

Titre : Recherche exploratoire comparative sur le Raisonnement Clinique chez les étudiants en kinésithérapie de KP3 et KP5.

Noms et Prénoms : CHAPLET Paul

Directeur du mémoire : CHERVIN Jacques

IFMK : Ecole Nationale de Kinésithérapie et de REeducation (ENKRE)

Nombre de mots : 78950

Introduction : le raisonnement clinique est un domaine de recherche qui évolue avec l'intérêt des professionnels pour comprendre leur raisonnement. Quelles que soient les compétences techniques d'un professionnel, les gestes sont réfléchis pour atteindre un objectif établi avec le patient. L'impact du raisonnement clinique réside dans sa capacité à permettre au professionnel de proposer un choix éclairé de prise en charge aux patients et donc de jouer un rôle vers sa guérison. Du béhaviorisme au paradigme interprétatif en passant par le cognitivisme. Notamment avec des axes de recherche sur l'organisation et l'accès aux connaissances (schéma, prototypes, script...), ainsi que les processus de raisonnement (analytique et non analytique). Durant la formation kinésithérapique, ce raisonnement se construit à partir de 11 compétences à acquérir. Celles-ci, permettent aux étudiants de valider leurs formations kinésithérapiques et devenir donc professionnel de santé. L'un des objectifs du 21^{ème} siècle en recherche du raisonnement clinique, est d'apprendre et enseigner le raisonnement aux étudiants. Nous pensons qu'il est indispensable d'essayer de comprendre le raisonnement des étudiants. L'objectif de ce travail de recherche est donc de comprendre comment les étudiants de KP3 (deuxièmes années) et KP5 (quatrièmes années) élaborent leur raisonnement clinique selon le modèle d'Edwards et al. (2004) dans la prise en charge d'une patiente chuteuse.

Méthode : Nous avons mené une recherche qualitative phénoménologique. Un cas clinique progressif sous forme de jeu de rôle couplé à un entretien semi-directif (avec guide) a été mené avec 8 étudiants. Quatre deuxièmes années (KP3) et quatre dernières années (KP5). Une carte conceptuelle a été construite par chaque étudiant à la fin de l'entretien. Nous avons choisi les stratégies de raisonnements (raisonnement diagnostic/narratif, collaboratif/procédural et prédictif) d'Edwards et al. (2004) comme prisme pour étudier le raisonnement. Enfin, après retranscription nous avons catégorisé les entretiens.

Résultats : les résultats suggèrent que tous les étudiants élaborent leur séance avec une anamnèse/interrogatoire, un examen et un traitement. Nous distinguons trois profils d'étudiants. Un premier profil d'étudiants de KP5 utilise leurs anamnèses pour réaliser leurs examens cliniques. Le second profil de KP5 a recours à leurs expériences/a priori pour construire leurs examens. D'ailleurs les étudiants du second profil ont une représentation du problème du patient plus floue et une anamnèse moins complète. Enfin le dernier profil de KP3, expriment des difficultés à élaborer leur anamnèse et examen. En revanche, un traitement adapté est proposé pour la plupart des étudiants quelle que soit leur précision de la représentation du problème. De plus, les KP5 développent des compétences retrouvées chez les experts (l'identification du problème à la fin de l'anamnèse, l'importance de l'autonomisation du patient, encourager le patient à résoudre ses propres difficultés et la volonté d'éduquer le patient).

Discussion : Nous ne pouvons pas généraliser nos résultats à l'ensemble de la population d'étudiants de kinésithérapie. En effet, l'échantillon est assez réduit et a été réalisé par participation volontaire, le jeu de rôle peut facilement être inductif, la situation sanitaire de l'an passé à impacté le cursus de formation et donc sûrement le raisonnement des étudiants enfin le statut du chercheur pendant la codification est sujette a biais. Nous avons cependant combiné des méthodes différentes : jeu de rôle, cas clinique progressif, entretiens et carte conceptuelle afin d'avoir les résultats les plus valides et fiables possible dans le cadre de ce travail d'initiation de recherche.

Nos résultats répondent à une question phénoménologique et donc nous amène à réfléchir aux axes d'approfondissement possible. Il nous semble intéressant de comprendre pourquoi les étudiants morcellent leurs anamnèses (au cours de la séance) et s'il y a des raisons qui apparaissent plus que d'autres. De plus, nous pensons que pour aller plus loin il faudrait étudier les méthodes pédagogiques (comme la remédiation) qui aideraient les étudiants à comprendre leur raisonnement et donc à utiliser leur expérience/ a priori.

Conclusion : ce travail de fin d'étude met en évidence la complexité du raisonnement clinique en kinésithérapie. Cette étude suggère que travailler sur la construction du RC permet aux étudiants de définir leurs objectifs à atteindre pendant leur formation et donc de personnaliser celle-ci.

Je soussigne Paul Chaplet n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Bibliographie :

Doody, C., & Mcateer, M. (2002). Clinical Reasoning of Expert and Novice Physiotherapists in an Outpatient Orthopaedic Setting. *Physiotherapy*, 88(5), 258–268. doi: 10.1016/s0031-9406(05)61417-4

Edwards, I., Jones, M., Carr, J., Braunack-Mayer, A., & Jensen, G. M. (2004). Clinical Reasoning Strategies in Physical Therapy. *Physical Therapy*, 84(4), 312-330. <https://doi.org/10.1093/ptj/84.4.312>

Jones, M., Edwards, I., & Jensen, G. (2019). Clinical Reasoning in Physiotherapy. In J. Higgs, M. Jones, S. Loftus., & N. Christensen (Eds.), *Clinical reasoning in the health professions* (pp. 247-260). Edinburgh: Elsevier, Churchill Livingstone.

Jones, M., Jensen, G., & Edwards, I. (2008). Clinical reasoning in physiotherapy In J. Higgs, M. Jones, S. Loftus., & N. Christensen (Eds.), *Clinical reasoning in the health professions* (pp. 245-256). Edinburgh: Elsevier, Churchill Livingstone.

Jonnaert, P. (2009). *Compétences et socioconstructivisme : un cadre théorique*. Armando Editore.

Higgs, J., & Jensen., G (2019). Challenges of Interpretation and Practice in the 21st Century. In J. Higgs, M. Jones, S. Loftus., & N. Christensen (Eds.), *Clinical reasoning in the health professions* (pp. 3-11). Edinburgh: Elsevier, Churchill Livingstone.

Legendre, M. F. (2008). Un regard socioconstructiviste sur la participation des savoirs à la construction du lien social. *Éducation et francophonie*, 36(2), 63-79.

Loftus, S., & Smith, M. (2008). A history of clinical reasoning. In J. Higgs, M. Jones, S. Loftus., & N. Christensen(Eds.), *Clinical reasoning in the health professions* (pp. 205-212). Edinburgh: Elsevier, Churchill Livingstone.

Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2015). *Qualitative research: A guide to design and implementation*. (pp.237-266). John Wiley & Sons.

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

Paucard-Dupont, S., & Marchand, C. (2014). Étude exploratoire du raisonnement clinique chez les étudiants en soins infirmiers à l'aide de la carte conceptuelle. *Recherche en soins infirmiers*, (2), 85-112.

Pietkiewicz, I., & Smith, J. A. (2014). A practical guide to using interpretative phenomenological analysis in qualitative research psychology. *Psychological journal*, 20(1), 7-14.

Resnik, L., & Jensen, G. M. (2003). Using clinical outcomes to explore the theory of expert practice in physical therapy. *Physical Therapy*, 83(12), 1090-1106.

Smith, J.A., Flowers, P., & Larkin, M. (Eds.). (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis Theory, Method and Research*. sage.

Wainwright, S. F., Shepard, K. F., Harman, L. B., & Stephens, J. (2010). Novice and experienced physical therapist clinicians: a comparison of how reflection is used to inform the clinical decision-making process. *Physical Therapy*, 90(1), 75-88.