

6^{ème} Colloque International de Didactique Professionnelle 2022

Organisé par l'Association RPDP en partenariat avec la HETSL de Lausanne et
l'Université de Genève
15 au 17 juin 2022, à Lausanne, Suisse

Une coproduction entre le stagiaire et le patient dans la mise en œuvre d'une situation professionnelle de soin

Yves Olivier ESPENANT

Institution nationale des Invalides, 6 boulevard des Invalides CS 70807 PARIS CEDEX 07,
France et Université Bourgogne Franche-Comté
UR Formation et Apprentissages Professionnels(EA7529)
26, Bld du Dr Petitjean - BP 87999
21079 - DIJON CEDEX

Adresse de courriel : yves.espenant@invalides.fr

Types de communication

Recherche empirique
Recherche théorique
Communication issue de la pratique

Axes de la conférence

Axe 1 : Croiser la perspective des acteurs
Axe 2 : Croiser les contextes de la formation

Objectifs de la conférence

Apporter de la visibilité aux réalités empiriques de la formation professionnelle
Favoriser les contributions des praticiens de la formation professionnelle

Résumé

L'étude cherche à mettre en lumière l'activité du stagiaire par l'intermédiaire de la construction d'une situation professionnelle de soins à visée de professionnalisation et ou de réhabilitation. Dans ce contexte, l'émergence d'une rencontre d'activité avec le patient se produit, le stagiaire fait appel à la collaboration du patient afin d'identifier, puis de transformer un objet du soin, en objet clinique à partager. On découvre l'utilisation par le stagiaire d'un concept organisateur, le partager avec le patient, une préfiguration d'un modèle opératif stagiaire.

Mots-Clés

Situation professionnelle de soin, l'objet du soin, concept organisateur

Le contexte

L'étude s'est structurée à partir d'une réflexion sur le dispositif d'alternance pour la formation des étudiants en soins massokinésithérapique et infirmiers, les étudiants/stagiaires qui

bénéficient de périodes de formation au sein de leurs instituts de formation et de périodes de stages essentiellement en milieu hospitalier.

L'expérience du chercheur

Les contacts avec les apprenants durant de nombreuses années m'ont amenés à penser que le patient tenait un rôle central dans les apprentissages de leur futur métier. Les propos tenus par eux évoquaient avant tout le besoin de "voir une diversité de pathologies", de rencontrer des patients amputés, lésés médullaires etc. Une dimension perceptive ressortait au travers de leur propos comme un leitmotiv, celui de la prise de contact avec le patient par des actions de soin, relevant du toucher, du regarder, de l'entendre etc.

L'utilisation des techniques de soin et leur adaptation aux besoins du patient est un point clé, source d'enrichissement de leur expérience professionnelle naissante, ils reconnaissent au contact du patient l'acquisition qu'un répertoire d'actions de soins. Les lieux du stage sont vus par eux comme des concentrations de moyens techniques spécifiquement liés aux pathologies des patients qui y sont hospitalisés ou venant en consultations. Ils vont pouvoir mobiliser et utiliser des techniques de soins en fonction des prescriptions, au sein des dispositifs que sont les services hospitaliers.

Ils apprécient comme un trait singulier de leur future profession, une/des rencontres qu'ils ont pu établir avec un/des patients, liée à l'évolution de leur pathologie, de leur lésion, du déroulement de leur histoire de vie, auxquelles viennent s'ajouter des réactions de leur environnement social et familial. Lors de l'évocation de la rencontre se mêlent dans les propos du stagiaire des aspects émotionnels, cognitifs, corporels, au sein desquels se trouvent inséré un "rassemblement" des besoins, des désirs, des attentes des deux acteurs. Une représentation de la rencontre se forme chez le stagiaire par un rapprochement et une distanciation de ses propres motifs avec ceux supposés du patient, s'y agrège des buts du patient reconnus par le stagiaire parce que liés aux actions conjointes de soin des protagonistes. Par la rencontre, l'expérience d'une intersubjectivité se crée chez le stagiaire entretenue par un milieu de soin, son contenu sociotechnique et un lieu de stage particulier.

L'expérience-vécue du stagiaire voit s'y s'adjoindre celle des relations qui se sont nouées, avec des pairs et ou tuteurs, appréciées selon un critère d'équilibre, couplant encadrement et autonomie de l'apprenant.

L'évaluation des compétences acquises peut se réaliser au moyen d'une Mise en Situation Professionnelle (MSP), un outil connu des trois acteurs du dispositif d'alternance que sont les formateurs en instituts, les tuteurs et les étudiants/stagiaires. La MSP se présente comme une «*épreuve formative et/ou normative basée sur la prise en charge thérapeutique d'un patient par un étudiant en formation initiale*» (Lyonnaz, 2009).

L'évolution du rôle du patient dans les soins

Dans ce contexte particulier des relations qui se nouent entre le patient et les soignant, la figure et le rôle du patient sont en pleine mutation, il est reconnu comme à la fois le

bénéficiaire et un co-acteur des soins, son positionnement transparait au travers des écrits en santé publique, des méthodes et des bonnes pratiques à titre d'exemples ; la décision médicale partagée concept explicité par l'OMS en 2008 préconisant que le « *patient peut prendre la place qu'il souhaite dans le processus de délibération et user de son droit à la détermination et à l'autonomie* » (Bouleuc, & Poisson, 2014), la prise de décision s'appuie sur les expériences du patient et celles du soignant et se déroule selon deux étapes que la « *l'échange de l'information et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé individuelle* » (Haute Autorité de Santé, 2013) ; l'Approche Patient Partenaire de Soins (APPS) qui prône « *la reconnaissance de l'expertise du vécu de la maladie par le patient* » (Pétre, Scholtes, Voz, Ortiz Halabi, Gillan, Husson, ... & Bragard, 2018) ; les parcours de soins, de santé et de vie qui placent « *les patients au centre de la prise en charge. Ce ne sont plus eux qui doivent s'adapter au système de santé – organisations ou structures – mais au système de s'organiser pour répondre à leurs besoins* » (site solidarités-santé, 2022). Des évolutions plus récentes donnent une part plus prégnante au patient dans ses rapports au système de santé où il acquiert un rôle de formateur (Flora, 2013).

La question sociale

Elle est renvoyée par les acteurs du soin avec lesquels le stagiaire se trouve rattachés, par dispositif d'alternance en tant que système formatif et par les patients comme bénéficiaires des soins. Elle pose, le comment optimiser « *l'agir sur sa propre activité* » (Barbier, 2015) ou la recherche d'une professionnalisation chez le stagiaire, afin de former des professionnels compétents, et concomitamment « *l'agir sur l'activité d'autrui* » (Barbier, 2015), c.à.d. améliorer l'état de santé du patient avec comme principes directeurs, une sécurisation, une qualité des soins et une participation accrue et déterminante du patient lors du déploiement des parcours de soins, de santé et de vie.

Problématique

Dans le cadre de la formation initiale en milieu de soin dans un dispositif d'alternance l'importance que revêt le stage provient d'une mise en relation des activités et des interactions patient /stagiaire lors du soin. Nous faisons l'hypothèse que les activités du patient et du stagiaire sont reliées par l'intermédiaire d'un objet lié aux soins à partir duquel une « *rencontre des activités* » (Olry, 2015) survient. Il s'en suit une situation de soin que le stagiaire appréhende en termes d'apprentissages et de conceptualisation dans l'action, un processus auquel il associe le patient en fonction de ses capacités.

Le dévoilement d'une question de recherche chargée de complexités

Nous faisons une réduction de la question sociale, des besoins qu'elle met au jour, de formation de professionnels de santé et de soins prodigués aux patients, en la traduisant selon un couplage situation/activité, en une situation professionnelle de soin à visée de professionnalisation et /ou de réhabilitation (Figure 1).

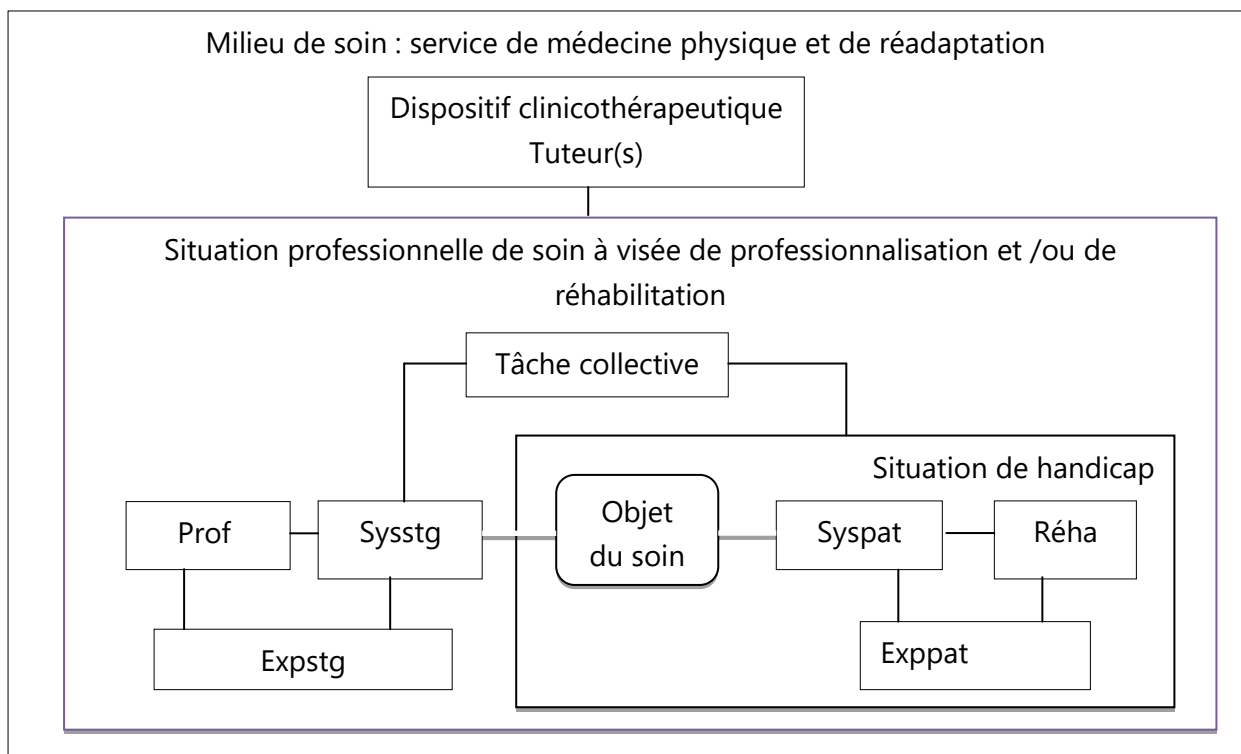


Figure 1 une situation de soin à visée de professionnalisation et /ou de réhabilitation

Prof : processus de professionnalisation

Réha : processus de réhabilitation

Expstg : Expériences vécues du stagiaire

Exppat : Expériences vécues du patient

Sysstg : Système d'activité stagiaire

Syspat : Système d'activité patient

En milieu de soin le système activité du stagiaire, s'agence à d'autres systèmes d'activité tels que ceux : du patient, du tuteur, du médecin prescripteur etc., le dispositif technique englobe

les instruments, la communauté, les règles, la division du travail. Nous nous référons dans ce schéma, à la modélisation de l'activité, d'après Engeström. Nous avons mis au centre du schéma l'objet du soin qui selon nous, sert de point d'articulation entre le système d'activité du stagiaire et celui du patient. Le stagiaire et le patient sont co-acteurs lors d'une séance de rééducation ou de soins infirmiers etc., qu'ils partagent dans le but de transformer l'objet du soin, afin de répondre à un ou plusieurs objectifs du projet thérapeutique.

Le groupement de systèmes d'activité autour d'un objet de soin, constitue la trame d'une situation de soin aux visées de professionnalisation (côté stagiaire) et de réhabilitation (côté patient). Elle relève d'une caractéristique essentielle d'une situation professionnelle, une « *forme identifiable et reconnue* » (Olry, 2012) dont les contours et les contenus sont posés par la situation de soin, ses processus et buts associés, par l'interdépendance des systèmes d'activités du patient et du stagiaire rendue possible au travers d'un objet, un objet du soin à transformer, par un positionnement au sein d'un dispositif technico-thérapeutique d'un service hospitalier, et par un ancrage social relevant d'une formation initiale dans un dispositif d'alternance et de santé publique.

La situation professionnelle englobe une situation de handicap qui résulte des interactions entre une personne et son environnement. :

« *Une personne ayant une déficience ou une différence fonctionnelle ou comportementale et un environnement, une organisation sociale qui produit des situations systémiques de discrimination, de marginalisation, de stigmatisation ou encore de privilège et de pouvoir sur la base de différences* » (Fougeyrollas, 1986).

La situation professionnelle de soin a besoin pour "fonctionner" de faire appel par l'intermédiaire des acteurs qui la composent à l'expérience patrimoniale du dispositif technico-thérapeutique, à celles des acteurs soignants dont les tuteurs, aux expériences du stagiaire lié à son parcours de stage et à son intégration dans un institut formation, à celles du patient en lien avec sa maladie et /ou lésion, voire à celles de l'environnement socio familiale du patient. Ces « *expériences vécues* » (Zouinar, & Cahour, 2013) vont faire l'objet de transactions lors de la mise en œuvre de la situation professionnelle de soin.

Par ailleurs, la situation se trouve connectée du fait des acteurs à des savoirs/connaissances clinicothérapeutiques, relationnelles et expérientiels propres au monde de la santé.

La configuration de cette situation permettrait-elle de questionner des mécanismes formatifs à l'œuvre lors du stage, en particulier, ceux résultants des interactions de soins entre le stagiaire et le patient ?

L'émergence d'un objet de recherche

L'objet du soin positionné au centre de la situation en interface entre les systèmes d'activité des acteurs, est selon nous un élément-clé du fonctionnement de la situation et donc un point d'accès pertinent pour étudier les mécanismes formatifs à l'œuvre chez les acteurs et

en particulier chez le stagiaire. Nous pensons que celui-ci utilise l'objet du soin tel un gouvernail afin de contrôler la mise en œuvre et le déploiement de la situation professionnelle de soin à visée de professionnalisation et /ou de réhabilitation. Les transformations de l'objet du soin sont à prendre en compte, relevant d'un but(s) d'une tâche collective. Une tâche à laquelle œuvre le stagiaire et le patient de manière asymétrique, du fait des déficiences, restriction d'activité etc., de ce dernier.

L'objet du soin et sa mise en travail par les systèmes d'activité du stagiaire et du patient est notre objet de recherche, « *matière première résistante et le but tourné vers l'avenir d'une activité* » (Engeström, 2010). Comment le stagiaire fait-il pour appréhender cet objet du soin afin de l'intégrer au sein de ses pratiques et ce, en faisant participer, selon ses capacités, le patient ? Quelles sont les invariances dans les modifications de l'objet du soin qui préfiguraient les traces d'une conceptualisation dans l'action chez le stagiaire ?

Cadre théorique

La théorie de l'activité (Engeström cité dans Venturini, 2012) dans sa troisième génération décrit « *la mise en relation de plusieurs systèmes d'activité* » (Venturini, 2012), l'objet est la concrétisation de l'activité, les motifs et les motivations ne sont pas à chercher chez le sujet mais dans « *l'objet à transformer et à augmenter* » (Engeström, 2010). L'objet est vu comme une intersection de systèmes d'activité au centre d'un réseau donnant lieu à une activité collective (Owen, 2008).

La mise en relation des systèmes d'activités est abordée par l'action incarnée qui permet d'avancer que du « *point de vue du soignant, le corps du patient est une prolongation de son corps propre* » (Maine de Biran, 1952 ; Maine de Biran, in Pastré ; in Olry, 2015). Les schèmes d'action des acteurs sont en mesure dans l'appropriation de l'objet du soin « *dans et par les interactions (langagières et gestuelles) à visée thérapeutique* » (Olry, 2015), d'élaborer un « *référentiel sensitif commun* » (Olry, 2015).

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

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

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

Nous distinguons l'objet de soin « *objet de soin* » (Olry, 2015), qui s'inscrit dans un dispositif technique et son environnement (Akrich, 1993) le service de médecine physique et de réadaptation et fait office d'objet intermédiaire voire frontière (Vinck, 2009) entre les métiers du soin afin de faciliter le cadrage et l'interconnection de leur champ d'activités professionnelles. Il est mobilisé par les acteurs tels que le médecin prescripteur, le psychologue, l'ergothérapeute lors de staffs, de visites médicales au pied du lit du patient, de séance de rééducation etc.

L'objet du soin se trouve relié à son prédécesseur sur le plan conceptuel et celui des pratiques, il s'inscrit dans un projet thérapeutique dans lequel la personne du patient se trouve concernée au premier chef.

L'objet du soin occupe une place centrale, de médiation et de régulation entre les systèmes d'activité. Il agence la situation de soin qui ne peut voir le jour en dehors de sa présence. L'objet du soin en tant qu'objet intermédiaire, n'est pas inerte, il est soumis aux processus de professionnalisation et de réhabilitation qui convergent à travers lui, et le transforme, des modifications s'appliquent à partir de lui, en retour, aux systèmes d'activités.

L'objet du soin n'est pas donné il se construit par la situation et au sein d'une « *activité collective* » (Venturini, 2012). L'objet du soin se manifeste lors d'une coordination entre le patient et le soignant en vue d'accomplir une action thérapeutique. Il se trouve incorporé par le rapprochement des corps et leurs perceptions réciproques lors d'une mise en mouvement et d'échanges verbaux (Olry, 2015).

Dans la situation professionnelle de soin, le stagiaire agit en prodiguant des soins au patient, l'objet du soin devient un objet de travail composite (Mayen, 2007) des dimensions technique et relationnelle sont interconnectées en son sein que le stagiaire doit apprendre à maîtriser progressivement. La dimension relationnelle ou relation de soin s'applique à répondre aux besoins du patient (Formarier, 2007). Il s'ensuit une coactivité, génératrice de tâches effectives chacune correspondant à « *un objectif à atteindre dans des conditions déterminées* » (Leplat et Léontiev, cités dans Savoyant 2006) qui reliées entre elles, par l'interdépendance des buts/objectifs, forment une « *tâche collective* » (Barthe & Queinnec, 1999), de mise en travail de l'objet du soin.

Au contact de l'objet en transformation, la tâche collective et ses incertitudes en termes de participation du patient, peut s'apparenter à un tâche discrétionnaire qui « *indique toujours le but de l'action, mais laisse à la «"discrétion" de l'opérateur le choix du mode opératoire le plus adéquat pour atteindre le but* » (Pastré, 2011).

Des repères méthodologiques

Recueil

Les expériences vécues des tâches effectuées par le stagiaire dans le cadre de ses soins prodigués au patient, ont été les matériaux empirique visés par le dispositif de recueil et ce, afin d'entrée dans la situation professionnelle de soin à visée de professionnalisation et /ou de réhabilitation. Le recueil des tâches a été réalisé dans le cadre de débriefings organisés par le chercheur et en collaboration avec le stagiaire et mis en œuvre avec son consentement. L'idée générale étant de faire produire au stagiaire une réflexion sur les tâches produites lors des soins et le « *système d'action collective* » (Perrenoud, 2001) dans lequel elles s'inséraient.

Le dispositif de recueil des données (Figure 2) est constitué, d'un générateur d'expériences vécues centré sur les tâches effectuées par le stagiaire et d'un parcours du stage en rapport avec la prise en soin d'un patient singulier (choix du stagiaire). Ces deux éléments mis en œuvre par le chercheur lors du débriefing font système et facilite une communication et une réélaboration des expériences vécues, sachant que « *avoir conscience de ses expériences vécues n'est rien d'autre que les avoir à disposition à titre d'objet (d'excitant) pour d'autres expériences vécues* » (Vygotski cité dans Chilotti, 2015).

Le dispositif de recueil est constitué de deux outils insérés dans un contexte.

Le générateur d'expériences vécues

Le schéma cible est un schéma d'action qui donne un aperçu visuel des tâches recensées puis retranscrites par le stagiaire en rapport avec un plan de soin conçu pour un patient singulier. Cet outil favorise une prise de distance par rapport aux pratiques de soins, et permet au stagiaire et au chercheur « *d'interroger la représentation, de réfléchir sur ce que l'on fait et comment on pense qu'on le fait* » (Sonntag, 2002).

Dans le schéma cible, la tâche s'y trouve représentée par son objectif à atteindre (Cf. Figure 2, zone 1) et les conditions déterminées pour y parvenir (Cf. Figure 2, zones 2 et 3).

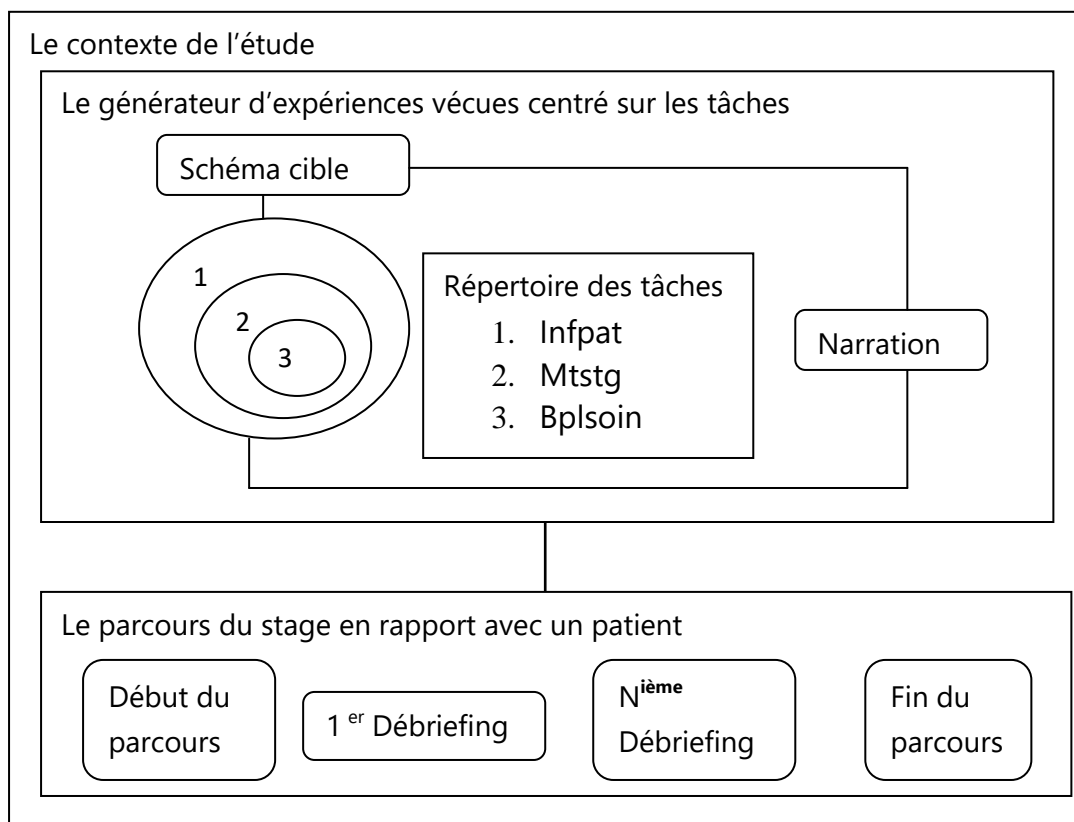


Figure 2 Le dispositif de recueil des matériaux empiriques

Infpat : Informations cliniques et sociales (patient)

Mtstg : Moyens techniques (stagiaire)

Bplsoin : Buts du plan de soin posés par le stagiaire et pouvant être partagés par le patient en fonction de ses capacités

À partir du schéma cible servant de support et d'excitant, une narration des tâches en résulte portant sur des aspects divers tels que, le contenu technique, le déroulement, les interdépendances avec d'autres tâches. Par ailleurs, la participation (activité/action) du patient et du stagiaire apparaissent liées dans l'atteinte d'un motif/objectif, une tâche

collective se dessine, avec une asymétrie dans la participation des acteurs (stagiaire / patient), chacun ayant une tâche effective à partager avec l'autre.

Par la narration, le stagiaire cherche à penser et à comprendre ce qu'il a fait (avec en arrière-plan la participation du patient), tout en voulant que la situation soit comprise par la « *personne écoutante* » le chercheur (Dutoit, 2015).

Un couplage s'établit entre le schéma cible et la narration sur lequel le chercheur agit en faisant annoter le schéma au fur et à mesure de l'avancée du / des débriefings en corrélation avec la narration qui a mis à jour des composantes de la tâche non encore dévoilées, le mouvement réflexif inverse se produit. Un enrichissement progressif des représentations des tâches en résulte.

Le parcours du stage en rapport avec un patient

Le parcours de stage s'appuie sur la prise en soin d'un patient par le stagiaire, choisit par ce dernier. L'idée générale partagée des acteurs est la mise à jour, du suivi des soins selon une chronologie liée à l'évolution clinicothérapeutique en lien avec un projet thérapeutique pluridisciplinaire. Cet outil qu'est le parcours du stage renforce les possibilités d'une réflexion sur l'action qui peut s'appuyer sur des traces du des débriefings antérieurs inscrites sur le schéma cible.

Le contexte de l'étude

Il s'est construit autour d'une démarche d'échantillonnage théorique. La variation des situations professionnelles que nous avons explorée par fragments lors des débriefings avait pour but de collecter des données empiriques, afin de « *favoriser l'émergence et la construction de la théorie* » (Guillemette, Luckerhoff, 2009). Démarche qui nous a porté à formuler progressivement l'existence situation professionnelle de soin à visée de professionnalisation et /ou de réhabilitation et d'un objet du soin, entités que chercheraient à contrôler le stagiaire en partenariat avec le patient.

Par ailleurs, pour avancer dans la construction de la théorie afin de la documenter concomitamment par des matériaux empiriques, nous avons utilisé une étude idiographique. Le but étant d'appréhender le plan de l'activité qui régit des soins individualisés où nombre de variables sont présentes et interconnectées, « *Le domaine idiographique est ainsi focalisé sur le particulier et l'individuel. (...) les études idiographiques relèvent de la préoccupation de comprendre des significations plutôt que du projet de formuler des lois causales* » (Smith et al. cités dans Leplat, 2002).

Dans l'étude des cas (qui en comporte 6), deux sujets en sont les protagonistes, le stagiaire et le patient (et l'épouse du patient dans le cas n°6). L'histoire est relatée par le stagiaire qui nous donne à voir le déroulement temporel et les observables du cas, par l'intermédiaire de ses expériences-vécues

Le cas n°1 en rapport avec la prise en soins d'une personne souffrant d'un Accident Vasculaire Cérébral (A.V.C.)

Le premier cas est complexe parce qu'il rend compte d'un exercice qui consiste à décrire et commenter les choix et leur priorisation qui se sont opérés lors de deux premières semaines de soins en massokinésithérapie, deux différences importantes avec les cas précédents. Les évocations ont été centrées de manière très prégnante sur la base d'un écrit qui a servi de fil conducteur à l'entretien. Le stagiaire préparait son mémoire de fin de formation, lors du débriefing nous échangeons à partir de ses premières formalisations d'objectifs.

Nous avons réalisé 5 entretiens portant sur la même prise en soin (durée de l'entretien environ 1 heure), 1 schéma-cible et 5 outils de recensions associés ont été mobilisés.

Les cas n°2 et 3 en rapport avec la prise en soin d'un jeune traumatisé crânien

Ils présentent une complexité dans la prise en soin parce que le stagiaire ne peut compter sur un support suffisant en savoirs/connaissances sur le plan des techniques massokinésithérapiques. Il se trouve dans l'obligation de prendre en compte un champ d'activités clinicothérapeutique en lien avec la neuropsychologie. Viennent se greffer la peur de la chute que son patient et lui-même ressentent et les troubles sévères de la mémoire dont souffre le jeune patient qui désarçonnent le stagiaire.

Nous avons réalisé 4 entretiens portant sur la même prise en soin (durée de l'entretien environ 1 heure), 1 schéma-cible et 1 outil de recension associé ont été mobilisés.

Les cas n°4 et 5 en rapport avec un patient diabétique amputé d'un membre inférieur

Ils exposent des techniques massokinésithérapiques avec une description technique bien campée, la relation thérapeutique au patient n'est pas absente, elle développée au travers de la décision massokinésithérapique partagée en rapport avec l'apparition de douleurs lombaires (l'arrivée d'un nouvel objet du soin), ces dernières vont obliger la stagiaire à modifier fortement son plan de soin. Nous avons voulu explorer les effets de la modification de l'état clinique du patient sur les activités clinicothérapeutiques de la stagiaire et ce, afin de distinguer ce qu'était un remodelage de la situation professionnelle par la survenue d'un nouvel objet du soin.

Nous avons réalisé 4 entretiens portant sur la même prise en soin (durée de l'entretien environ 1 heure), 1 schéma-cible et 1 outil de recension associé ont été mobilisés.

Le cas n°6 en rapport avec patient tétraplégique

Il sort du cadre de la massokinésithérapie pour s'ouvrir aux soins infirmiers et sur la prévention de complications cutanées survenues dans le service de médecine physique et de réadaptation. Ce sont là des caractéristiques situationnelles que nous avons voulues explorer. Nous avons choisi un extrait du discours du stagiaire portant sur une dimension bio-psycho-sociale des soins relatant les rapports difficiles entre un patient et une équipe soignante ; le

stagiaire se trouve inclus dans l'équipe soignante, le "nous" est utilisé par le stagiaire de manière préférentielle lors du débriefing.

Nous avons réalisé 3 entretiens portant sur la même prise en soin (durée de l'entretien environ 1 heure), 1 schéma-cible et de 3 outils de recensions associés ont été mobilisés.

Traitement

Il s'est porté sur la narration que nous avons considérée comme constituée d'une série d'événements liés aux tâches, ou d'extraits, chacun d'eux porteurs d'un sens rattaché à une thématique/motif du soin. Le découpage de la narration s'effectue en utilisant le repérage d'une « *cohérence sémantique* » autour d'un « *thème unique* » (Boissonnat, 1988).

Chaque extrait se distingue tout en se positionnant par rapport aux autres extraits qui l'entourent par des traits démarcatifs « *signalant l'ouverture et la clôture* » de l'extrait (Boissonnat, 1988).

Nous avons considéré que les thématiques ou motifs du soin relevait de tâches collectives en lien avec le projet thérapeutique et comportant des dimensions pluridisciplinaires. Nous avons segmenté l'extrait en fonction des buts d'action que nous avons relevé. Nous avons introduit le schème d'action comme analyseur, chacun d'eux représentant une tâche réalisée par le stagiaire.

L'utilisation du schème d'action comme producteur de tâche a permis d'extraire un concept(s) pragmatique(s) ou « *invariant opératoire* » (Pastré, 2011) donnant accès à une compréhension de l'organisation de l'action au sein de la tâche. L'avancée du traitement nous a porté à inclure la notion de concept organisateur (Pastré, 2011), comme vecteur d'une fonction, celle « *d'orienter l'action en fondant un diagnostic de situation* » (Pastré, 2011), entrouvrant ainsi une compréhension du fonctionnement de la situation professionnelle de soin.

L'utilisation du schème comme conducteur du blending est mis en œuvre par une retranscription des inférences en champ expérientiels mobilisés lors de la phase d'élaboration perceptive. Un examen des inférences de leur rattachement avec l'un ou l'autre des acteurs, et de leur contenu en termes de champs expérientiels est la première étape du traitement.

Le champ expérientiel est une partition du champ d'expérience, à titre d'exemple et de manière non exhaustive, en rapport avec les pratiques du soin nous avons établi en testant leur pertinence ceux de la corporéité, de la technique instrumentale, de la technique de guidage et d'accompagnement relationnel.

Le traitement se poursuit par le repérage des assemblages des inférences de l'un et de l'autre, rattachées par le prisme d'un champ expérientiel particulier. Les inférences qui participent du schème d'action donnent à voir des fragments de conduites des acteurs. Un recouvrement des fragments de conduites est identifiable par l'imbrication des inférences au travers d'un champ expérientiel.

À ce premier constat on adjoint un deuxième niveau de traitement, celui d'un degré de dépendance entre des fragments de conduites du stagiaire et du patient, nous appliquons ce concept en effectuant une réduction entre tâche et fragments de conduite.

Le degré de dépendance donne à voir que les fragments de conduite qui compose la tâche « *peuvent être soit totalement* » indépendants des uns des autres, soit dépendants, soit interdépendants c'est-à-dire mutuellement interdépendants (Barthe, & Quéinnec, 1999).

Interprétations portant sur l'objet de recherche

L'objet du soin est inséré dans une situation de handicap celle du patient. Le traitement nous a porté concevoir une transcription de l'objet du soin comme représentatif d'une dimension de la situation du handicap. Nous avons utilisé Classification Internationale du fonctionnement, du Handicap et de la santé (CIH-2). La taxonomie de la CIH-2 comporte 4 dimensions génériques qui permettent de décrire des états de santé en lien avec l'objet du soin : une fonction de l'organisme, une structure corporelle, des activités et participation et des facteurs environnementaux les « *facteurs environnementaux doivent être codés du point de vue de la personne dont on veut décrire la situation* » (Organisation mondiale de la Santé, 2000).

L'objet du soin se situe entre les systèmes d'activité des acteurs et sa mise en travail relève d'une tâche collective constituée elle-même, de tâches effectives de chacun des acteurs, reliées par des buts avec l'idée directrice que ; « *plus qu'un partage de buts communs, c'est plutôt une interdépendance entre des buts distincts* » (Venturini, 2012).

Le stagiaire produit des interprétations qui permettent de penser la transformation de l'objet du soin au moyen d'un concept organisateur "partager avec un patient".

Pour l'élaboration de la représentation de l'objet du soin dans la situation de handicap, c'est le "partager une convergence de vue" avec le patient sur la composition de l'objet du soin qui est mobilisé par le stagiaire. Est-ce, cet objet qui est à traiter ? Est-il en rapport avec les attentes, les besoins du patient demandeur ?

Pour l'élaboration de la représentation de l'objet du soin en tant qu'interface des systèmes d'activité, c'est le "partager d'une tâche collective" qui est interrogé par le stagiaire. Est-ce que la transformation de l'objet est envisageable, avec le concours du patient ? Ce dernier est-il en capacité de participer à la mise en travail de l'objet et dans quelle mesure ?

Lorsque ces deux processus sont menés à leur terme, l'objet du soin se transforme en Objet Clinique à Partager (OCP). Cette modification complexe est le résultat d'une conceptualisation dans l'action.

Les principaux résultats

Les stagiaires avec la collaboration de leurs patients ont créé, produit des OCP dans 5 cas sur 6 (Tableau 1).

Tableau 1 : des transformations de l'objet du soin en fonction des cas

Les cas	Objet du soin	Objet Clinique à Partager (OCP)
N°1	Les articulations de l'hémicorps droit hémiplégique	Les mobilités et le cas échéant les douleurs des articulations de l'hémicorps droit hémiplégique
N°2	Les capacités d'équilibration	La récupération/préservation des capacités d'équilibration
N°3	La prise de décision	Non réalisé
N°4	la région lombaire et ses rapports avec la marche appareillée	les douleurs de la région lombaires
N°5		les douleurs de la région lombaire et les limitations fonctionnelles provoquées
N°6	l'état cutané chez un patient tétraplégique	la prévention des complications de l'état cutané chez un patient tétraplégique dans le maniement d'un lève-personne mobile

L'étude de cas N°3 voit le stagiaire (et le patient) qui échouent à réaliser un OCP (à partir d'un objet du soin que le stagiaire a su identifier). Cet échec peut s'expliquer par le fait que l'objet du soin, la prise de décision, se situe aux marges voire au-delà du champ de compétences du masseur-kinésithérapeute en termes de bilan et de traitement.

Dans les autres études de cas les objets du soin détectés ont tous été transformés, en OCP.

L'étude de cas N°6 présente une singularité, l'OCP n'est pas partagé avec le patient mais avec l'aidante ou épouse du patient, celle-ci a permis que le stagiaire (et l'équipe de soin) soient en mesure de transformer l'OCP via l'utilisation adéquate d'un lève-personne mobile.

Une discussion conclusive

L'objet du soin et sa transformation en OCP révèle une forme d'évolution des situations professionnelles de soin à visée de professionnalisation et /ou de réhabilitation et l'existence d'une conceptualisation dans l'action au cours du stage par le stagiaire dans ses interactions avec le patient. La réussite du stage sur le plan de la professionnalisation serait certainement

due en partie à la construction par le stagiaire de l'OCP et qui dépendrait de sa capacité à faire collaborer le patient.

L'utilisation du concept organisateur par le stagiaire lui permettrait de contrôler la mise en œuvre et l'évolution de la situation professionnelle de soin, un aspect d'un modèle opératif du stagiaire a sans doute ici été dévoilé.

L'évolution de la situation ne conduit pas nécessaire à un schéma type idéal qui verrait, une progression concomitante et harmonieuse des deux processus de développement, que sont la professionnalisation et la réhabilitation, même dans le cas où un OCP les relierait. Ainsi dans l'étude n°6, le processus de réhabilitation se dégrade, faisant suite à une complication cutanée chez le patient, néanmoins le processus de professionnalisation se développe car le stagiaire apprend à utiliser dans cette situation, un processus d'enquête, une anamnèse psychosociale. Nous découvrons que l'OCP est la résultante d'une tâche collective à laquelle le patient n'a pas participé, c'est une autre personne, l'aidante familiale qui par son activité fait émerger l'OCP. Il en ressort que toutes les configurations évolutives sont à explorer parce que les acteurs qui les composent peuvent être divers dans leur participation.

La création d'un OCP ne pourrait se réaliser qu'à partir d'un objet du soin qui entre dans le champ des compétences professionnelles du stagiaire, dans le cas n°3, l'objet du soin la prise de décision appartient au champ de compétence de la neuropsychologie, le stagiaire en massokinésithérapie détecte l'objet du soin néanmoins mais sans pouvoir agir à sa transformation. Parallèlement lors des exercices fonctionnels, les capacités de conscientisation et de réflexivité du patient sont mises à l'épreuve mais sans le succès escompté, les troubles des fonctions supérieures entravent le processus de réhabilitation.

La participation du patient à la tâche commune peut être rendue impossible par le fait d'une pathologie de son évolution qui ôte au patient toute activité ciblée en direction d'un objet du soin perçu que par le stagiaire.

La limite de l'étude résulte du nombre de cas étudiés, il faudrait pouvoir multiplier les études afin de stabiliser les modélisations de la situation professionnelle de soin, des deux processus qui l'accompagnent et du concept organisateur, que nous avons qualifié ; partager avec le patient.

Il serait intéressant d'inclure à l'avenir le système d'activité du tuteur afin d'entrevoir son rôle dans la mise en œuvre de la situation professionnelle de soins à visée de professionnalisation et/ou de réhabilitation et sa participation dans la transformation de l'objet du soin en objet clinique à partager.

Bibliographie

- Auclin, A. (2001). Compétence discursive et co-occurrence d'affects : "blends expérimentiels" ou (con) fusion d'émotions ? *Communication présentée aux Actes du Colloque international de Grenoble*, 1-24.
- Bessonnat, D. (1988). Le découpage en paragraphes et ses fonctions. *Pratiques*, 57, 81-105.
- Bouleuc, C., & Poisson, D. (2014). La décision médicale partagée. *Laennec*, 62(4), 4-7.
- Chilotti, P. (2015). La formation des infirmiers : Construire l'expérience par l'analyse réflexive. Paris, De Boeck Supérieur, 113-131.
- Dutoit, M. (2015). Agir sur la délibération d'autrui : un enjeu de la figure de l'accompagnement dans un dispositif d'entraide en santé mentale. Paris, De Boeck Supérieur, 95-110.
- Flora, L. (2013). Le patient formateur dans le système de santé : méthodologie de recherche dans le cadre d'une thèse en sciences de l'éducation. *Recherches qualitatives*, 15, 166-185.
- Fougeyrollas, P. (1986). Processus de production du handicap et lutte pour l'autonomie des personnes handicapées. *Anthropologie et Sociétés*, 10(2), 183-186.
- Guillemette, F., & Luckerhoff, J. (2009). L'induction en méthodologie de la théorisation enracinée (MTE). *Recherches qualitatives*, 28(2), 4-21.
- Haute Autorité de Santé (2013) Patient et professionnels de santé : décider ensemble Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée » État des lieux. Paris : HAS.
- Leplat, J. (2002). De l'étude de cas à l'analyse de l'activité. *Pistes*, 4(2), 1-31.
- Lyonnaz, P. (2009). Les compétences du kinésithérapeute-tuteur hospitalier lors de l'évaluation d'un stagiaire par mise en situation clinique. *Mémoire: Licence STS: Nantes*.
- Mayen, P. (2007). Quelques repères pour analyser les situations dans lesquelles le travail consiste à agir pour et avec un autre. *Recherches en Éducation*, n°4, 51-64.
- Olry, P. (2012). La situation professionnelle: entre invariance et perspective? *Phronésis*, 1(1), 68-84.
- Olry, P. (2015). Le soin kinésithérapique : une coproduction entre geste et parole. Paris, Edition De Boeck Supérieur, 55-93.
- Organisation mondiale de la Santé. (2000). Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. CIH-2, projet final.

Owen, C. (2008). Analyser le travail conjoint entre différents systèmes d'activité. *Activités*, 5(2), 70-89.

Perrenoud, P. (2001). Articulation théorie-pratique et formation de praticiens réflexifs en alternance. Paris, Editions Seli Arslan.

Pétré, B., Scholtes, B., Voz, B., Ortiz Halabi, I., Gillain, N., Husson, E., ... & Bragard, I. (2018). L'approche patient partenaire de soins en question. *Revue Médicale de Liège*.

Barthe, B., & Quéinnec, Y. (1999). Terminologie et perspectives d'analyse du travail collectif en ergonomie. *L'année psychologique*, 99, 663-686.

Site solidarités santé(2022) Parcours de santé, de soins et de vie. Une approche globale au plus près des patients. <https://solidarites-sante.gouv.fr>

Sonntag, M. (2002). Outil de figuration des représentations dans l'analyse des pratiques professionnelles. *Revue Française de Pédagogie*, n° 138, 29-38.

Venturini, P ; (2012). Action, activité, « agir » conjoints en didactique : discussion théorique », *Éducation & didactique*, 1(6), 127-136.