

Dépasser l'horizon avec la simulation au service de la formation en kinésithérapie : place à la subjectivation

Going beyond the horizon with simulation in physiotherapy training: a place for subjectivation

Manuscrit reçu le 7 juillet 2023 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 20 juillet 2023 ; accepté pour publication le 21 juillet 2023

Nous avons lu avec intérêt l'éditorial publié dans le dernier numéro de la revue, intitulé « Les patients simulés sont-ils voués à devenir l'horizon indépassable de la formation médicale ? » [1]. L'auteur y expose la généalogie du recours aux patients simulés dans le domaine de la santé, à partir de laquelle il examine, dans une perspective dialectique, certains enjeux des dispositifs d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation, tels qu'ils sont mobilisés dans la formation médicale.

Par cette lettre, nous souhaitons précisément nous appuyer sur la partie intitulée « Des arguments à examiner dans une perspective dialectique », en considérant les récentes avancées scientifiques en matière de pédagogie des sciences de la rééducation et de la réadaptation, plus particulièrement en kinésithérapie, équivalent terminologique employé en France pour désigner la discipline que les autres pays francophones nomment physiothérapie. De façon plus spécifique, nous souhaitons contribuer à certaines discussions apparues en France depuis que les études en kinésithérapie ont évolué à partir de 2015, suite à une redéfinition de la profession et à une réforme de la formation, qui a intégré la formation en kinésithérapie dans une approche par compétences axée sur la recherche [2-4].

« Une réhabilitation insolite mais bienvenue du caractère crucial de la rétroaction » : un constat partagé en kinésithérapie

L'éditorial argumente en quoi l'avènement de la simulation offre une opportunité pour replacer la rétroaction comme élément indispensable à la supervision clinique et à la progression de l'apprenant dans le domaine médical. Il rappelle que le débriefing, qu'il se déroule en milieu clinique lors des stages ou en milieu académique lors de

simulations, est un moment clé pour soutenir l'apprentissage des étudiants en médecine. Comme en formation médicale, au cours de la formation en kinésithérapie, la rétroaction en milieu clinique est complexe et fait face à des obstacles. Avant la réforme des études de 2015, Balas avait identifié neuf dilemmes professionnels en kinésithérapie [5]. Ces dilemmes professionnels, également appelés conflits ou disputes professionnels [6], sont partie intégrante de l'activité du thérapeute. Parmi ceux identifiés par Balas, le dilemme « ne pas être responsable du stagiaire/assumer le tutorat du stagiaire » n'est pas le moindre. Ainsi, en 2016, Plazolles *et al.* [7] expliquaient que « bien que l'article R.4321-13 du Code de la santé publique précise qu'un masseur-kinésithérapeute puisse participer à des actions de formation initiale ou continue, il n'y [avait] pas de formation spécifique reconnue à ces fonctions d'encadrement en formation initiale en masso-kinésithérapie. »

La réforme des études de 2015 a apporté des modifications importantes à ce sujet en proposant un référentiel de compétences explicitant notamment la compétence 11 : « Former et informer des professionnels en formation ». Ajouté à cela, les sciences de l'éducation sont apparues dans la maquette de formation de façon clairement identifiée. Cette réforme s'inscrit dans un processus d'universitarisation de la formation en kinésithérapie. Guyet souligne que l'arrivée de « nouveaux étudiants » formés dans le cadre d'un curriculum qui adopte une nouvelle maquette de formation nécessite que les superviseurs se forment spécifiquement à leurs nouveaux rôles [8]. Ainsi, on constate qu'à l'instar de la formation médicale, la formation en kinésithérapie comporte des contraintes qui peuvent être analysées comme autant de motifs qui peuvent favoriser le recours à la simulation en santé comme substitut à la supervision clinique lors des stages.

La simulation en kinésithérapie, pensée comme outil de liaison entre les milieux clinique et académique

Un nouveau contexte en France

Nugue Curien et Maleyrot expliquent que l'universitarisation de la formation en kinésithérapie et l'approche par compétences, adoptée à partir de 2015, ont entraîné un éloignement entre le milieu académique et le milieu clinique [9]. Cela est également souligné par le travail de Derouané et Panchout sur la perception de l'accès à la recherche par les kinésithérapeutes, qui fait craindre une division de la profession entre, respectivement, les enseignants-chercheurs détenant les connaissances et les cliniciens détenant le savoir pratique [10]. Cela peut s'expliquer en partie par une particularité administrative française qui rend impossible le recrutement des professionnels concernés sur un statut bi-appartenant – c'est-à-dire à la fois comme enseignants-chercheurs et comme praticiens – dans la section 91 du Conseil national des universités (CNU) pour les disciplines de santé, créée en 2019 pour accueillir les enseignants-chercheurs en sciences de la rééducation et de la réadaptation.

Dans un tel contexte, plusieurs questions émergent. La première consiste à se demander si le recours à la simulation est la manière pertinente et exclusive permettant de légitimer l'expertise clinique d'un enseignant-chercheur recruté en tant que mono-appartenant universitaire au sein de la section 91 du CNU des disciplines de santé. D'autres solutions doivent être envisagées, telles que la création de cliniques pédagogiques en kinésithérapie intégrées aux instituts de formation, à l'image de ce qui est déjà réalisé dans la formation en pédicurie-podologie, ou encore le recrutement de praticiens comme maîtres de conférences associés, statut particulier de l'université française qui permet – et nécessite – le maintien d'une activité professionnelle clinique.

La deuxième consiste à examiner si la simulation n'est pas surtout promise pour compenser le manque de rétroaction souvent observé lors des stages, comme conséquence du fait que certains praticiens n'assument pas complètement leurs rôles de superviseurs cliniques. Si tel est le cas, il convient alors de remettre en question la pertinence d'investir autant de temps et de ressources dans la simulation plutôt que dans la formation à la supervision clinique, que ce soit dès la formation initiale ou dans le cadre de la formation continue.

Une troisième question concerne la conception selon laquelle la simulation serait, comme pour d'autres disciplines, un outil permettant d'éviter, dans un souci d'éthique de la formation, que les premières interventions soient effectuées sur de vrais patients. À cet égard, nous pouvons convenir qu'il y aura toujours une première fois sur un « vrai » patient. Par conséquent, il est souhaitable que cette première expérience se déroule dans un contexte propice à la réussite et à l'apprentissage, qu'il y ait eu ou non une première expérience similaire en simulation. Dans

ce cas également, investir dans la formation en améliorant les conditions de supervision en milieu clinique ne serait-il pas une solution bénéfique ?

Enfin, il convient de se demander si toutes les simulations se valent. En kinésithérapie, Watson *et al.* [11] ont montré l'intérêt d'un programme de simulation en comparaison à un stage. D'autres études, comme celle de Bonin *et al.* [12], comparant une simulation en réalité virtuelle (terme contestable car la réalité n'a rien de virtuel) à un exercice sur une feuille de papier pour entraîner le raisonnement clinique, ont révélé la limite de la simulation en réalité virtuelle. Il est évident que tous les types de simulations ne se valent pas. Les études en pédagogie de la santé devraient permettre aux enseignants de faire des choix éclairés.

Des expérimentations en cours

C'est dans ce contexte et en prenant en compte ces questionnements que des enseignants en kinésithérapie proposent, dans le cadre des expérimentations autorisées par les ministères de tutelle en 2021, une maquette expérimentale mettant une forte emphase sur la mise en situation [13]. Par « mise en situation », ce groupe d'enseignants entend à la fois les activités exploitant le milieu clinique, à travers les stages, et celles qu'il est possible d'organiser en milieu académique, par le biais de simulations, d'analyses des pratiques professionnelles et d'examens cliniques objectifs structurés (ECOS). En affichant cette approche, ils cherchent à (re)créer un lien entre ces deux milieux en utilisant la simulation comme outil. Afin que ce lien existe réellement, ils proposent une cohérence pédagogique entre les deux milieux de formation, incluant le recours :

- à des activités professionnelles fiables (*entrustable professional activities* – EPA) [14–17] ;
- à des experts cliniciens en kinésithérapie pour évaluer les EPA ;
- à des dispositifs de simulation haute fidélité non instrumentale, selon la méthode « sujets/instructions au candidat/mesures/patient/support technique » (SIMPS) [18] ;
- à des méthodes de supervision clinique identifiées comme performantes et pertinentes en fonction du contexte organisationnel, telles que la supervision asynchrone directe ou celles codifiées dans le format de la minute du superviseur, par exemple [19].

La simulation devient alors un outil de professionnalisation permettant de faire vivre des situations variées aux étudiants, des situations rares en milieu clinique, ou encore des situations permettant la confrontation avec de nouvelles situations professionnelles, en fonction des évolutions réglementaires, comme par exemple la situation d'accès direct aux kinésithérapeutes, c'est-à-dire l'accès aux kinésithérapeutes sans avoir consulté au préalable un médecin et sans avoir obtenu de prescription médicale, désormais permis en France par la loi Rist depuis 2023.

Des démarches d'évaluation à diversifier

De façon conventionnelle, on admet que la standardisation est nécessaire lors de l'évaluation sommative en milieu académique, ce qui justifie à la fois le recours aux ECOS [17] et l'emploi d'une grille critériée sous forme de liste de vérification (*checklist*) pour apprécier la performance des étudiants et la coter à l'aide d'un score. Le dispositif consiste en une uniformisation de la situation clinique présentée aux étudiants comme un problème à résoudre dans le cadre d'une EPA. Dans ce système, chaque station d'ECOS correspond à une EPA.

Il est cependant licite d'envisager que la procédure évaluative puisse être moins univoque. Ainsi, pourrions-nous peut-être proposer que le recours à la grille critériée et le calcul d'un score soient conservés uniquement pour des items précis et très peu nombreux, en lien avec la sécurité des soins dans des situations comportant une dangerosité éventuelle pour le patient. Les spécificités de la kinésithérapie offrent à cet égard deux conditions favorables pour l'évolution vers une pratique pédagogique d'évaluation intégrant une part plus qualitative, plus « subjective » d'une certaine manière, au sens où elle s'affranchirait de l'exigence métrologique de la fourniture d'un score, en assumant la pertinence et la fiabilité du jugement global des professionnels experts concernés : la première, en lien avec la réalité professionnelle, est que l'enjeu vital est peu présent dans la pratique quotidienne d'un kinésithérapeute en comparaison à celle d'un médecin ; la seconde, en lien avec le contexte académique, est qu'après la sélection de la première année, il n'y a plus d'exigence de classement des étudiants en kinésithérapie les uns par rapport aux autres, ce qui dispense d'une interprétation à visée normative, contrairement à ce qui est prescrit à la fin de la sixième année des études médicales, sur la base d'une procédure dont les ECOS constituent une part importante.

Le recours à une simple échelle de jugement global, prenant en compte la perception de la confiance que l'examineur accorde à l'étudiant [14,20], pourrait ainsi se substituer dans une proportion significative aux grilles à type de listes de vérification, à charge pour l'évaluateur de rendre ensuite explicite son jugement dans le cadre d'une rétro-action. Il est en l'occurrence établi que, lorsqu'il est comparé à des tâches critériées, standardisées et mesurées à l'aide de listes de vérification, le jugement global des examinateurs lors de l'évaluation en situation de simulation révèle une fidélité comparable mais une validité de construit supérieure [21].

Il nous semble que ces propositions d'utilisation de la simulation dans la formation en kinésithérapie sont de nature à prendre en compte les différentes tensions identifiées dans l'éditorial : « objectivité *vs.* subjectivité, [...] rigueur *vs.* approximation, etc. » [1].

Etienne PANCHOUT* 

Kinésithérapeute, Université d'Orléans, Orléans, France

*Mailto : etiennepanchout@gmail.com

Références

1. Jouquan J. Les patients simulés sont-ils voués à devenir l'horizon indépassable de la formation des professionnels de la santé ? *Pédagogie Médicale* 2023;24:69-75.
2. Gatto F, Vincent S, Michel S. Pourquoi la nouvelle formation initiale des kinésithérapeutes est une formation « à et par la recherche » multi-référentielle (qualitative et quantitative), indispensable pour une professionnalisation de qualité et pour une approche globale des patients ? *Kinésithérapie, la Revue* 2016;16:24-31.
3. Michon D. D2 – Une réforme de la formation au service du développement des compétences implique l'évolution des pratiques pédagogiques. *Kinésithérapie, la Revue* 2016;16:43-4.
4. Panchout E, Panchout Doury F, Launay F, Kamin G, Belliot A, Couillandre A. Modélisation complexe de la maquette de formation de masseur-kinésithérapeute : un outil de compréhension et de support à l'organisation pédagogique universitaire de la formation en masso-kinésithérapie. *Kinésithérapie, la Revue* 2019;19:12-8.
5. Balas S. Transmettre un métier ? L'exemple des masseurs-kinésithérapeutes. Biennale internationale de l'éducation. Conservatoire national des Arts et Métiers, Paris 5 juillet 2012. « Peut-on transmettre ? Transmissions, continuités et ruptures dans les formations professionnelles supérieures », Colloque des partenaires proposé par le réseau Ingenium, 2012 [On-line] Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00790594>.
6. Clot Y. Travail et pouvoir d'agir. Paris : PUF, 2014.
7. Plazolles M. Les pratiques d'encadrement des « tuteurs de stage » en masso-kinésithérapie. *Kinésithérapie, la Revue* 2016;16:2-8.
8. Guyet D. Raisonnement clinique et universitarisation de la formation initiale en masso-kinésithérapie : Quand les nouveaux étudiants vont pousser les tuteurs à se former. *Transformations – Recherches en Education et Formation des Adultes* 2020;1:33-51.
9. Nuge Curien F, Maleyrot E. L'évaluation des compétences de l'étudiant en masso-kinésithérapie : tensions chez les tuteurs de stage. *Kinésithérapie, la Revue* 2020;20:11-8.
10. Derouané M, Panchout E. Questionner les opinions, ressentis et avis des kinésithérapeutes sur l'accès à la recherche et au doctorat. Analyse de 20 entretiens semi-directifs. Communication orale lors du Congrès international francophone pour les étudiant.e.s en physiothérapie et kinésithérapie (CIFEPK), Tours, 2022 [On-line]. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/361099401_Derouane_Mathilde_et_Etienne_Panchout_Questionner_les_opinions_resentis_et_avis_des_kinesitherapeutes_sur_l'accès_direct_en_kinesithérapie_Analyse_de_21_entretiens_semi-directifs_Presente_a_CIFEPK_To.
11. Watson K, Wright A, Morris N, McMeeken J, Rivett D, Blackstock F, *et al.* Can simulation replace part of clinical time? Two parallel randomised controlled trials. *Med Educ* 2012;46:657-67.
12. Bonnin C, Pejoan D, Ranvial E, Marchat M, Andrieux N, Fourcade L, *et al.* Immersive virtual patient simulation compared with traditional education for clinical reasoning: a pilot randomised controlled study. *J Vis Commun Med* 2023;46:66-74.
13. Panchout E, Launay F, Belliot A, Miguel F, Pierru-Charantenay A, Doury-Panchout F, *et al.* Nouvelle maquette de formation en kinésithérapie de l'École universitaire de Kinésithérapie Centre-Val de Loire à l'Université d'Orléans : dispositifs pédagogiques et perspectives. *Kinésithérapie, la Revue* 2023;23:11-7.

14. Duveau M, Provost J, Launay F, Belliot A, Doury Panchout F, Panchout E. Communications orales. Les activités professionnelles fiables pour évaluer les compétences en kinésithérapie : une première en France. *Pédagogie Médicale* 2022;23:S92-3.
15. Ten Cate O, Chen HC, Hoff RG, Peters H, Bok H, van der Schaaf M. Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. *Med Teach* 2015;37:983-1002.
16. Ten Cate O, Taylor DR. The recommended description of an entrustable professional activity: AMEE Guide No. 140. *Med Teach* 2021;43:1106-14.
17. Provost J, Duveau M, Launay F, Belliot A, Panchout E. Communications orales. Examen clinique objectif structuré (ECOS) en kinésithérapie en France : présentation d'un blueprint en lien avec le concept des activités professionnelles fiables. *Pédagogie Médicale* 2022;23:S98-9.
18. Burnier I, Launay F, Duveau M, Gosset M. Formalisation de la scénarisation d'un dispositif de formation avec patients simulés : la méthode SIMPS (Sujets/Instructions au candidat/Mesures/Patient/Support technique). *Pédagogie Médicale* 2023;24:103-13.
19. Pelaccia T. Comment mieux superviser les étudiants en sciences de la santé dans leurs stages et dans leurs activités de recherche ? Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 2018.
20. Gofton WT, Dudek NL, Wood TJ, Balaa F, Hamstra SJ. The Ottawa Surgical Competency Operating Room Evaluation (O-SCORE): a tool to assess surgical competence. *Acad Med* 2012;87:1401-7.
21. Igen JS, Ma IW, Hatala R, Cook DA. A systematic review of validity evidence for checklists versus global rating scales in simulation-based assessment. *Med Educ* 2015;49:161-73.

Citation de l'article : Panchout E. Dépasser l'horizon avec la simulation au service de la formation en kinésithérapie : place à la subjectivation. *Pédagogie Médicale* 2023;24:211-214