stages et de la formation académique, mais aussi des lectures et des auteurs rencontrés pendant ce travail de mémoire. Il va se jouer quelque chose d'important aussi lors de la soutenance de ce travail. Cette joute d'opinion et de raisonnement va aider l'étudiant à s'affirmer. Tous les acteurs, qui participent à ce travail, aident l'étudiant à l'appropriation de savoirs.

Mémoire professionnel et/ou universitaire ? Vers un corpus de connaissances en kinésithérapie (VAILLANT, 2009).

Réalisé en formation initiale, le mémoire donne à l'étudiant une « première expérience » de la démarche scientifique et lui permet également de produire des savoirs utiles collectivement. Le but premier est ici de participer à la production de nouvelles connaissances qui viennent enrichir le corpus de connaissance « physiothérapique ». L'élément clé est la méthodologie que l'étudiant, mais aussi toute l'équipe mémoire, va progressivement s'approprier. Je pense donc nécessaire que l'étudiant, dans le cadre de sa formation clinique, puisse se former par la recherche clinique et pas seulement se former à la recherche clinique.

Ce mémoire est une étape préparatoire et donc facilitatrice pour intégrer ensuite un master d'expertise ou en pratiques avancées. Il est important de faire exprimer le plus tôt possible à chaque étudiant son projet professionnel de façon à l'orienter vers un mémoire qui soit une aide dans sa trajectoire de formation. Un étudiant qui souhaitera d'emblée poursuivre en master trouvera de l'intérêt à faire un travail d'initiation à la recherche, si possible au sein d'une équipe rattachée à un laboratoire.

Notre société exige que les formations soient en prise directe avec la réalité du travail. Dans ces conditions, l'alternance, que l'on voudrait intégrative, « est au cœur de la construction identitaire de nos étudiants et elle constitue un atout considérable pour les formateurs à l'heure de l'universitarisation » (BOURGEON et al, 2009).

Pour que le mémoire devienne un travail d'initiation à la recherche ou un travail de réflexion professionnelle approfondie, il convient d'accompagner, voire de former les tuteurs de stage et les cadres formateurs, à la pratique réflexive (SCHÖN, 1999) et à la

démarche scientifique. Le recrutement de nouveaux cadres formateurs (dans le cadre du turn-over des équipes) et le choix des directeurs de mémoire doit tenir compte de cette nouvelle donne. Ce choix a, pour le directeur des soins, une dimension stratégique en termes de rayonnement de l'institut de formation. Le directeur de l'institut doit y porter attention, à partir des informations qu'il reçoit du cadre de santé formateur chargé de choisir ces directeurs de mémoire. Il est possible d'imaginer dans ce groupe - celui des cadres formateurs permanents de l'institut élargi aux autres directeurs de mémoire (cadres de santé enseignants à l'IFMK) - que pour un IFMK donné, chaque cadre se « spécialise » dans la maîtrise de telle ou telle méthodologie utile pour le mémoire. De même, les membres du jury de soutenance, proposés au préfet de région par le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale devront être en capacité d'évaluer les travaux des étudiants. L'ensemble des directeurs de mémoire et des membres du jury du diplôme d'Etat donne à voir les compétences collectives de l'organisation. C'est donc bien un enjeu pour le directeur des soins, directeur d'un institut de formation.

Les étudiants ont tout à gagner dans la perspective d'une formation tout au long de la vie et d'une logique de développement professionnel continu intégrée dès la formation initiale. Les cadres formateurs peuvent espérer un renouveau de leur activité et les patients être rassurés sur la qualité des soins de demain, à la condition que les moyens alloués soient à la hauteur de la politique de formation esquissée ci-dessus.

### **3.2 Le directeur des soins formation doit montrer la voie de passage du niveau individuel vers le niveau collectif.**

Le directeur des soins, directeur d'un institut de formation est le gestionnaire des activités de formation ; il ne devrait pas rester dans son institut pour manager l'organisation de la formation clinique depuis son bureau. Il devrait rencontrer le directeur des soins (le coordonnateur général des soins selon le cas), gestionnaire des activités de soins, et discuter de cette organisation avec lui comme avec les acteurs de la formation universitaire ou de la recherche, le cas échéant. Chaque directeur des soins, dans son rôle de leader « chargé d'une organisation, est responsable du travail des employés de cette organisation. Il doit motiver, encourager et animer » (MINTZBERG, 1999, page 37).

La compétence organisationnelle, dite « action collective, finalisée et intentionnelle » par ROUBY et THOMAS (2004), résulte selon eux de la combinaison coordonnée et valorisante d'un ensemble de compétences présentes au niveau individuel (l'individu étant le support physique de la compétence) mais aussi collectif.

CHARLES-PAUVERS & SCHIEB-BIENFAIT (2010) proposent une grille d'analyse des processus combinant compétence individuelle / collective / organisationnelle. Voici l'analyse de la compétence « processus organisationnels », extraite de cette grille.

La compétence individuelle se lit dans l'acceptation et la participation active aux processus liés à la démarche compétence (apprentissage individuel).

La compétence collective se lit dans le management de proximité (apprentissage collectif).

La compétence organisationnelle se lit :

- dans le sens donné et la création du collectif : proposer une vision, faire connaître les résultats, les enjeux collectifs, les avancées,
- dans l'instrumentation de la démarche compétence (apprentissage organisationnel),
- dans l'animation : convivialité, valorisation,
- dans l'émission et la réception d'un feed-back : communication avec l'extérieur.

Les communautés de pratique sont des « groupes de personnes qui se rassemblent afin de partager et d'apprendre les uns des autres, face à face ou virtuellement. Ils sont tenus ensemble par un intérêt commun dans un champ de savoir et sont conduits par un désir et un besoin de partager des problèmes, des expériences, des modèles, des outils et les meilleures pratiques. Les membres de la communauté approfondissent leurs connaissances en interagissant sur une base continue et à long terme, ils développent un ensemble de bonnes pratiques » (WENGER et al, 2002, page 8). Le directeur de soins peut faciliter ce rassemblement autour de l'objet commun décrit plus haut : l'accompagnement du mémoire des étudiants. Au sein de cette communauté, chacun trouve sa place et son niveau d'engagement. WENGER (2007) tisse ainsi une théorie sociale de l'apprentissage. CHANAL (2001) analyse son cheminement et précise que ce collectif pourra évoluer progressivement vers une communauté d'apprentissage, la communauté de pratique devenant le « support d'une histoire partagée de l'apprentissage ».

Cette histoire partagée de l'apprentissage doit faciliter la mise en place d'un « dispositif de planification de la formation basé sur un principe d'interaction entre des situations de formation et des situations de production » (RAYNAL et RIEUNIER, 2007, page 266). Elle devrait permettre de revisiter la coopération stages – institut de formation pour une dynamique d'apprentissage réinventée (CATTIAUX, 2009).

### **3.3 Le directeur des soins formation doit chercher la perméabilité entre compétences individuelles et compétences collectives pour développer les compétences stratégiques de l'organisation.**

A l'hôpital, les actes de langage, le déroulement des communications et la trame des histoires font apparaître « le caractère distribué de la connaissance et de l'information, le caractère réparti de l'action, les interdépendances comme les connexions, les coordinations comme les complémentarités ». Ce matériel met en lumière « les compétences collectives de mobilisation, de coordination et d'adaptation » ainsi que des solidarités entre l'activité, la parole et les objets » (GROSJEAN et LACOSTE, 1999, page 206).

Le dysfonctionnement est un élément dominant dans le monde du travail actuel. Si l'on s'interroge souvent sur la fiabilité humaine ou sur la fiabilité technique, « il faudrait aussi évoquer le facteur organisationnel, comme responsable des défaillances de l'agencement entre les hommes, les règles et les machines » (GROSJEAN et LACOSTE, 1999, page 207).

L'observation et l'analyse du langage au travail - ses mécanismes, ses formes et ses fonctions – permettent d'appréhender son « rôle dans la construction collective de l'information et des savoirs, dans l'intercompréhension, dans la négociation et les arbitrages nécessaires au travail » (GROSJEAN et LACOSTE, 1999, quatrième de couverture).

L'organisation, malade de sa mémoire ?

JACOB évoque en 2005 le transfert intergénérationnel des savoirs et propose de lutter contre trois drôles de maladies de l'organisation : l'amnésie organisationnelle, syndrome de la roue réinventée et l'autisme organisationnel.

L'amnésie organisationnelle renvoie aux connaissances tacites oubliées, à la perte de compétences individuelles et collectives.

Le syndrome de la roue réinventée se traduit par la méconnaissance de connaissances existantes.

L'autisme organisationnel renvoie à l'ignorance des connaissances externes.

Pour y remédier, le dépistage des savoirs en danger et la prévention sont de mise.

Les savoirs explicites sont des savoirs formalisés, objectifs, documentés, codifiés, facilement accessibles à tous : Ex: concepts, modèles, méthodes, outils, procédures et politiques, démarche formelle, plan de travail écrit, référentiel de travail, etc.

Les savoirs tacites sont des savoirs basés sur l'expérience pratique, qui sont contextualisés (développés et appris dans un contexte donné), non documentés, peu accessibles, souvent difficiles à décrire, et qui peuvent être inconscients (la personne a

intériorisé une manière de faire qui marche bien et cela est devenu quasiment un réflexe de fonctionnement)

Ex: trucs de métier, une habileté personnelle développée avec le temps, une manière de faire les choses, des intuitions créatives, etc.

Les savoirs tacites peuvent être individuels, donc appartenir à une seule personne : par exemple, le tour de main du kinésithérapeute dans une situation donnée. Ils peuvent aussi être collectifs et appartenir à un groupe informel qui partage un ou plusieurs trucs de métier autour de problèmes ou d'une pratique professionnelle. Ce sont ces derniers qu'ils convient de repérer et de porter à la connaissance de l'équipe, voire de mettre en mémoire sur un support approprié, par exemple un wiki.

L'organisation apprenante est un concept de management (SENGE et al, 2000) en lien avec la chute de l'industrie dans les pays occidentaux (diminution des matières premières) et la prise de conscience que leur richesse aujourd'hui est avant tout de la "main d'œuvre" intellectuelle. C'est le concept "on n'a pas de pétrole mais on a des idées". D'où la nécessité de gagner en efficience par une amélioration constante et rapide des process de production en réfléchissant mieux, plus vite et ensemble. Pour cela, il faut que l'organisation puisse produire mieux et plus collectivement. On va parler de compétences collectives, de mémoire collective, d'intelligence collective, de créativité, etc. Chercheurs et praticiens en font le modèle de demain au sein duquel la capacité d'apprentissage est la seule source d'avantage concurrentiel durable. Ce modèle est-il déjà, peut-il, doit-il s'appliquer aux lieux de formations initiales en santé ? (COTTRET et GOSSELIN, 2009). Un premier pas vers l'émergence d'une organisation apprenante, un premier niveau de réponse se trouve dans la mise en place et l'utilisation d'outils, par exemple au sein d'une communauté de pratiques en ligne (CHANIER et CARTIER, 2006).

### **3.4 Le directeur des soins formation doit repérer les outils de demain vecteurs de la collaboration pour apprendre.**

Depuis 2009, la formation initiale en kinésithérapie « poursuit encore plus clairement deux objectifs :

- apprendre à rééduquer, suppléer, prévenir, conseiller, surveiller, éduquer, réadapter, réinsérer, ré-entraîner, en tant que masseur-kinésithérapeute,
- apprendre à lire, se référencer, écrire, parler, étudier, argumenter, problématiser, soutenir en tant que candidat au diplôme d'Etat » (COCHET, 2008).

Il s'agit maintenant pour le directeur d'IFMK d'anticiper autant que faire se peut la réforme de la formation annoncée, en concertation étroite avec ses collègues des établissements de santé.

Dans son étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière (2007, Page 29), le Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports prévoit une évolution « Vers une organisation de plus en plus apprenante » pour les métiers dont les compétences requises s'acquièrent en poste, tout particulièrement les métiers soignants. L'apprentissage des savoir-faire en période d'adaptation puis, par la suite, l'individualisation des parcours, conduisent à une multiplication des temps de formation, des modes (formation classique, formation-action, formation assistée par ordinateur...) et des lieux d'apprentissage.

Notons également que pour de nombreux métiers, il s'agit d'apprendre collectivement, et l'on voit se mettre en place des modalités nouvelles de formation active : analyse des pratiques, mutualisation des expériences, veille technologique et parangonnage.

Les multiples évolutions en cours (système d'information, nouvelle gouvernance, nouvelle tarification, démarches qualité, nouvelles technologies biomédicales...) conduisent en outre à renouveler en permanence les compétences, les connaissances, et surtout à mettre en place collectivement les outils, processus et pratiques.

Si elle se conçoit bien en formation initiale, la formation clinique doit se penser tout au long de la vie professionnelle. Il s'agit alors d'envisager l'acquisition de nouveaux savoir faire et l'actualisation de ses savoirs. Les quatre dimensions du modèle d'apprentissage cognitif décrit par COLLINS et al. (1989) sont à prendre en compte lors du développement d'un environnement d'apprentissage : contenu, méthode, séquençage et sociologie.

Le contenu renvoie au type de connaissance exigée pour développer l'expertise,

La méthode à la manière de promouvoir le développement de cette expertise,

Le séquençage aux étapes clés, à l'ordre pour l'étude des activités,

Et la sociologie aux caractéristiques sociales de l'environnement d'apprentissage.

Le directeur d'institut doit pouvoir s'entourer de formateurs et d'enseignants, chacun étant persuadé que « l'enseignant n'est pas un simple transmetteur de savoirs, il est avant tout un concepteur de situations d'apprentissage » (AHMAD, 2002, cité par GERMAIN-RUTHERFORD). Il doit également pouvoir faire accompagner, par les cadres formateurs de son équipe, le formateur clinique qui doute de ses compétences à transmettre : « La capacité de l'homme à enseigner repose sur l'attention qu'il est capable de porter à ses congénères » (PREMACK, 2009).

La perspective d'un nouveau référentiel de formation basé sur l'approche par compétences et l'universitarisation de l'ensemble de la formation des kinésithérapeutes en France, après celle des infirmiers en 2009 et celle des ergothérapeutes en 2010, laisse augurer le développement de différentes approches pédagogiques et organisationnelles dans tous les domaines de la pratique professionnelle. Les pistes de collaboration à ouvrir sont l'utilisation accrue des histoires de cas pour favoriser le raisonnement clinique efficace des étudiants, l'intégration à la pratique clinique des preuves en provenance de la recherche et l'usage des nouvelles technologies pour un portfolio électronique ou un site web partagé par les acteurs, une plate-forme d'enseignement numérique, etc.

Le mémoire des étudiants kinésithérapeutes français sera-t-il demain rédigé en anglais ... un moyen pour la physiothérapie à la française (la kinésithérapie) d'apprendre et d'étoffer sa mémoire ?

Le directeur des soins puisera dans son parcours à l'EHESP les éléments, parfois communs avec ses collègues directeurs de soins ou les autres directeurs, les plus à même d'entamer un dialogue constructif sur le sujet de la formation clinique. En l'occurrence, la partie des enseignements du diplôme « Fondamentaux en santé publique » portant sur la recherche clinique me paraît constituer un porte d'entrée possible, avec ses interventions : « La place de la recherche clinique dans les établissements de santé », « Comment tirer partie des données scientifiques dans la pratique », « Les applications pour la gestion des établissements : l'outil Cochrane » et « Comment synthétiser l'information scientifique pour piloter des politiques ».

La parution en juillet de l'Instruction de la Direction générale de l'offre de soins relative au programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) pour 2011, offre aux directeurs des soins (des activités de soins et des activités de formation) une occasion de rencontre et un sujet de discussion dès la rentrée universitaire 2010/2011.

## Conclure pour apprendre ensemble

« On apprend toujours tout seul, mais jamais sans les autres » (Philippe CARRE)

Au départ de ce travail, la formation clinique qui permet d'envisager simultanément le patient au centre du système de santé et l'étudiant en santé au centre du dispositif de formation ... et l'idée d'une intelligence collective capable de réinventer la performance de l'organisation.

A ce stade, une analogie entre l'art et la formation clinique m'apparaît possible, la clinique procédant de l'art de soigner. Quatre fonctions majeures de l'art peuvent être considérées : fixer l'éphémère, rendre visible l'invisible, enseigner et décorer (Michel SERRES, France Infos, 12 août 2010).

Fixer l'éphémère : « photographier » une situation clinique pour la garder en mémoire, grâce à une organisation réinventée et à la maîtrise des outils de l'information.

Rendre visible l'invisible : « expliciter, analyser sa pratique » pour comprendre une situation et la donner à voir au collectif.

Enseigner : « éduquer tous les acteurs de la formation clinique » grâce à une fonction tutorale distribuée.

Décorer : « scénariser la pédagogie » car la forme est importante en ce sens qu'elle détermine souvent l'envie d'apprendre.

A l'arrivée une communauté d'apprentissage qui utilise les outils du web 2.0 pour que chacun de ses membres ait accès à la mémoire collective, véritable banque de données des apprentissages réalisés par et à travers l'organisation elle-même. Si une communauté d'apprentissage ne se décrète pas, il appartient aux directeurs des soins de créer les conditions de son émergence. En effet, elle peut constituer le vivier indispensable au développement de la formation clinique par la recherche en santé et en soins, grâce au réseau d'informations constitué et structuré. Elle peut également s'inscrire utilement dans le développement des communautés hospitalières de territoire, voire des réseaux ville-hôpital émergents.

Elle peut s'inscrire enfin dans une dynamique d'eupéanisation de la santé en cultivant la systématisation ou la sociabilité : la systématisation en utilisant plus volontiers le parangonnage ou la revue par les pairs et la sociabilité au sein de groupes d'intérêt ou de cadres formalisés de relations informelles.

Pour les directeurs des soins, le temps n'est plus aux postures, il faut créer plus de lien entre les activités de soins et les activités de formation.

---

## Bibliographie

---

### Articles

Ils sont appelés dans le texte par le nom du premier auteur et de l'année de parution.

BERGEAU J, COTTRET Y (2008). Théories et modèles. *Macroscope*. Kinéscope n° 11, sep-oct : 5-8

BOUCHEZ JP (2006). Manager des travailleurs professionnels du savoir. *Revue française de gestion*, n° 168-169, pages 35-53.

BOURDONCLE R (1991). La professionnalisation des enseignants : analyses sociologiques anglaises et américaines. *Revue française de pédagogie*, n°94, pp 73-92

BOURDONCLE R (1993). La professionnalisation des enseignants : les limites d'un mythe ». *Revue française de pédagogie*, n°105, pp 83-113

GARDNER H (2009). L'intelligence est plurielle. *Les Dossiers de La Recherche* n° 34 (février), pages 6-9

CATTIAUX C (2009). Le stage, une coopération revisitée pour une dynamique d'apprentissage réinventée. *Soins Cadres (spécial Pédagogie)*, volume 18, numéro 70S, pages 4-7

CHANAL V (2000). Communautés de pratique et management par projet : à propos de l'ouvrage de Wenger 1998 *Communities of Practice : Learning, Meaning and Identity*. *M@n@gement*, volume 3, no 1, pages 1-30

CHANIER T, CARTIER J (2006). Communauté d'apprentissage et communauté de pratique en ligne : le processus réflexif dans la formation des formateurs. *Revue internationale des technologies en pédagogie universitaire*, volume 3, numéro 3, pages 64-82

CHARLES-PAUVERS B, SCHIEB-BIENFAIT N (2010). Analyser l'articulation des compétences individuelles, collectives et stratégiques : propositions théoriques et méthodologiques. Disponible en ligne : <http://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00449614/fr/>

COCHET H (2008). Penser, Ecrire, Présenter, Soutenir, du « PEPS » dans le diplôme ! Au cœur de la formation. Kinéscope n° 11, sep-oct : 16-17

COCHET H (2009). Parcours de stage : faire, et ce faisant, se faire ... mais aussi, penser et, ce pensant, se penser. Au cœur de la formation. Kinéscope n° 11, sep-oct : 16-17

COLE B, WESSEL J (2008). How Clinical Instructors Can Enhance the Learning Experience of Physical Therapy Students in an Introductory Clinical Placement. *Advances in Health Sciences Education*, volume 13, number 2, pages 163-179

ERNSTZEN DV, BITZER E, GRIMMER-SOMERS K (2009). Physiotherapy students' and clinical teachers' perceptions of clinical learning opportunities: A case study. *Medical Teacher*, number 31, pages 102-115

GARDNER H (2009). L'intelligence est plurielle. *Les Dossiers de La Recherche* n° 34 (février), pages 6-9

HEALEY WE (2008). Physical therapist student approaches to learning during clinical education experiences : a qualitative study. *Journal of Physical Therapy Education*, volume 22, number 1 (spring), pages 49-58

PILOTTI A (2009). Situation clinique et mémoire professionnel : construction d'une identité. *Praticoscope*. Kinéscope n° 17, nov-déc : 25-27

PREMACK D (2009). Il faut changer les bases de l'enseignement. *Les Dossiers de La Recherche* n° 34 (février), pages 68-72

ROUBY E, THOMAS T (2004). La codification des compétences organisationnelles. *Revue Française de Gestion*, n°149, pages 51-68

STROHSCHHEIN J, HAGLER P, MAY L (2002). Assessing the need for change in clinical education practices. *Physical Therapy*, volume 82, number 2 (february), pages 160-172

VAILLANT J (2009). Comment combler le retard de la kinésithérapie en matière de recherche. *Au coeur de la recherche*. Kinéscope n° 17, nov-déc : 30

## **Ouvrages**

Ils sont appelés dans le texte par le nom du premier auteur, l'année de parution et la page consultée le cas échéant.

ALBRECHT K (2007). L'intelligence sociale : le nouvel art des relations humaines. Editions de l'Homme, 286 pages

ARBORIO AM, FOURNIER P, de SINGLY F (2008). L'observation directe. 2<sup>e</sup> édition. Armand Colin, 127 pages

BECKERS J (2007). Compétences et identités professionnelles : l'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine. Collection Pédagogies en développement. Editions De Boeck Université, 356 pages

BERBAUM J (1995). Développer la capacité d'apprendre. Collection Pédagogies. ESF Editeur, 191 pages

BLANCHET A, GOTMAN A (1992). L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Collection Sociologie. Editions Nathan, 125 pages

BOURGEON D (2009). Identités professionnelles, alternance et universitarisation. Editions Lamarre, 331 pages

CEFRIO (2005). Travailler, apprendre et collaborer en réseau : guide de mise en place et d'animation de communautés de pratique intentionnelles. Centre francophone d'informatisation des organisations (CEFRIO), 116 pages

COLLINS A, BROWN J, NEWMAN S (1989). Cognitive apprenticeship : teaching the crafts of reading, writing and mathematics. In: Resnick L, ed. Knowing, learning and instruction: essays in honor of Robert Glaser. Lawrence Erlbaum Associates, pages 453-494

CARRE Ph (2005). L'apprenance : vers un nouveau rapport au savoir. Psychologie sociale. Dunod, 212 pages

COUDRAY MA, GAY C (2009). Le défi des compétences : comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières. Editions Masson, 191 pages

GERMINET R (1997). L'apprentissage de l'incertain. Editions Odile Jacob, 216 pages

GOMEZ F (2001) Le mémoire professionnel, objet de recherche et outil de formation. Collection Méthodes en sciences humaines. De Boeck université, 165 pages

GROSJEAN M, LACOSTE M (1999). Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital. Collection Le travail humain. Presses universitaires de France, 255 pages

GUILBERT L, OUELLET L (1997). Etude de cas : apprentissage par problèmes. Collection Formules Pédagogiques. Presses de l'Universitaires du Québec, 136 pages

HIGGS J, JONES MA (2000). Clinical reasoning in the health professions. Elsevier Health Sciences, 322 pages

MAFFRE A (2007). Réussir son mémoire professionnel. 3<sup>o</sup> édition. Savoir communiquer. Chronique Sociale, 140 pages

MINTZBERG H (1998). Le management : voyage au centre des organisations. Editions d'Organisation, 576 pages

MUCCHIELLI R (1992). La méthode des cas. Collection Formation Permanente. ESF Editeur, 160 pages

MUCCHIELLI R (1998). L'analyse de contenu des documents et des communications. ESF Editeur, 216 pages

OMS (2003). Méthodologie de la recherche dans le domaine de la santé : guide de formation aux méthodes de la recherche scientifique. Organisation mondiale de la santé (OMS), 255 pages

PERKINS D (1995). Outsmarting IQ: The Emerging Science of Learnable Intelligence. Free Press, 390 pages

PERRENOUD Ph (1996). Enseigner : agir dans l'urgence, décider dans l'incertitude - Savoirs et compétences dans un métier complexe. Editions ESF, 184 pages

PERRENOUD Ph (1999). Dix nouvelles compétences pour enseigner : invitation au voyage. Collection Pédagogies. Editions ESF, 188 pages

RAYNAL F et RIEUNIER A (2007). Pédagogie : dictionnaire des concepts clés – apprentissage, formation, psychologie cognitive. 6<sup>e</sup> édition. Collection Pédagogies/Outils. ESF éditeur, 420 pages

SCHÖN D (1999). Le praticien réflexif : à la recherche du sa voir caché dans l'agir professionnel. Collection Formation des maîtres. Editions Logiques, 418 pages

SENGE P, ROBERTS C, ROSS R, SMITH B, KLEINER A (2000). La cinquième discipline, le guide de terrain : stratégies et outils pour construire une organisation apprenante. Editions First, 662 pages

WENGER E (2007). Communities of Practice : Learning, Meaning and Identity. Second edition, Cambridge University Press, 318 pages

WENGER E, McDERMOTT RA, SNYDER W (2002). Cultivating communities of practice : a guide to managing knowledge. Harvard Business Press, 284 pages

#### Sites internet

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière (visité le 10 juillet 2010). Disponible en ligne : <http://78.109.82.195/>

PHYSIOTHERAPY EVIDENCE DATABASE : PEDro (visité le 28 juin 2010). Disponible en ligne : <http://www.pedro.org.au/>

THE UNIVERSITY OF MELBOURNE. Clinical school model to facilitate clinical education for all students. Developed by Joan McMeeken, Gillian Webb, Cathy Nall collaboratively with many academics and clinicians (visité le 10 juin 2010). Disponible en ligne : <http://www.physioth.unimelb.edu.au/>

#### **Colloque – Conférence**

BERGEAU J (2010). Accompagner les réformes de réingénierie : l'affaire des formateurs et des cliniciens. XIV<sup>e</sup> Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée «Parcours de ou en santé et kinésithérapie». Quimper, 22 avril 2010

JACOB R (2005). Le transfert intergénérationnel des savoirs : enjeux et pistes d'action. Journée de l'Institut d'administration publique du Grand Montréal. Montréal, 20 octobre 2005

MALLET J (2007). Intelligence collective, équipe apprenante et TICE : les problèmes culturels sous-jacents. Colloque TICE Méditerranée 2007. Marseille, 4 au 6 juin 2007

MICHON D (2010). Pédagogie du problème et problématisation. XIV<sup>o</sup> Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée. Quimper, 22 avril 2010

MONNIN C, PERRET FL (2006). Le facteur humain au cœur de l'intelligence collective. V<sup>o</sup> Colloque TIC & territoires : quels développements ? Besançon, 9 et 10 juin 2006

ZAÏBET-GRESELLE O (2006). Collaboration dans l'entreprise et intelligence collective. Actes de la XV<sup>ème</sup> Conférence Internationale de l'Association internationale de management stratégique. Annecy, 14 au 16 juin 2006

### **Enquêtes – Rapports**

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK) et Eliane Conseil santé social (2009). Etude préalable aux Etats Généraux de la profession. Rapport final (octobre 2009), 82 pages

Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports (2007). Étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière : Facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics - tome 1. Ecole nationale de santé publique, Rennes (ENSP), 209 pages. Disponible sur Internet : <http://www.sante-sports.gouv.fr/etude-prospective-des-metiers-sensibles-de-la-fonction-publique-hospitaliere.html>

Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports (2007). Étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière : Monographies de 10 métiers et groupes métiers sensibles - tome 2. Ecole nationale de santé publique, Rennes (ENSP), 209 pages. Disponible sur Internet : <http://www.sante-sports.gouv.fr/etude-prospective-des-metiers-sensibles-de-la-fonction-publique-hospitaliere.html>

Ministère de la santé et des sports, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière (2008). Étude prospective des métiers de la fonction publique hospitalière : Monographie masseur-kinésithérapeute. ONEM, 32 pages. Disponible sur Internet :

<http://www.sante-sports.gouv.fr/etude-prospective-des-metiers-sensibles-de-la-fonction-publique-hospitaliere.html>

Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) et Plein Sens – MATHARAN J, MICHEAU J, RIGAL E – (2009). Le métier de masseur-kinésithérapeute. Rapport d'études, 139 pages. Disponible sur Internet : [www.sante-sports.gouv.fr/le-metier-de-masseur-kinesitherapeute.html](http://www.sante-sports.gouv.fr/le-metier-de-masseur-kinesitherapeute.html)

Rapport d'information de la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale sur la formation des auxiliaires médicaux, enregistré le 7 juillet 2010, présenté par M. Jacques DOMERGUE, 37 pages

### **Textes législatifs et réglementaires**

MINISTERE DE LA SANTE, Arrêté du 5 septembre 1989 modifié, relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, Journal Officiel du 8 septembre 1989, page 11397

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, Journal Officiel n°95, 23 avril 2002.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat Infirmier, Journal Officiel n°0181, 7 août 2009.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, Journal Officiel n°0156, 8 juillet 2010.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Instruction N° DGOS/PF4/2010/258 du 9 juillet 2010 relative au programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) pour 2011.

---

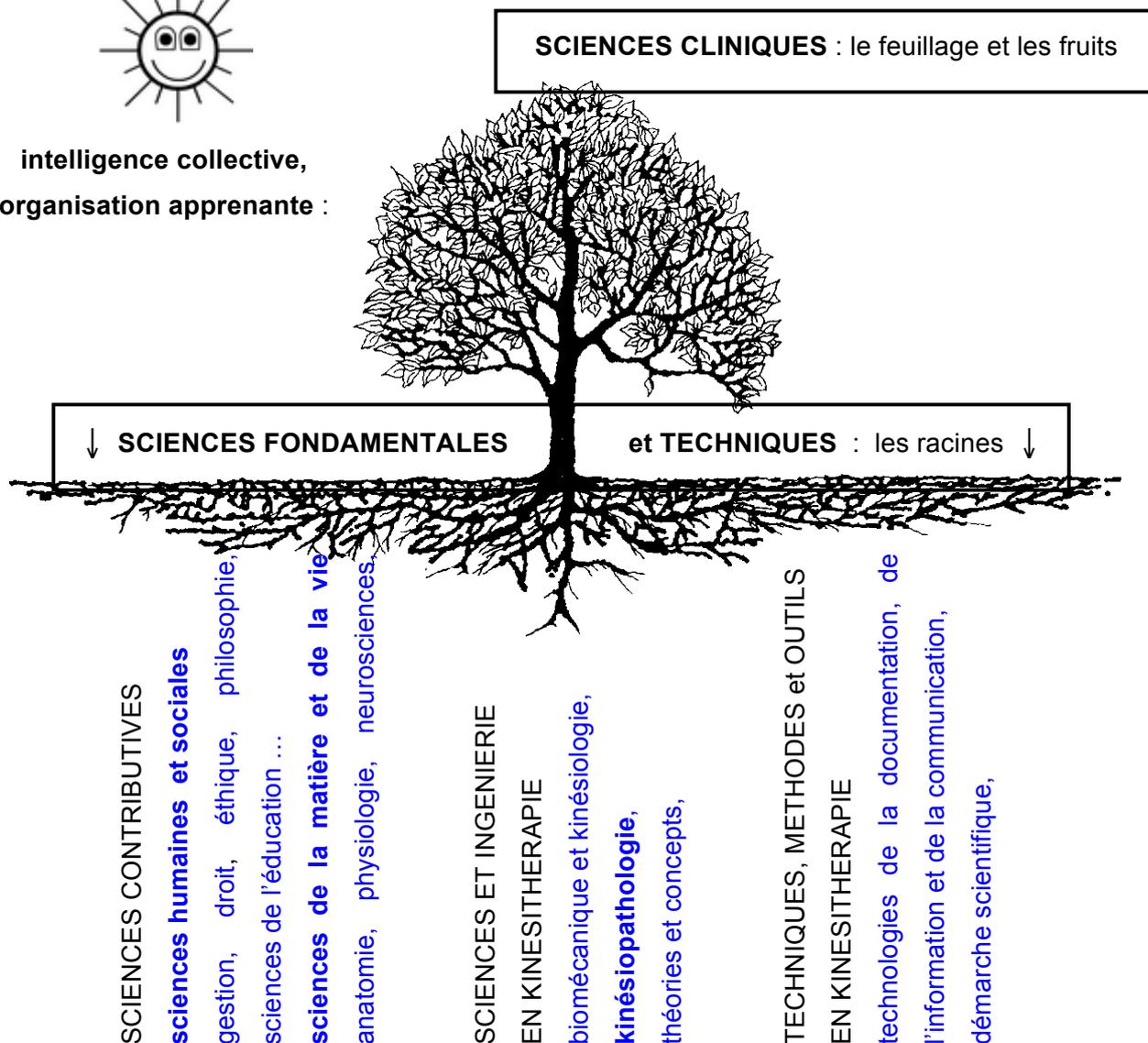
## Liste des annexes

---

- I Modélisation de la formation d'un masseur-kinésithérapeute
- II Pré-grille entretien
- III Grille entretien CDS responsable de formation clinique, DIFSI et DIFMK
- IV Grille entretien directeur d'IFMK
- V Grille entretien directeur des soins, conseiller pédagogique national
- VI Observation directe : Grille de Bales



intelligence collective,  
organisation apprenante :



**SANS RACINES, IL N'Y A PAS D'ARBRE !**

Modélisation de la formation d'un masseur-kinésithérapeute sous forme d'arbre.

Les sciences cliniques, ferment de la formation clinique qui permet de construire le **raisonnement clinique**, ne peuvent exister pour elles-mêmes.

Sa construction nécessite en effet de nombreuses racines développées en formation

**ENQUETE PREALABLE**

Qu'évoque pour vous la formation clinique ?

Que représente pour vous l'alternance institut/stage dans la formation initiale ?

Peut-on parler d'intelligence collective entre les acteurs de l'institut et ceux des terrains de stages ?

Une coopération peut-elle se décider ?

Quels outils facilitent le partenariat ?

Comment voyez-vous l'utilisation des TIC dans ce domaine ?

### ANNEXE III Grille entretien CDS responsable de formation clinique, DIFSI et DIFMK

Questions ouvertes et générales relatives à la formation clinique

Quelle est votre vision de l'alternance institut / stages de formation clinique ?

Que pouvez-vous me dire de la faisabilité de la mise en place du planning d'alternance ?

Qu'avez-vous mis en place dans le cadre du tutorat et de l'accompagnement des étudiants en formation clinique ?

L'intelligence collective des acteurs de l'institut et des terrains de stages est-elle sollicitée pour l'organisation de la formation clinique ?

Comment voyez-vous le partenariat institut de formation – terrain de stage ?

L'organisation actuelle de la formation clinique et du parcours de stages vous satisfait-elle ?

« Des formateurs qui apprennent, ce sont des étudiants qui réussissent ! » Qu'en pensez-vous ?

Questions sur la mise en stage :

dans le dernier semestre, vous aviez une (ou plusieurs) promotion(s) en stage :

De quelle année d'études s'agissait-il ? K1 K2 K3 ?

Combien d'étudiants en stage au même moment ?

Sur combien de terrains de stage différents (établissement de santé ou structure de soins ou structure hors clinique) étaient-ils répartis ?

Cela a-t-il été difficile de leur trouver une place de stage ?

Si oui, pour quelle raison principale, selon vous ?

Un livret d'accueil et d'encadrement a-t-il été remis systématiquement aux étudiants en stage ? si oui, combien sont concernés ? (pourcentage)

Avez-vous des personnels à temps partiel à l'institut de formation qui travaillent pour l'un des établissements d'accueil des étudiants de l'institut ? (pourcentage de l'effectif des « permanents » )

Outils de la contractualisation / documents administratifs du stage

Une convention tripartite, entre la structure d'accueil, l'institut de formation et l'étudiant concerné, a-t-elle été signée pour chaque stage ?

Une telle convention a-t-elle été également signée pour les étudiants placés en stage dans l'établissement auquel l'institut de formation est rattaché ?

Si elle n'était pas tripartite, qui l'avait réellement signée ?

Pouvez-vous me remettre un exemplaire de cette convention de stage ?

Une charte d'encadrement des stagiaires a-t-elle été signée entre l'institut de formation et l'un ou l'autre des terrains de stage ?

Si oui, combien sont concernés ? (pourcentage)

Comment les étudiants sont-ils informés de l'existence de cette charte ?

Un contrat d'études impliquant la structure d'accueil, l'institut de formation et l'étudiant a-t-il été négocié avant chaque stage ?

Des objectifs de stage ont-ils été fixés par l'institut à l'étudiant ? par le terrain d'accueil à l'étudiant ? par l'étudiant lui-même pour lui-même ? ou bien sont-ils négociés conjointement entre l'institut, le terrain d'accueil et l'étudiant ?

Un document de type portfolio est-il remis à l'étudiant pour qu'il conserve des traces de son parcours de stage et rende visible la constitution de son portefeuille de compétences ?

Un outil d'évaluation des acquisitions faites en stage existe-t-il en plus du document de validation du stage ?

Le format du document de validation d'un stage clinique est-il un document national, régional ou propre à l'institut ?

Un document permettant de suivre et d'attester de la présence en stage des étudiants a-t-il été mis en place ? Qui le vise ?

L'institut de formation garde-t-il la mémoire :

- des situations rencontrées en stage par les étudiants ?
- des méthodes d'apprentissage du raisonnement clinique ?
- des personnes ressources détentrices d'une expertise ? ...

Existe-t-il une banque de données « stages cliniques » ?

Avez-vous mis d'autres outils ou tableaux de bords en place ?

Plan de communication, stratégie et professionnalisation

L'organisation des stages est-elle visible sur le site internet de l'institut de formation ?

la liste des terrains de stages y figure-t-elle ?

le nom du « correspondant stages » à contacter ?

Y a-t-il une politique de communication qui vise à montrer l'organisation de l'institut sur son propre site Internet ?

L'institut de formation est-il visible sur les sites internet des terrains d'accueil ?

sur le site internet de l'Agence régionale de santé ? celui de la région ?

Y a-t-il une stratégie de communication pour inciter les partenaires à mentionner l'institut de formation sur leur site Internet ?

L'institut de formation est-il l'un des éléments de la stratégie des établissements qui reçoivent les étudiants de l'institut de formation ?

Des rencontres entre les acteurs de l'institut et ceux des terrains d'accueil sont-elles organisées ? si oui, avec quelle périodicité ?

Sous quelle forme ? Sont-elles réelles ou virtuelles ?

L'institut dispose t-il d'un environnement numérique de travail avec une plate-forme de ressources accessible aux acteurs des terrains d'accueil ?

Cet outil facilite t-il la communication entre les étudiants et l'institut lorsque les étudiants sont en stage ?

La réforme des études de votre profession (en cours ou à venir) est-elle de nature à changer profondément votre stratégie de la formation clinique en alternance ?

La professionnalisation des acteurs de la formation clinique est une aventure collective : qu'en pensez-vous ?

Voyez-vous la réglementation actuelle comme une aide ou au contraire un frein à cette professionnalisation ? une aide ou un frein à la formation clinique des étudiants ?

Avez-vous autre chose à ajouter ?

## ANNEXE IV Grille entretien directeur d'IFMK

### Utilité

Que savez-vous des attentes des employeurs, en termes de formation clinique ?

Les professionnels MK diplômés cette année vous paraissent-ils correspondre à ces attentes ?

### Outil

Parmi les outils de contractualisation du stage clinique, lequel vous paraît le plus approprié pour faciliter la coopération entre IFMK et stage ou pour favoriser l'émergence d'une intelligence collective ?

A défaut, lequel faut-il mettre en place ?

### Stratégie

Dans un hôpital en crise et confronté à la pénurie de médecins, la formation clinique des paramédicaux vous paraît-elle constituer un enjeu majeur ?

La réforme des études des professionnels paramédicaux (en cours ou à venir) est-elle de nature à changer profondément la stratégie de la formation clinique en alternance ?

Si vous aviez le pouvoir et les moyens, que changeriez-vous dans la formation clinique des professionnels de santé paramédicaux.

1 Questions ouvertes et générales relatives à la formation clinique

Quelle est votre vision de l'alternance institut de formation / terrain de stage clinique ?

Quelles sont les ambitions de la réingénierie pour la formation clinique ?

Comment voyez-vous le partenariat institut de formation – terrain de stage ?

Que savez-vous de ce partenariat dans le cadre de la mise en place de la réingénierie du DE d'infirmier ?

Les professionnels paramédicaux diplômés cette année vous paraissent-ils correspondre aux attentes des employeurs, en termes de formation clinique ?

« Des formateurs qui apprennent, ce sont des étudiants qui réussissent ! » Qu'en pensez-vous ?

L'intelligence collective des acteurs de l'institut et des terrains de stages vous paraît-elle sollicitée pour définir l'organisation de la formation clinique ?

2 Outils de la contractualisation / documents administratifs du stage

Parmi les outils ci-dessous, lesquels vous paraissent de nature à favoriser la collaboration, voir la coopération entre institut de formation et terrains de stage ? Pouvez-vous les classer de 1 à 8 ?

Une convention tripartite, entre la structure d'accueil, l'institut de formation et l'étudiant ?

Une charte d'encadrement des stagiaires cosignée par l'institut de formation et le terrain de stage ?

Un contrat d'études impliquant la structure d'accueil, l'institut de formation et l'étudiant ?

Un document de type portfolio tenu par l'étudiant ?

Un outil d'évaluation des acquisitions faites en stage ?

Un document de validation du stage ?

Un document permettant de suivre et d'attester de la présence en stage des étudiants ?

Un document permettant de garder la mémoire collective (traces) des stages cliniques ?

Pensez-vous à un autre document (non cité ci-dessus) ?

Selon vous, le format du document d'évaluation des acquisitions faites en stage - de validation d'un stage clinique - doit être national, régional ou propre à l'institut ?

### 3 Communication, stratégie et professionnalisation

Selon vous, l'institut de formation devrait-il disposer d'un environnement numérique de travail avec une plate-forme de ressources accessible aux acteurs des terrains d'accueil ?

L'institut de formation peut-il devenir l'un des éléments de la stratégie des établissements qui reçoivent ses étudiants en stage ? d'un territoire de santé préférentiel ?

Dans un hôpital en crise et confronté à la pénurie de médecins, la formation clinique des paramédicaux vous paraît-elle constituer un enjeu majeur ?

La réforme des études des professionnels paramédicaux (en cours ou à venir) est-elle de nature à changer profondément la stratégie de la formation clinique en alternance ?

La professionnalisation des acteurs de la formation clinique est une aventure collective : qu'en pensez-vous ?

Voyez-vous la réglementation actuelle comme une aide ou au contraire un frein à cette professionnalisation ? une aide ou un frein à la formation clinique des étudiants ?

Selon vous, les acteurs de la formation clinique d'un institut et d'un (ou plusieurs) terrain(s) de stage peuvent-ils apprendre ensemble ?

Si vous aviez le pouvoir et les moyens, que changeriez-vous dans la formation clinique des professionnels de santé paramédicaux ?

Avez-vous autre chose à ajouter sur ce sujet ?

**Communications à portée psychologique positive**

- 1- Solidarité, sympathie, renforcement, aide.
- 2- Détente, relâchement de tension.
- 3- Manifestation d'un accord.

**Communications centrées sur la production d'une tâche (Résolution du problème)**

- 4- Faire des suggestions.
- 5- Donner son opinion, analyse.
- 6- Donner une orientation, clarifier, informations
- 7- Demander des informations.
- 8- Demander une opinion, une analyse.
- 9- Demander des suggestions.

**Communications à portée psychologique négative**

- 10- Manifestation d'un désaccord
- 11- Manifestation d'une gêne, tension
- 12- Manifestation d'une gêne, tension Antagonisme, manifestation d'une attaque