

Simulation et comportements des kinésithérapeutes

Anne Bisserier, Kinésithérapeute, Ilumens, Hôpital cochin - SOFRASIMS - 15 Juin 2017

S'interroger sur le comportement des kinésithérapeutes lors d'une simulation conduit à réfléchir sur leur processus d'apprentissage professionnel dont les spécificités sont liées à l'adulte apprenant, aux caractéristiques de leur formation initiale et continue, aux enjeux pédagogiques.

La formation des kinésithérapeutes est centrée sur *l'apport de connaissances* sans liens entre elles et leur contrôle. Elle propose des prises en charge standardisées « clé en main » sans mettre l'accent sur les variables du patient (antécédents, évolution de la maladie...). L'apprentissage *pratique* se porte sur les modalités techniques, expérimentées *entre apprenants*. Le stage met le kinésithérapeute en contact avec la réalité du patient. Celui-ci observe sans entrainer une action, ou copie ce qui est appris ou pratiqué. Les liens systémiques entre les fondamentaux de la kinésithérapie et la démarche de soins sont loin d'être naturels. Les échanges techniques et professionnelles se concentrent lors de congrès.

Le kinésithérapeute en simulation révèle des changements dans ses jugements, sentiments, connaissances ou habiletés (1). Ces derniers sont causés par l'écart entre le cas clinique théorique et le cas virtuel, mais également par le décalage procédural entre les façons habituelles de faire et celles sollicitées. L'expérience des participants y est décrite comme ambivalente (2). Dubey évoque également un «*no man's land*», de l'expérience en simulation qui ne correspond ni totalement à une situation de formation, ni à une situation de travail (3).

« l'erreur est appréhendée au mieux comme une perle pour en rire par l'observateur et pour l'acteur, comme une faute souvent mal vécue et sanctionnée »(4). Ils s'expriment par des sensations de plaisir ou de déplaisir avec des modifications physiologiques et somatiques (5). Or les expériences de l'adulte, qui sont un des déterminants identitaires, le mettent en confiance(6). Le ressenti déplaisant de la mise en situation rend moins réflexif et moins interactif (7).

Le débriefing est le moment de " la mise en mots et en perspective de l'action " (Clot 2000), situation inhabituelle pour les kinés.

La démarche de soins relève le plus souvent de processus intuitifs sur un mode hypothéticodéductifs (8).

Le kinésithérapeute en formation n'exploite pas sa capacité à utiliser son bagage expérientiel.

Les états subjectifs de la personne interagissent avec les conditions de la simulation.

Les émotions influencent l'action (9), les compétences (10) par les variables émotionnelles (sentiment d'efficacité personnelle, sentiment d'impuissance, la satisfaction...) (11).

3 types d'émotions sont identifiées : les fondamentales en réaction à un événement extérieur ou imaginaire (peur de mal faire, d'être regardé, jugé, de décevoir par rapport à son idéal du moi, image du moi menacée...), les consécutives à l'image que l'on a de la conscience de l'autre (méfiance) et celles issues de la conscience de soi face au regard de l'autre (honte, timidité)

le stress vécu lors de la simulation conditionne des réactions au changement des apprenants (12), (13).

Bibliographie

1-Chickering, A.W. (1977). *Experience and learning: An introduction to experiential learning*. New Rochelle (NY): Change Magazine Press.

2-Dieckmann, Peter PhD; Gaba, David MD; Rall, Marcus MD. *Deepening the Theoretical Foundations of Patient Simulation as Social Practice Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare: Fall 2007 - Volume 2 - Issue 3 - pp 183-193*

3-Dubey, G. (1997). *Faire "comme si" n'est pas faire. La simulation en Ergonomie : connaître, agir, interagir*. Béguin, P., A. Weill-Fassina (eds.), Octarès, Toulouse.

4-Giordan, A. *Apprendre* Edition Belin 1998,, édition Belin, 2016

5-Mandler G. (1975). *"Mind and Emotion"*. New York: Wiley. Reprint edition Melbourne,Florida

6-Knowles, m. 1975. *Self-Directed Learning : a Guide for Learners and Teachers*. New York, Association Press.

7-Dewey, J. (1938). *Expérience et éducation*. Paris: Armand Colin.

8-Nendaz, M., Charlin, B., Leblanc, V. et Bordage, G.
Le raisonnement clinique: données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. *Pédagogie médicale* 2005; 6 (4): 235-254

9-Bokaerts, M., & Nenniger, P. (1999). *Introduction*. *European Journal of Psychology of Education*, 14, 1, 3-9.

10-Gendron B. (2007), *Des compétences émotionnelles au capital émotionnel : une approche théorique relative aux émotions*, *Cahiers du Cerfee*, n°23, p. 9-55. ISBN 978-2-84269-796-9.

11-Cahour B. (2010), « *Émotions, affects et confort comme nouveaux déterminants de l'activité et de l'usage* », in G. Valléry, M. Zouinar, M.-C. Leport (eds). *Ergonomie, conception de produits et services médiatisés*, puf, coll. « *Le travail humain* ».

12-Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer.

13-Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., Bourgeois, M.L.. *Stress et coping : un modèle intégratif en psychologie de la santé*. *Annales Médico Psychologiques* 161 (2003) 809-815