

De la nécessaire articulation entre une formation théorique et une formation pratique. Présentation d'un dispositif pédagogique réflexif en contexte de stages cliniques

*Linking theoretical education and practical training.
Presentation of reflexive pedagogical device in clinical settings*

Viviane VIERSET¹, Mariane FRENAY², Denis BEDARD³, Didier GIET⁴

¹ Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'Université de Liège, Intervention pédagogique au Centre hospitalier universitaire de Liège, Belgique

² Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'Université catholique de Louvain, Belgique

³ Faculté d'éducation. Centre d'étude et de développement pour l'innovation technopédagogique (CEDIT). Université de Sherbrooke, Canada

⁴ Faculté de médecine, Département universitaire de médecine générale (DUMG) et Institut de formation et de recherche en enseignement supérieur (IFRES), Université de Liège, Belgique

Manuscrit reçu le 2 novembre 2014 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 5 juin 2015 et le 28 février 2016 ; accepté pour publication le 8 mars 2016.

Mots-clés

Stages cliniques ;
posture
d'apprentissage ;
accompagnement
réflexif ; apprentissage
et enseignement
contextualisés
authentiques ;
apprentissage du
raisonnement
clinique ;
apprentissage de la
communication
clinique

Résumé – Problématique et contexte : La formation clinique au département de gynécologie-obstétrique (G-O) constitue le centre du projet pédagogique mis en place avec les stagiaires de 3^e master et les médecins qui les accompagnent. Bien que la formation théorique soit organisée majoritairement sous la forme d'apprentissage par problèmes, d'apprentissage du raisonnement clinique et d'apprentissage à la résolution de problèmes complexes, le transfert des apprentissages n'est pas organisé sur le parcours des stages. Or, par essence, les stages cliniques correspondent au lieu de résurgence optimal des savoirs acquis et de leur mobilisation dans une logique de développement des compétences professionnelles. **Objectif :** Décrire la planification, l'implantation et la validation initiale d'un dispositif pédagogique innovant, visant à optimiser le parcours de stage en G-O d'étudiants en cours de M3, et notamment à favoriser l'articulation entre les lieux d'apprentissage *in vitro* (en milieu facultaire) et *in vivo* (en terrain clinique), et le développement de compétences dans la perspective d'une pratique réflexive. **Méthodes :** Planifié dès 2008-2009 dans le cadre de la formation clinique des stagiaires de 3^e master au sein du département de G-O, ce travail d'implantation a été précédé de deux analyses, l'une concernant les besoins nécessaires à la profession (compétences professionnelles) et l'autre, les besoins des acteurs du terrain pédagogique clinique (stagiaires et superviseurs).



Afin de répondre aux besoins évoqués tout en poursuivant l'objectif global du projet, le cadre conceptuel de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques (AECA) est proposé en tant que source de régulation du dispositif questionnant les situations vécues par l'apprenant ainsi que les postures d'apprentissage et d'accompagnement réflexifs. **Résultats :** Tout en répondant à certains critères de l'AECA, le dispositif réflexif installé vise l'articulation entre les lieux de formation et propose une réponse à la plupart des besoins identifiés lors des deux analyses préliminaires.

Keywords

Clerkship;
postures of learning
and reflexive
supports, authentic
contextualized
situations; learning
of clinical reasoning;
learning of clinical
communication;
learning of the
reflexive practice;
transfer learning

Abstract – Background and context: Clinical training in the Obstetrics and Gynecology (OB/GYN) department was the setting for the educational project implemented with undergraduate students and their supervisors. **Problem:** Though the OB/GYN theoretical module is mainly based on methods such as problem-based learning (PBL), clinical reasoning and complex problem solving, knowledge is not fully transferred during clerkships. Yet, clerkships are an optimal time when acquired knowledge can be put to use to develop professional competences. **Objectives:** To describe the planning, implementation and initial validation of innovative educational measures designed to provide OB/GYN clerks completing their M3 degree with optimal clerkship conditions, to foster linkages between *in vitro* (faculty context) and *in vivo* (clinical context) learning and to develop competences leading to a reflective practice. **Methods:** The new educational method planned in 2008-2009 was preceded by 2 analyses. The first one focused on the needs of professionals (professional competences) and the second addressed the needs of clerks and supervisors. The criteria for the contextualized and authentic learning and teaching (apprentissage de l'enseignement contextualisé authentique or AECA) framework were used to analyze clerk experiences in clinical settings as well as learning attitudes and support. **Results:** The new educational method that was developed to link the various training aspects meets AECA criteria and most of the needs identified.

Contexte et problématique

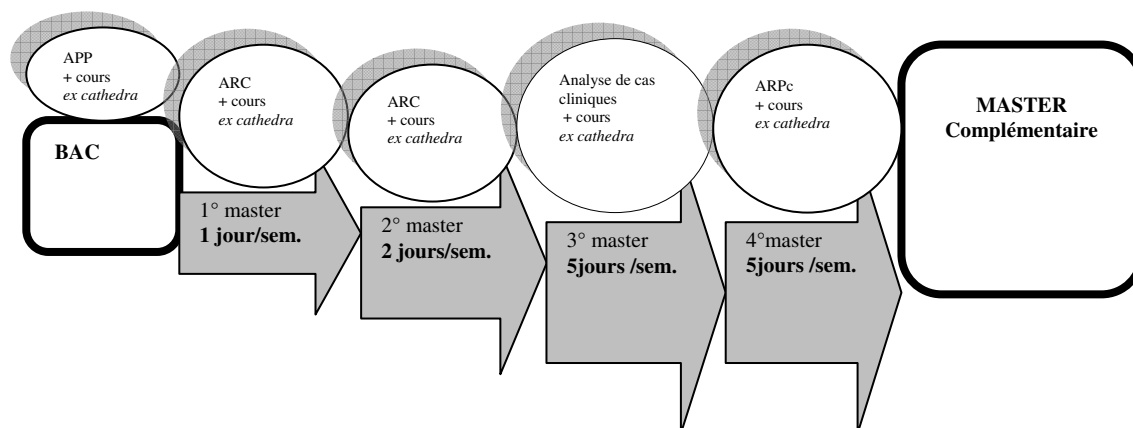
La faculté de médecine de l'Université de Liège a initié il y a une quinzaine d'années un processus de révision curriculaire important en introduisant des méthodes de pédagogie active dès le premier cursus d'études médicales (nommé « bachelier »). Les premières insertions des étudiants en milieu clinique authentique sont organisées lors des stages du deuxième cursus (nommé « master »).

Dans le contexte de la faculté, lors des séances de travail en groupes restreints telles que les séances d'apprentissage par problèmes (APP), les séances d'apprentissage du raisonnement clinique (ARC) et les séances d'apprentissage à la résolution de problèmes complexes (ARPC) l'enseignant adopte une posture de tuteur^[1]. Cette posture d'accompagnement est centrée sur la réflexivité, en proposant aux

étudiants de questionner une situation clinique et de se positionner vis-à-vis d'un diagnostic préférentiel, tout en formulant des objectifs d'apprentissage à atteindre pour résoudre un problème. L'étudiant est donc invité à adopter, lui aussi, en réponse à la posture empruntée par le tuteur, une posture personnelle réflexive pour faciliter la construction de ses apprentissages, avec le soutien du tuteur.

Dans le contexte des stages de masters en gynécologie-obstétrique (G-O), une intervention pédagogique a été sollicitée par le responsable de département de G-O, qui souhaitait une (re)structuration du parcours de formation clinique en G-O. En 2008-2009, un projet d'implantation d'un dispositif réflexif naissait alors, poursuivant la finalité d'optimiser les transferts des acquis d'apprentissage de la formation facultaire à la formation sur les terrains cliniques, tout en développant une posture réflexive sur le parcours des stages cliniques des étudiants.





Formation clinique : terrains de stages cliniques

APP : Apprentissage par problème ; ARC : Apprentissage du raisonnement clinique ;
ARPC : Apprentissage de résolution de problèmes complexes

Fig. 1. Interaction entre la formation théorique et la formation clinique en médecine à l'Université de Liège.

Pour dynamiser ce processus d'alternance et de transfert des apprentissages^[2,3] entre les lieux de formation théorique et les lieux de formation clinique, il était souhaitable d'installer une cohérence pédagogique entre les postures d'apprentissage et d'accompagnement exercées sur les deux lieux de formation : la faculté et les terrains de stages cliniques. Ainsi, idéalement, le superviseur (terme couramment utilisé à l'université de Liège) des apprentissages du stagiaire adopterait-il une posture d'accompagnement réflexif similaire à celle qu'adopte le tuteur d'APP, d'ARC et d'ARPC, tandis que le stagiaire adopterait une posture d'apprentissage réflexif similaire à celle adoptée par les étudiants lors de ces séances d'apprentissage organisées en groupes restreints. Les superviseurs qui accompagnent les apprentissages sur le terrain clinique sont soit professeur de G-O, soit médecins spécialistes en G-O, soit médecins en formation post-doctorale en G-O. Ces derniers sont appelés internes, résidents ou assistants. Dans le cadre de cet article, afin de faciliter la lecture pour des personnes extérieures au contexte, le terme interne est préféré aux deux autres. D'autre part, le terme accompagnateur est suggéré progressivement en lieu et place des termes superviseur ou interne.

La figure 1 rappelle que le cursus de master, incluant notamment la formation en G-O des étudiants de troisième année de master (M3), sur laquelle nous focalisons cet article, s'intègre dans un cadre plus large qui comporte, en amont, le cursus des bacheliers et, en aval, le cursus des masters complémentaires (spécialités médicales, y compris la médecine générale). La centaine d'étudiants inscrits en stage de M3 est répartie sur quatre sites, dont le CHR Citadelle de Liège, site expérimental où le dispositif réflexif est, à l'heure actuelle, installé dans sa globalité.

Formation théorique et méthodes inspirées de la pédagogie active : terrain facultaire

Dans ce contexte, plusieurs questions se sont posées : quelles modalités mettre en place pour soutenir le développement des compétences attendues ? Comment articuler les activités et les modalités pédagogiques au sein du stage pour organiser une réponse aux besoins identifiés ? Comment articuler les formations *in vitro* (en laboratoire facultaire) et *in vivo* (en stages cliniques) ? Comment soutenir le transfert des acquis d'apprentissages ? Comment soutenir le processus de pratique réflexive ? Comment soutenir l'accompagnement et l'apprentissage réflexifs ?

À l'égard de ces interrogations, le cadre théorique de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques (AECA), proposé en 2004 par Freney et Bédard^[4], fournit des pistes qui facilitent l'apprentissage et l'accompagnement réflexifs lors du vécu de situations authentiques, que l'apprenant est susceptible de rencontrer en contexte de formation clinique, par exemple en G-O au cours du M3, et qui peuvent soutenir des activités d'enseignement et d'apprentissage contextualisées.

Nous l'avons exploité pour planifier et mettre en œuvre un dispositif pédagogique innovant, visant à optimiser le parcours de stage en G-O d'étudiants en cours de M3, et notamment à favoriser le développement de compétences dans la perspective d'une pratique réflexive.

L'objet de cet article est de décrire la planification, l'implantation et la régulation initiale de ce dispositif pédagogique.

Cadre conceptuel : la pratique réflexive comme socle du dispositif

En contexte de formation professionnelle, le concept de réflexivité rappelle qu'un apprentissage ne peut s'installer que lors d'une conscientisation des mécanismes complexes mis en jeu lors d'une action authentique, grâce à une analyse critique et une prise de conscience de soi dans l'action, mais aussi à la faveur des possibles transformations des pratiques, de leur évolution ou des ajustements dont elles pourraient bénéficier. Paquay, Van Nieuwenhoven et Wouters^[5] précisent que « le développement professionnel ne se réalise pas dans l'action mais dans la réflexion sur l'action. Les différents modèles de la démarche d'enquête^[6], de l'apprentissage expérientiel^[7, 8], de la pratique réflexive^[9] montrent l'importance d'une démarche de réflexion distanciée sur sa pratique professionnelle comme vecteur d'apprentissage. » Donnay et Charlier^[10] ajoutent que « la réflexivité ferait adopter par le praticien une posture d'extériorité par rapport au processus et au produit de la réflexion qui, elle, resterait centrée uniquement sur la situation ». Autrement dit, la réflexivité correspond à une méta-réflexion qui a pour objet le

questionnement de notre représentation de l'action, ainsi que l'identification de nos schémas cognitifs-attitudinaux-affectifs activés lors du processus de résolution de cette action.

Alors que la réflexion sur sa pratique professionnelle peut être un processus spontané, la réflexivité envisagée en tant que processus de conscientisation de sa propre implication ne l'est pas. Ainsi, Perrenoud^[11] conseille-t-il de montrer en quoi et pourquoi devenir praticien réflexif ne va pas de soi, représente un coût, une prise de risque, une dépense d'énergie : « Le plus formateur [pour l'apprenant] n'est-il pas d'accéder aux coulisses de l'action, aux doutes, aux échecs, aux rêves, aux ambivalences et aux raisonnements intimes du praticien ? » Perrenoud^[11] et Saint Arnaud^[12] insistent sur cet élément car il est essentiel de montrer en quoi une telle pratique est solidaire d'une posture, d'un rapport au monde, d'une identité et d'un changement de paradigme. L'exercice quotidien d'une pratique réflexive facilite la gestion efficace d'un processus de résolution de problèmes complexes, singuliers, imprévus ou inédits.

À l'instar de Kolb et Fry^[7], Vermersch^[13] propose d'investir dans la mise en conscience que l'on a de soi en action tout en analysant l'action telle qu'on la perçoit au moment de l'action. Ils s'accordent pour dire que l'apprentissage de la réflexivité est facilité lorsqu'on se donne le temps de découvrir, sur le coup, les mécanismes que l'on a utilisé plus ou moins consciemment dans une intervention. En dépit de leur intérêt, nous avons renoncé à développer des entretiens d'explication tels que les propose Vermersch^[13], trop complexes à mettre en œuvre dans notre contexte, en choisissant plus simplement de sensibiliser les acteurs à l'approche réflexive en leur proposant d'exercer une analyse sur l'action, à partir des actes cliniques posés par les médecins qu'ils observent.

Méthodes

Phases préliminaires à l'implantation du dispositif

Les différents services hospitaliers de G-O accueillant le stagiaire possèdent une grande indépendance organisationnelle, tout comme le stagiaire en

171 formation. Cependant, les acteurs ne sont pas toujours
173 prêts à la gérer de façon optimale. Ainsi, les respon-
175 sabilités des accompagnateurs et des apprenants
176 n'étant pas académiquement formulées, un vide orga-
177 nisationnel s'installe en laissant la place aux repré-
178 sentations aléatoires de chacun d'entre eux. D'année
179 en année, des besoins de formation identifiés par une
180 même structure pédagogique se trouvent insatisfaits.
181 Le centre fédéral d'expertise des soins de santé belge
182 (KCE) soulignait d'ailleurs en 2010 que « les critères
183 de qualité en vigueur pour les lieux et maîtres de stage
184 ne sont plus adaptés au système de santé actuel^[14] ».

185 En lien avec ces constats et en nous fondant sur
186 le cadre conceptuel de l'AECA, nous avons ainsi
187 développé une liste de questionnements^[15] permet-
188 tant d'identifier les critères de qualité des stages cli-
189 niques. Deux enquêtes préalables ont été réalisées,
190 visant respectivement à expliciter d'une part, sous la
191 forme d'un référentiel de compétences profession-
192 nelles de G-O, les compétences et acquis d'appren-
tissage^[16] souhaités au terme du cycle de masters et
d'autre part, les besoins des acteurs de G-O.

193 ***Elaboration d'un référentiel des compétences néces- saires à la profession de gynécologue-obstétricien***

195 En 2007-2008, l'élaboration d'un référentiel de
196 compétences a été proposée comme une première
198 étape à réaliser pour les accompagnateurs des appren-
199 tissages cliniques. En accord avec le schéma « d'orga-
200 nisation logique des différents référentiels » proposé
202 par Roegiers^[17], trois référentiels ont été construits
en partenariat avec les acteurs identifiés comme res-
sources internes engagées – ou prêtes à s'engager –
203 dans un développement pédagogique : un référentiel
204 de compétences, un référentiel de formation et un
206 référentiel d'évaluation. Ces trois référentiels définis-
sent un cadre opérationnel pour organiser, planifier et
207 gérer le dispositif installé, en clarifiant le sens des
208 actions réalisées et des modalités proposées.

209 ***Analyse des besoins des acteurs pédagogiques du terrain clinique en gynécologie-obstétrique***

211 Au cours de l'année précédant l'installation du
212 dispositif dans le service de G-O (2007-2008), une

première collecte de données conduite dans le cadre 213
de groupes de discussion focalisée (*focus-group*)^[18] 214
a cherché à identifier les besoins perçus par deux 215
groupes de stagiaires de M3 accueillis sur le site CHR 216
Citadelle (huit étudiants par groupe). Une deuxième 217
collecte de données a renseigné sur les besoins perçus 218
par un groupe de cinq internes G-O. 219

Compétences visées par le dispositif 220

Succinctement le référentiel de compétences éla- 222
boré, nommé « Guide d'apprentissage et d'accompa- 223
gnement (GAA)^[19] », se décline en deux compé- 224
tences et en plusieurs capacités constitutives, à 225
acquérir tout au long du parcours clinique des masters 226
en G-O, y compris durant les stages de M3, seuls 227
concernés dans le présent travail :

- Compétence 1 : « Gérer les consultations cliniques 228
élémentaires en G-O » qui prend en compte l'inté- 230
gration des capacités suivantes :
 1. Apprentissage du raisonnement clinique (ARC) ; 231
 2. Apprentissage de la communication clinique 232
(ACC) ; 233
 3. Apprentissages des procédures techniques (mani- 234
pulation de matériel clinique), administratives 236
(dossier du patient, demande d'examen clin- 238
iques, etc.) et biomédicales (techniques de soins 239
et/ou d'analyses). 240
- Compétence 2 : « Exercer une pratique réflexive 241
(APR) pour savoir agir et devenir un professionnel 242
responsable et autonome au sein d'une commu- 243
nauté de praticiens. Cette compétence prend en 244
compte l'intégration des capacités suivantes, résu-
mées par l'acronyme DQRpA :
 1. Description d'une prise en charge (D) ; 245
 2. Questionnement et réfléchissement à propos de 246
l'observation de cette prise en charge, à propos 247
des attitudes prises, à propos des représentations 248
subjectives, à propos des ressentis évoqués par les 249
acteurs en présence c'est-à-dire, tout au moins, le 250
médecin, la patiente, y compris moi, le stagiaire 251
(Qu'est-ce que je me suis dit à ce moment là ? 252
Qu'est ce qui se passe pour moi ? Quelles sont 253
mes croyances à ce sujet ?) (Q) ; 254
 3. Recherche de ressources fiables (bibliogra- 256
phiques et/ou humaines), acquisition et transfert

de savoirs avec positionnement argumenté vis à
vis de la prise en charge observée (Rp) ;
4. Identification des acquis à investir dans l'action,
versus identification des besoins d'apprentissage
à combler pour gérer au mieux l'action (A).

Besoins de formation des acteurs
(étudiants et formateurs)

L'analyse des verbatims des groupes de discussion focalisée a établi que les occasions d'apprentissages des stagiaires dépendent de rencontres fortuites avec les personnes ressources et du temps que peuvent partager les accompagnateurs avec les stagiaires après, pendant ou après une consultation avec une patiente (tableau I). Les stagiaires s'exercent alors à des improvisations quotidiennes tentant de répondre, le plus adéquatement possible, aux attentes souvent non exprimées des accompagnateurs et/ou des superviseurs, voire des patientes. Bien que certains internes s'efforcent de mettre en œuvre un encadrement explicitement formatif, leurs pratiques d'encadrement pédagogique sont très hétérogènes (depuis une supervision inexistante jusqu'à une supervision progressivement distanciée).

Les besoins exprimés par les deux parties de la relation pédagogique (stagiaires et internes) sont quasi convergents. Toutefois, les internes en G-O évoquent un besoin supplémentaire, non évoqué par les stagiaires, concernant le transfert des apprentissages, relatif à la mobilisation des acquis d'apprentissages *in vitro* (en laboratoire facultaire) sur le terrain clinique *in vivo* (en réalité clinique). Ainsi, malgré l'implantation des pédagogies actives dans le cursus d'étude, tant les transferts des apprentissages que ceux des méthodes de résolution de problèmes (ARC, APP et ARPC) ne sont pas évoqués lors des stages.

Résultats

Implantation opérationnelle du dispositif
pédagogique

Les référentiels ainsi que les besoins des acteurs du terrain de stages cliniques de G-O ayant été déterminés, un dispositif réflexif orienté par les critères de

qualité de l'AECA visant à y répondre a été organisé dès 2008-2009. La question de leur opérationnalisation s'est alors posée : comment traduire les critères de l'AECA en modalités pédagogiques opérationnelles destinées à faciliter l'articulation et la (re)reconstruction des apprentissages par les stagiaires de M3 en G-O ?

La figure 2 présente le dispositif réflexif selon une perspective chronologique, du début à la fin du mois de stage en G-O (en prenant octobre 2013 comme exemple). Le dispositif réflexif envisage tous ces éléments comme interdépendants, dans une logique intégrative. Les stagiaires sont accompagnés dans un contexte facilitant l'appropriation précoce d'un processus de socialisation professionnelle et de construction identitaire qui leur donne l'occasion d'acquérir les compétences requises pour l'exercice de la profession. Le processus de transfert soutenu par une pratique réflexive quotidienne constitue le socle de cette construction toujours en évolution.

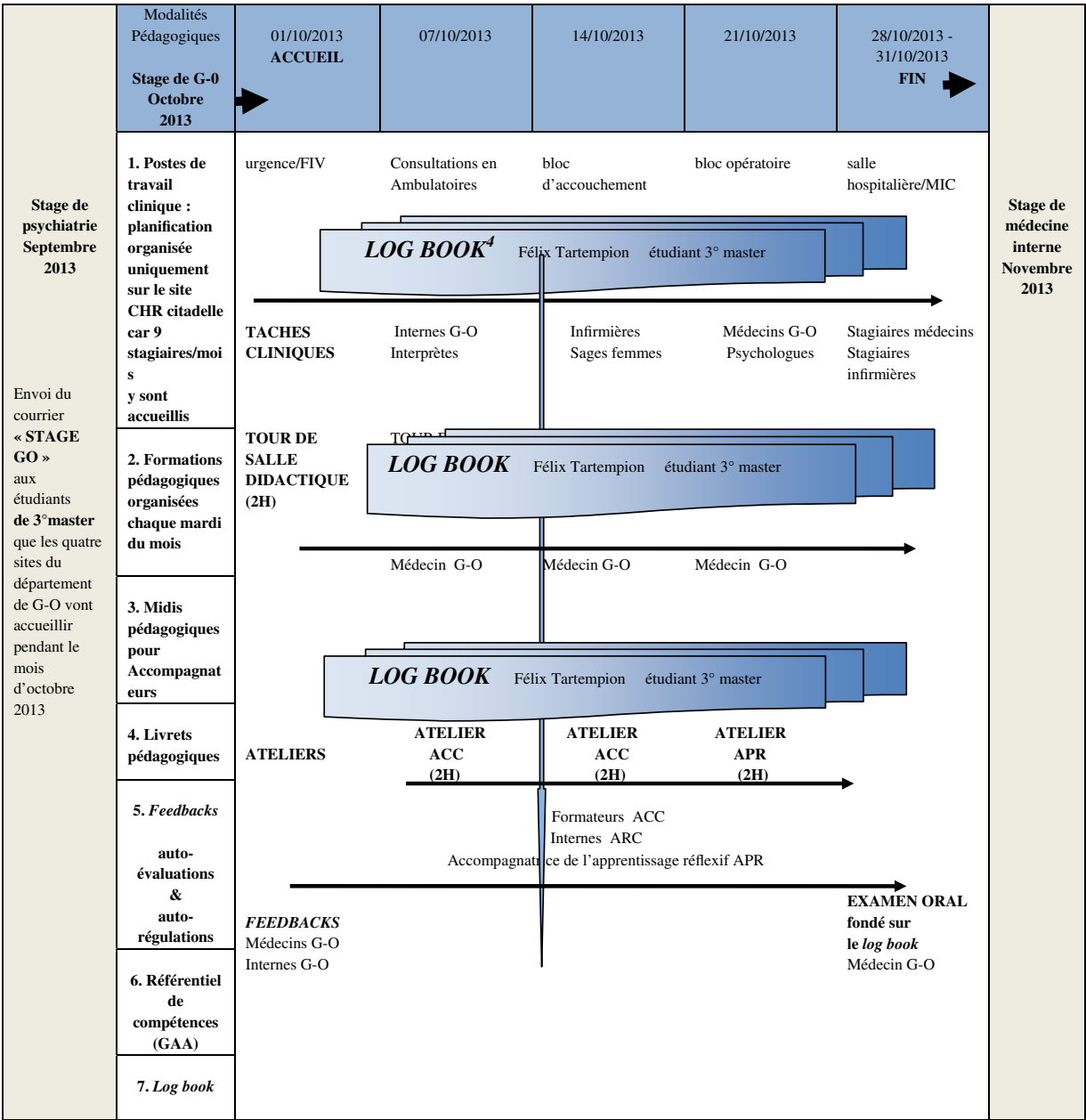
Comme Langevin et Hivon^[20] le précisent, « bien que l'externat s'insère au départ dans un environnement complexe et peu structuré, le recours judicieux à certaines modalités pédagogiques suffirait à rehausser la qualité de l'apprentissage durant cette période de formation. ». Dans cette perspective, le dispositif réflexif a été organisé autour de sept modalités pédagogiques, qui sont décrites ci-après.

Formulation de livrets pédagogiques destinés aux stagiaires

Ces livrets sont envoyés avant le début du stage. Le premier (« Informations pratiques »), renseigne sur les procédures administratives, logistiques et organisationnelles des quatre lieux de stage. Le deuxième (« Compétences et évaluations »), insiste sur les consignes relatives au *log book* à réaliser (cf. infra), les compétences à acquérir, les acquis d'apprentissages visés, la méthodologie des ateliers, la planification des rétroactions, le processus d'évaluation formative et certificative incluant les fiches d'auto-évaluation/co-évaluation du *log book*, ainsi que la fiche d'évaluation du stage à partir de laquelle les accompagnateurs discuteront les acquis d'apprentissages avec les stagiaires. L'objectif visé est de tisser

Tableau 1. Besoins exprimés par les acteurs de la relation pédagogique (les stagiaires et les internes) en terrain de stage clinique de gynécologie-obstétrique.

Besoins évoqués	Verbatim des stagiaires	Verbatim des internes
Accompagnement des apprentissages	« Impression d’être utilisés sans trouver ma place » et « être complètement perdu ! »	« La plupart des stages ne bénéficient pas d’une structure d’accueil. » ; « On n’a pas toujours le temps pour les <i>feedbacks</i> ! » ; « L’encadrement est très variable. Il est parfois anarchique, parfois inexistant ou, à l’inverse, trop envahissant mais on essaye de bien faire... » ; « Le stagiaire sait ce qui est bon pour lui. » ; « L’apprentissage peut se faire par osmose ! » ; « Il n’a qu’à regarder ce que je fais et il saura quoi faire ! » « Moi, je procède par étapes ; je montre, explique, pose des questions et vérifie si le stagiaire a bien compris puis je le laisse faire petit à petit en le corrigeant si nécessaire pour le laisser faire tout seul quand tout est ok ! »
Évaluation des apprentissages	« Il n’y a pas d’évaluation cohérente et objective, il manque une évaluation à la moitié du stage pour qu’on puisse progresser ! »	« Pourquoi ne demande-t-on pas de rapport de stage en faculté de médecine ? » ; « Moi, je préfère mettre la même note à tous... » ; « Il faudrait une fiche d’évaluation plus actualisée et plus proche de notre réalité. » ; « C’est très difficile d’évaluer sans savoir quoi évaluer exactement ! » ; « On note tous différemment selon nos critères personnels. »
Objectifs de formation et formalisation de compétences attendues	« On ne sait pas ce que l’on attend de nous ! Il manque d’un programme de formation précis et d’objectifs de la formation ! »	« Les compétences requises au terme des stages mensuels sont peu formalisées et peu communiquées aux étudiants. » ; « Les stagiaires se demandent ce que l’on attend d’eux pendant leur stage. » ; « Souvent, les attentes des superviseurs sont indifférenciées quant à leur exigences vis-à-vis des étudiants, qu’ils soient débutants en 1 ^o master ou qu’ils soient des plus aguerris en 4 ^o master. »
Transfert des apprentissages		« Les étudiants utilisent très difficilement les notions théoriques apprises au cours lors d’un acte clinique ou lors des tours de salle didactiques. » ; « Ils ne savent plus rien ! On dirait qu’ils ont tiré un trait sur ce qu’on leur a enseigné ! » ; « Ils ne savent pas faire des liens avec ce qu’ils ont appris auparavant. » ; « Ils ne réfléchissent pas suffisamment ! »



FIV : Fécondation *in vitro* ; MIC : Medical Intensive Care ; GAA : Guide d'Accompagnement ; GAA : Guide d'accompagnement et d'apprentissage ; ACC : Apprentissage de la communication clinique ; APR : apprentissage de la pratique réflexive ; G-O : gynécologie-obstétrique

des liens entre les stagiaires et le service, de rassurer, d'orienter, de fournir l'ensemble des informations nécessaires à l'exploitation adéquate de cet espace de formation clinique. Une structure administrative et organisationnelle est installée afin de fournir des repères

au stagiaire tout en lui donnant l'occasion d'aménager un système d'interactions valorisant son implication personnelle (par exemple : gestion du planning des tours de garde des stagiaires, gestion du système de prise de rendez-vous avec les accompagnateurs,

353 gestion des réunions de rétroaction, gestion du pan-
354 neu d'affichage interactif, etc.).

354 **Organisation d'ateliers de communication clinique**
355 **et de pratique réflexive**

356 Lors du processus de formation, la méthode
357 d'analyse méthodique d'incidents critiques^[21, 22, 23]
358 est privilégiée. C'est une méthode d'analyse d'évé-
359 nements fortuits et imprévisibles qui modifient le
360 déroulement attendu des choses et qui impliquent des
361 prises de positions avec décisions relatives, dans ce
362 cas, au processus vital d'un patient. Dans ce contexte,
363 la méthode est utilisée dans une perspective de déve-
364 loppement d'une pratique réflexive et de (re)connais-
365 sance ou de (trans)formation des pratiques profes-
366 sionnelles. Ainsi, au cours de leurs stages en G-O, les
367 stagiaires participent à différents ateliers, co-animés
368 par l'intervenante pédagogique co-auteur de cet
369 article (VV) avec, en alternance, un psychologue cli-
370 nicien, un médecin du service de G-O et un médecin
371 généraliste. La méthode privilégiée est inductive et
372 compréhensive. Les séquences suivantes sont favori-
373 sées : verbalisation des situations cliniques proposées
374 par les stagiaires (description de leurs expériences et
375 de leurs questionnements réflexifs individuels),
376 visant une contextualisation^[24] des apprentissages
377 (manière d'agir, attitudes et représentation de l'action
378 au sein d'une situation locale) ; construction d'une
379 carte conceptuelle afin de décontextualiser²⁴
380 (manière de conceptualiser les ressources théoriques
381 et attitudeles appelées pour aider à résoudre la situa-
382 tion locale) et de modéliser les situations envisagées.
383 La carte conceptuelle peut être complétée, voire
384 reconstruite, après chaque cas clinique analysé. Il
385 s'agit de préparer, de la sorte, les exercices de
386 recontextualisation (manière d'agir et de penser dans
387 une autre situation locale), lors d'un vécu clinique sui-
388 vant, correspondant à un transfert de ce qu'ils ont
389 acquis (en termes d'attitudes, de représentations et de
390 connaissances) à cette nouvelle situation.

391 – Les ateliers d'apprentissage de la communication
392 clinique (ACC)

393 Deux ateliers (ACC1 et ACC2) sont proposés
394 tous les mardis du mois. Les thématiques de l'ACC1
395 sont proposées par les stagiaires qui ont été confrontés

à un incident critique prenant la forme d'une relation 396
délicate entretenue avec une patiente. Par exemple, la 397
gestion communicationnelle de consultations difficiles 398
(colère d'une patiente, incompréhension, exigences, 399
etc.) y est abordée, ainsi que l'annonce d'une mau- 400
vaise nouvelle (deuil d'un bébé, mort fœtale *in utero*, 401
déné de grossesse, malformations prénatales, difficul- 402
tés de grossesse, etc.) ou toute autre situation vécue 403
et proposée par les stagiaires. L'ACC2 propose des 404
jeux de rôles, des mises en situation, des analyses 405
de vidéo de consultations médicales. Un des objectifs 406
spécifiques de la formation est de faire prendre 407
conscience aux étudiants des représentations et des 408
croyances qu'ils véhiculent, ainsi que celles que les 409
patientes et/ou les médecins peuvent véhiculer lors de 410
l'action. 411

– Les ateliers d'apprentissage de la pratique ré- 412
flexive (APR) 413

Ce type d'atelier prend plusieurs formes : tour de 414
salle didactique, exposé-débat d'un cas vécu, réunion 415
réflexive autour d'un *log book*, etc. L'exercice d'une 416
pratique réflexive est proposé à l'étudiant afin de 417
l'inviter à prendre une position argumentée relative 418
aux situations vécues en stage de G-O. Donnay et 419
Charlier^[10] rappellent « [qu'il existe] une fracture 420
épistémologique entre la formation d'un praticien 421
conforme à un ou des modèles d'action pédagogiques 422
induits, voire prescrits, et l'inscription de ce futur pra- 423
ticien dans une trajectoire de développement profes- 424
sionnel autonome. » Ces ateliers envisagent cette frac- 425
ture de manière concrète en analysant les vécus et les 426
interprétations des étudiants décrivant une situation 427
clinique. L'objectif est de faire prendre au stagiaire le 428
recul nécessaire pour lui donner l'occasion d'envisa- 429
ger d'autres points de vue et d'autres attitudes que 430
celles qu'il a adoptées à ce moment-là. 431

Sur le terrain clinique, il est demandé aux sta- 432
giaires d'intégrer leurs observations relatives à l'ACC 433
et à l'ARC, vécus au sein d'une même consultation. 434
Le processus d'apprentissage est alors développé 435
dans le sens de la perspective systémique inscrite dans 436
le référentiel de compétences. Le DQRpA, évoqué 437
précédemment, est une structure qui propose de sou- 438
tenir le processus réflexif, en décrivant (D), en ana- 439
lysant la situation, en se questionnant sur soi (Q), en 440
cherchant des réponses de soi à soi et de soi aux autres 441

(R), en argumentant et enfin, en se positionnant vis-à-vis d'un cas clinique, complexe ou non (p), tout en identifiant respectivement ses acquis et ses besoins d'apprentissages (A).

Création d'un support d'apprentissage/ accompagnement réflexifs par le stagiaire

Ce recueil de traces d'apprentissage sous la forme d'un *log book*^[25] (carnet de route ou journal de bord) a pour objectif la compilation de preuves d'acquisition des compétences requises. Le stagiaire y formule son vécu relatif à l'observation de trois cas cliniques de G-O auxquels il a participé (par exemple : déni de grossesse, hystérectomie, *placenta previa*). Il y formule le processus DQRpA en décrivant les faits, en interprétant, en questionnant ses croyances et ses attitudes, en prenant position, en argumentant sa proposition de résolution ainsi que ses objectifs d'apprentissage. Cet outil réflexif est considéré non seulement comme un outil d'apprentissage, d'accompagnement et de co-évaluation, mais aussi comme un outil de reconnaissance d'une professionnalité émergente par la réalisation d'une œuvre personnelle.

Lorsque la professionnalité émerge chez le stagiaire par la réalisation de cette œuvre, la posture de l'accompagnateur consiste à alimenter un sentiment d'accomplissement et de reconnaissance de soi dans la profession que l'étudiant a choisie.

Organisation d'un processus d'auto-évaluations/ auto-régulation

Une fiche d'auto-évaluation est à compléter par le stagiaire avant sa rencontre avec un accompagnateur. À partir de cela, s'organise un entretien. Les items proposés soutiennent ces rencontres dans un axe d'apprentissage progressif. La rétroaction^[26] (ou *feedback*), constitue un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique. Tout au long de cette rencontre, le stagiaire précise avec l'accompagnateur ses besoins d'apprentissage. D'après Saint-Arnaud^[12], l'auto-régulation comprend deux moments : une identification de l'erreur et une recherche pour la corriger. Le stagiaire cherchera à auto-réguler

ses apprentissages, pour qu'au terme de la formation, l'accompagnateur puisse confirmer -ou infirmer- ses acquis d'expérience avec lui. Ainsi, deux fiches d'auto-évaluation sont envoyées aux étudiants avant le stage ; elles concernent, respectivement, le travail clinique hebdomadaire du stagiaire qui effectue des tâches propres aux postes de travail qui lui ont été attribués pour développer ses compétences cliniques, et les traces d'apprentissage réflexif que le stagiaire retrace dans son *log book* selon le processus réflexif DQRpA qui lui est proposé.

Accompagnement des accompagnateurs

Afin d'adapter leur démarche pédagogique, les accompagnateurs participent à des espaces de parole intitulés « midis pédagogiques ». Lors des consultations, ils accompagnent et évaluent la progression du stagiaire, relativement à la gestion des situations cliniques rencontrées ensemble sur le terrain clinique. Bien que les accompagnateurs recourent aisément à cette rétroaction de manière constructive, ils sont invités à développer plus prioritairement la controverse en stimulant le conflit socio-cognitif lors d'un travail en groupe^[1] tel qu'il est pratiqué lors des séances d'apprentissages par problèmes.

Par ailleurs, lors d'une consultation médicale à laquelle participe un stagiaire, l'accompagnateur s'engage, *primo*, dans un double processus^[27] de raisonnement et de communication clinique avec le patient et, *secondo*, dans un processus pédagogique avec le stagiaire. Cette double fonction simultanée (l'accompagnement du stagiaire et la gestion de la consultation avec la patiente) est parfois perçue comme complexe à assumer. Une telle posture pédagogique s'inspire du principe de compagnonnage cognitif tel que Frenay et Bédard^[4] l'ont explicité ; elle facilite une reconnaissance mutuelle^[28,29] et une interaction sociale participative entre les acteurs du système.

Planification des postes de travail

Des postes de travail (consultations ambulatoires, soins intensifs, bloc d'accouchement, salle d'hospitalisation, salle d'opération, urgences, fécondation *in vitro*, etc.) sont planifiés selon un système

de rotation hebdomadaire, en poursuivant l'objectif que chaque stagiaire rencontre les différentes réalités du terrain, en insistant sur la priorité de l'authenticité du contexte d'apprentissage.

Utilisation du référentiel de compétences sur le site expérimental

Le référentiel spécifie les capacités à acquérir progressivement par le stagiaire sur le parcours de stage clinique en G-O. Ce document est communiqué aux stagiaires de M3 de tous les sites et aux acteurs du terrain clinique du CHR Citadelle de Liège en tant que cadre de repérage des apprentissages à acquérir.

Validation du dispositif pédagogique mis en place

La démarche consiste à vérifier le potentiel réflexif du dispositif installé à partir des besoins évoqués et à partir de la liste de critères construite à partir du cadre conceptuel de l'AECA pour soutenir plus précisément la qualité pédagogique des stages en G-O. Il convient de redire que la présente contribution n'a pas pour objet de rapporter les impacts du dispositif, qui feront l'objet de travaux ultérieurs. Il s'agit de documenter la viabilité du dispositif pédagogique en vérifiant son installation et en réunissant des arguments de validation du processus de planification pédagogique.

La vérification et la régulation de cette implantation du dispositif réflexif se sont organisées à partir de deux constats. Le premier constat fait référence aux deux démarches d'analyse des besoins qui ont précédé l'implantation. Le deuxième fait référence à la grille de critères fondée sur le cadre conceptuel de l'AECA^[15].

Au regard du premier constat, il s'agit de vérifier si les modalités installées peuvent apporter une réponse aux besoins exprimés par les deux catégories d'acteurs de la relation pédagogique -stagiaires et internes- (cf. tableau I) : accompagnement des stagiaires ; évaluation de leurs apprentissages ; objectifs de formation et la formalisation des compétences attendues. Les internes évoquent un besoin supplémentaire, non évoqués par les stagiaires, relatif au transfert des apprentissages de la faculté au terrain clinique.

Concernant le besoin d'accompagnement des apprentissages, les stagiaires sont accompagnés par des médecins du service de G-O, par des internes en G-O, par des formateurs en communication clinique et par l'intervenante pédagogique qui accompagne les exercices de posture réflexive. Toutefois, aucune formation à l'accompagnement réflexif n'est organisée tant le temps manque aux accompagnateurs assignés tous à des postes de travail différents, sinon en congé après un lendemain de garde. En ce qui concerne l'accompagnement des accompagnateurs lors des midis pédagogiques, celui-ci a fonctionné pendant la première année du dispositif mais il a été annulé l'année suivante car de moins en moins d'internes étaient présents. Dans le même sens, une proposition d'organisation d'une formation à la pratique réflexive destinée aux accompagnateurs (internes/superviseurs) n'a pas abouti. Néanmoins, la planification des postes de travail permet aux stagiaires de « trouver leur place » au sein du service G-O dès le début du stage.

Concernant le besoin d'évaluation des apprentissages, les fiches d'auto-évaluation sont utilisées par les stagiaires et par les accompagnateurs au cours du stage G-O ainsi que par le responsable de l'examen de G-O à la fin du stage. Un processus d'auto-évaluation/co-évaluation/auto-régulation des apprentissages est soutenu par l'outil *log book* lors des rencontres avec des accompagnateurs. La chronologie des rétroactions est clairement expliquée, étape par étape, dans les livrets pédagogiques. Toutefois, « l'évaluation à la moitié du stage » n'a pas pu être organisée comme ils l'auraient souhaité.

Le besoin relatif aux objectifs de formation et à la formalisation de compétences attendues peut être considéré comme satisfait par la formulation des objectifs de formation dans les livrets pédagogiques, ainsi que par l'utilisation du référentiel de compétence, qui répondent à la demande des stagiaires. Ainsi, ces derniers savent « ce que l'on attend d'eux », du début à la fin de leur stage.

Le besoin lié au transfert des apprentissages est notamment atteint par la mise en œuvre des ateliers APR et ACC ainsi que par le recours à l'outil *log book*. Ces dispositifs représentent non seulement des espaces de travail structurant les exercices de pratique

Tableau II. Grille d'analyse questionnant l'authenticité des situations d'apprentissages.

Critères AECA	Exemples de questionnements	Dispositif réflexif
1. Vécus en contexte de mobilisation authentique	- Le stagiaire a-t-il pu vivre des situations cliniques lui permettant d'exercer ses capacités de résolution de problème (cf. APP, ARC, ARPC) - Le stagiaire a-t-il pu s'exercer à développer sa relation avec le patient? - Le stagiaire a-t-il pu vivre des situations cliniques authentiques correspondant à l'apprentissage de son futur métier ? ...	☒
2. Développement de compétences professionnelles (cf. référentiel de compétences stages G-O)	- Les compétences (capacités cognitives, socio-cognitives et affectives-relationnelles) à acquérir par le stagiaire ont-elles été définies préalablement ? Des critères d'évaluation ont-ils été précisés ? - Les tâches proposées au stagiaire exercent-elles à l'acquisition des compétences attendues au terme du stage ? ...	☒
3. Vécus de situations – problèmes complets et complexes (avec pistes de solutions à organiser en un choix thérapeutique)	- Le stagiaire a-t-il eu l'occasion de suivre une patiente de manière continue jusqu'à la fin de sa prise en charge (par ex. d'une consultation à l'accouchement) ? - Le stagiaire a-t-il eu l'occasion de suivre des situations au MIC (Médical Intense Care) exigeant une prise de risque thérapeutique ? - Le stagiaire a-t-il eu l'occasion d'accueillir un patient, de faire l'anamnèse, de pratiquer l'examen physique, de formuler des hypothèses précoces, et de proposer un protocole d'analyse, voire un diagnostic différentiel ? ...	☒
4. Vécus de situations – problèmes avec contenus pluridisciplinaires (p.ex. néonatalogie, obstétrique, anesthésie etc.)	- Le stagiaire a-t-il pu vivre des situations cliniques faisant appel à des contenus disciplinaires différents (par ex. G-O, pédiatrie, anesthésie, pharmacologie, néonatalogie) ? - Le stagiaire a-t-il eu l'occasion de proposer une recherche de solution thérapeutique pluridisciplinaire ? ...	☒
5. Vécus de situations-problèmes multidimensionnelles (p.ex. juridique, métabolique, psychologique etc.)	- Le stagiaire a-t-il pu vivre des situations prenant en compte d'autres paramètres que des paramètres purement biomédicaux ? - Le stagiaire a-t-il été confronté à des situations croisant les aspects juridiques, éthiques, sociaux, culturels, religieux ou psychologiques ? ...	☒
6. Vécus de situations-problèmes diversifiées, non routinières	- Le stagiaire a-t-il pu vivre des situations diversifiées, singulières, peu communes et non répétitives ? - Le stagiaire a-t-il pu vivre des situations cliniques présentant des difficultés non attendues et exigeant une prise de décision immédiate ? - Le stagiaire a-t-il eu l'occasion de gérer personnellement la prise en charge des patients aux urgences ? ...	☒
7. Exploration de solutions et d'interprétations multiples	- Le stagiaire a-t-il été confronté à des situations exigeant des interprétations multiples ? - Le stagiaire a-t-il pu développer l'argumentation d'une prise de position thérapeutique ? A-t-il envisagé plusieurs pistes de solutions, leurs avantages/inconvénients ? ...	☒

616 réflexive individuelle mais aussi des espaces de par-
618 tage réflexif fournissant un support concret aux
échanges et aux controverses entre les différents acteurs,

notamment entre les accompagnateurs et les sta- 620
giaires mais aussi entre les stagiaires eux-mêmes. Le
stagiaire y est amené à identifier ses apprentissages : 621

« ce que j'ai retenu du développement de la situation que j'ai choisi de décrire » ; « ce qui me manque encore pour pouvoir gérer ce type de situation ».

Au regard du deuxième constat, il s'agit de vérifier si les conditions favorisant le besoin de transfert des apprentissages ont été mise en place. La grille de critères^[15] fondée sur l'AECA a été proposée comme repère : quel accompagnement pour quel apprentissage et dans quel contexte ? Chaque point de l'AECA est vérifié. Le tableau II illustre que le travail réparti sur différents espaces cliniques (bloc d'accouchement, consultations, bloc d'opérations, urgences, etc.) d'un même service procure aux stagiaires un maximum de probabilités de transfert de leurs connaissances, de leurs postures et de leurs capacités cliniques acquises antérieurement. Le tableau III documente que la formulation de livrets pédagogiques envoyés aux stagiaires clarifie le contexte d'apprentissage dans lequel ils vont vivre ainsi que les postures à adopter en miroir à la posture de l'accompagnateur pour faciliter l'appropriation des compétences requises. Par la valorisation des capacités d'organisation et de prise de responsabilités des stagiaires vis-à-vis de leur propre stage (planning des gardes, planning des *feedbacks*, partage réflexif, recherche scientifique, etc.) ils pourront transférer et développer ces capacités sur différents terrains cliniques et, surtout, s'identifier à des acteurs agissant sur un terrain professionnel qui est déjà le leur, en favorisant le développement d'un savoir-agir et d'un savoir-réagir.

Discussion

Les stages cliniques constituent un enjeu majeur de la formation des médecins. Cependant, des faiblesses ayant été pointées sur les lieux de stage de G-O de la faculté de médecine de Liège, un projet de recherche-action a été planifié dès l'année 2007-2008. Dès lors, des analyses de besoins ont guidé l'implantation d'un dispositif réflexif sur le terrain expérimental du Centre hospitalier régional de Liège. Les stages cliniques des stagiaires de M3 en G-O ont été (re)structurés, en s'adossant à la fois sur les besoins exprimés et sur les deux principes du cadre

conceptuel de l'AECA, dès l'implantation du dispositif en 2008-2009. Au regard de ce cadre, le principe de l'authenticité des situations d'apprentissage et celui de l'accompagnement des apprentissages constituent deux conditions *sine qua non* facilitant l'appropriation des compétences professionnelles.

Ainsi, le dispositif réflexif propose aux stagiaires sept modalités. Ces modalités ont été définies pour que le stagiaire puisse mener à bien le parcours d'appropriation d'un savoir-agir et d'un savoir-réagir en situation clinique authentique. La finalité de ce dispositif est de former des jeunes médecins capables de répondre aux attentes et aux craintes des patients, mais aussi de répondre à la dynamique de changement de la société dans laquelle ils travailleront demain. Pour atteindre cette finalité, la priorité de ce dispositif réflexif est de susciter le transfert des acquis d'apprentissages par l'exercice d'une posture réflexive favorisant l'articulation entre les lieux d'apprentissage *in vitro* (en terrain facultaire) et *in vivo* (en stages cliniques), tout en répondant aux exigences de la profession et aux besoins exprimés par les acteurs du terrain clinique. Deux constats ont été établis pour vérifier l'installation des modalités du dispositif réflexif.

Ces deux constats permettent de conclure que le dispositif de formation possède le potentiel pour fournir l'occasion aux stagiaires de « trouver leur place » et de « savoir ce que l'on attend d'eux » (premier constat). Les critères de l'AECA associés à l'authenticité du contexte des situations d'apprentissage sont bien inscrits dans les modalités du dispositif installé (deuxième constat). L'apprentissage réflexif a pu être organisé lors des ateliers d'ACC et d'APR par des intervenants (psycho-pédagogue et psychologue clinicien) formés à la pédagogie des adultes. Néanmoins, les critères associés à l'accompagnement réflexif qui pourraient être adoptés par les internes et par les superviseurs au sein du dispositif (premier et deuxième constats) restent un point de questionnement. L'accompagnement des apprentissages des stagiaires nécessite un travail sur le changement d'attitudes des acteurs qui demandent encore à être sensibilisés progressivement à ce type d'approche pédagogique. Nous pensons que tout dispositif réflexif, aussi élaboré soit-il à travers ses modalités ou à travers la contextualisation

Tableau III. Grille d'analyse questionnant la posture de l'apprenant et la posture de l'accompagnateur.

Critères AECA	Exemples de questionnements	
A1. Articuler les connaissances. <u>Transfert et mobilisation des pré-acquis</u> lors de la pratique clinique ; mise en lien explicite avec de nouveaux apprentissages acquis en stage	- Le stagiaire s'est-il exercé <i>in vivo</i> à mobiliser ses savoirs acquis en faculté et à les articuler à de nouvelles connaissances acquises sur le terrain ? - Le stagiaire s'est-il exercé à identifier ce qu'il savait déjà lors d'une nouvelle situation clinique et à reconnaître ce qu'il lui manque pour rechercher une réponse, soit interdisciplinaire, soit multidimensionnelle à cette situation ? 	✓
A2. Réfléchir sur l'action. Observation, analyse, questionnement, argumentation, positionnement et identification des acquis/non acquis d'apprentissage. <u>Processus de pratique réflexive</u>	- Le stagiaire s'est-il exercé à observer une gestion de consultation, à se questionner, à rechercher des réponses personnelles (cf. ressources externes et internes), à se positionner et à argumenter son propre choix thérapeutique ainsi que son attitude relationnelle envers la patiente ? - Le stagiaire a-t-il exercé une auto-évaluation de son travail sur base d'une liste de critères ? - Le stagiaire s'est-il exercé à formuler précisément ses acquis/non acquis d'apprentissages ? - Le stagiaire s'est-il exercé à l'auto-régulation voire à la co-régulation (avec des pairs)- concernant une stratégie, une attitude, un comportement etc.? - Le stagiaire a-t-il pu partager et développer son point de vue avec les <i>internes</i> ou avec ses pairs ? ...	✓
A3. Généraliser et discriminer des situations d'apprentissage. <u>Conception de cartes conceptuelles</u>	- Le stagiaire s'est-il exercé à reconnaître les points convergents et les points divergents entre plusieurs situations cliniques apparemment semblables ? - Le stagiaire s'est-il exercé à organiser progressivement ses connaissances sur une carte conceptuelle (liens, hiérarchisation, priorisation etc.)? ...	✓
Critères AECA	Exemples de questionnements	
B1. <i>Coaching</i> . Soutien facilitant l'émergence des compétences et de l'identité professionnelles	- Le superviseur a-t-il procuré un soutien lors de nouvelles tâches à accomplir ? - Le superviseur a-t-il utilisé un support pédagogique explicite ? - Le superviseur a-t-il prévu une évaluation progressive des apprentissages ? Les feedbacks sont-ils récurrents, non dévalorisants et précis (organisés soit après les consultations gérées par un stagiaire, soit en fin de journée) ? - Le superviseur se réfère-t-il à un socle de compétences ? A-t-il des objectifs de formation explicites ? Ceux-ci sont-ils discutés avec le stagiaire ? - Le superviseur soutient-il la formulation des objectifs d'apprentissage du stagiaire, le développement de l'identité professionnelle du stagiaire, de ses choix personnels, de ses attitudes envers les patients ? propose-t-il une co-régulation ? ...	?
B2. <i>Scaffolding</i> . Soutien minimum facilitant transfert des acquis, l'échafaudage d'une stratégie, d'une action ou d'un comportement	- Le superviseur a-t-il communiqué un minimum d'indices pour guider progressivement le stagiaire vers des stratégies efficaces et lui éviter de se perdre sur un chemin définitivement inefficace ? - Le superviseur a-t-il laissé le stagiaire construire lui-même ses apprentissages en le laissant chercher ses propres solutions (avec ses erreurs...) et en intervenant le moins possible ? - Le superviseur a-t-il proposé des tâches en adéquation avec le niveau d'apprentissage du stagiaire ? ...	?
B3. <i>Modeling</i> . Soutien facilitant la conceptualisation de situations d'apprentissage. <u>Carte conceptuelle</u>	Le superviseur a-t-il communiqué ses stratégies d'action ou de réflexion en les verbalisant au stagiaire pour, ensuite, les confronter à ses questionnements ? Le superviseur a-t-il soutenu l'organisation d'une carte conceptuelle avec le stagiaire pour une ou deux situations cliniques complexes ?	?
B4. <i>Fading</i> . Soutien réflexif progressivement distancié facilitant l'autonomisation des <i>savoir-agir</i> et <i>savoir-devenir</i>	Lorsque le stagiaire a atteint un niveau de compétence suffisant, le superviseur lui donne-t-il l'occasion d'agir seul sur le terrain clinique ? Le superviseur organise-t-il les apprentissages suivant une logique progressive (observation passive, participation active, action seul sous supervision proche, action seul sous supervision distanciée) ? Le superviseur donne-t-il au stagiaire l'occasion de faire sa propre proposition diagnostique, voire thérapeutique ? ...	?

AECA : apprentissage et enseignement contextualisés authentiques



des apprentissages, restera inabouti si les acteurs de la relation pédagogique ne se sentent pas concernés par les nouvelles (res)sources pédagogiques que sont l'apprentissage du transfert et l'accompagnement des apprentissages.

A la faculté de médecine de l'Université de Liège (ULg), depuis 2013-2014, les stages sont organisés autour du *log book* et de la pratique réflexive dans deux autres départements du CHU-ULg : neuro-psychiatrie^[30] et néo-natologie. Ce travail pourrait s'étendre aux stages d'autres disciplines médicales. De même, les cours communiqués en faculté pourraient se construire sur le même axe de développement d'une pratique réflexive accompagnée, comme le fait, depuis 2010-2011, le cours de médecine palliative^[31] proposé aux étudiants de M3. Ce fait est intéressant car il souligne que le questionnaire qui était à la base de ce projet de restructuration des stages de G-O n'est pas isolé mais partagé par d'autres enseignants, au sein de la même institution. Installer des modalités pédagogiques destinées à faire (ré)agir les étudiants au sein de dispositifs ancrés dans des contextes authentiques est fondamental mais encore faut-il qu'ils adoptent une posture réflexive dans leur quotidien clinique pour qu'ils aient accès à l'autonomisation de leurs apprentissages et à leur « je » professionnel.

Conclusion

L'intention de proposer des dispositifs pédagogiques centrés sur le développement d'une posture et d'une pratiques réflexives implique que plusieurs conditions soient mises en place. La pérennité de tels dispositifs ne dépend pas que des bonnes volontés mises en œuvre. Le manque de disponibilité des principaux acteurs du terrain clinique laisse peu d'espace à leur engagement pédagogique. Leur charge de travail est souvent très lourde et ne laisse guère de temps pour développer les compétences pédagogiques requises pour une approche réflexive. Pourtant, des experts en soins de santé soulignent que les médecins sont en général trop peu formés dans ce sens, surtout quand il s'agit de spécialistes^[20]. Une perspective institutionnelle pourrait valoriser cet engagement pédagogique. Les médecins qui souhaiteraient s'impli-

quer dans ce sens pourraient bénéficier d'un horaire adapté en conséquence et participer à une formation à l'accompagnement réflexif destinée aux accompagnateurs. Des démarches complémentaires d'évaluation systématique approfondies ont été conduites et font l'objet d'autres contributions^[32, 33, 34].

Contributions

À la demande du professeur Jean-Michel Foidart, responsable du département de G-O (quatre services de G-O) de la faculté de médecine de Liège jusqu'en janvier 2012, Viviane Vierset a organisé le travail d'analyses préliminaires en 2007-2008 (analyse des besoins de la profession et des acteurs du terrain clinique) ; elle a élaboré le référentiel de compétences avec les acteurs de terrain, a planifié et organisé l'implantation du projet au sein du département de G-O en 2008-2009. Elle a accompagné les apprenants et les accompagnateurs dans leur processus d'apprentissage de la posture réflexive jusqu'à la fin de l'année académique 2013-2014. L'année suivante, elle a rédigé cet article avec l'accompagnement réflexif minutieux de Marianne Frenay et Denis Bédard. Didier Giet est intervenu en tant que soutien institutionnel à ce dispositif pédagogique réflexif dans le cadre facultaire de l'Université de Liège et a participé à la relecture de cet article.

Déclaration d'intérêt

Aucun auteur ne déclare de conflit d'intérêt en lien avec le contenu de cet article.

Approbation éthique

Non sollicitée.

Références

- Vierset V, Bédard D, Foidart J-M. La psychosociologie : un cadre interprétatif de la fonction du tuteur dans un dispositif d'apprentissage par problèmes. *Pédagogie Médicale* 2009;10:211-228.

- 792 2. Bédard D, Frenay M, Turgeon J, Paquay L. Les fondements de dispositifs pédagogiques visant à favoriser
793 le transfert de connaissances: perspectives de
794 l'apprentissage et de l'enseignement. contextualisés
795 authentiques. *Res Academica* 2000;18:21-47.
- 796 3. Frenay M. Du transfert des apprentissages au transfert
797 des connaissances. In A. Presseau et M. Frenay
798 (dir.) : Le transfert des apprentissages. Québec :
799 Presses de l'Université Laval 2004.
- 800 4. Frenay M, Bédard D. Des dispositifs de formation uni-
802 versitaire s'inscrivant dans la perspective d'un
803 apprentissage et d'un enseignement contextualisé
804 pour favoriser la construction de connaissances et
805 leur transfert. In A. Presseau et M. Frenay (dir.) : Le
806 transfert des apprentissages. Québec : Presses de
l'Université Laval 2004.
- 808 5. Paquay L, Van Nieuwenhoven C, Wouters P. L'évalua-
809 tion, levier du développement professionnel?
Bruxelles : De Boeck 2010.
- 810 6. Dewey, J. Logique. La théorie de l'enquête. Paris,
811 France : Presses Universitaires de France, 1967.
- 812 7. Kolb DA, Fry R. Toward an applied theory of expe-
813 riential learning. In C. Cooper (ed.): Theories of
814 Group Process. London: John Wiley 1975.
- 816 8. Boussara B, Serre F, Ross D. Apprendre de son expé-
817 rience. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Qué-
bec 1999.
- 818 9. Schön DA. The Reflective Practitioner. New York:
820 Basic Books 1983. Traduction française : Le prati-
cien réflexif. A la recherche du savoir caché dans
821 l'agir professionnel. Montréal : Éditions Logiques
822 1994.
- 823 10. Donnay J, Charlier E. Apprendre par l'analyse de pra-
825 tiques. Initiation au compagnonnage réflexif. Namur :
Presses Universitaires 2008.
- 826 11. Perrenoud Ph. Articulation théorie-pratique et forma-
828 tion de praticiens réflexifs en alternance. In P Lhez,
829 D Millet et B Séguier (Eds.), Alternance et com-
plexité en formation. Éducation et Santé mentale.
830 Travail social. Paris : Seli Arslan 2001.
- 831 12. Saint-Arnaud Y. Le changement assisté. Compétences
832 pour intervenir en relations humaines. Paris : Gaëtan
833 Morin 1999.
- 834 13. Vermersch Ph. L'entretien d'explicitation (7^e éd.).
835 Paris, France : ESF 2011.
14. Centre fédéral d'expertise des soins de santé belge (KCE). Les stages en médecine devraient être mieux contrôlés. *Journal Le Soir* 10/07/2010.
15. Vierset V, Frenay M, Bédard D. Quels critères utiliser pour questionner la qualité pédagogique des stages cliniques ? *RIPES* 2015;31-2.
16. Petrolito S, Leloup G, Godin V. Les acquis d'apprentissage ("learning outcomes") : approches contextuelles et travaux en cours dans le secteur médical. *Louvain Médical* 2011;130(1):36-40.
17. Roegiers X. Des curricula pour la formation professionnelle initiale. Bruxelles : De Boeck 2010.
18. Andrien M, Monoyer M, Philippet C, Vierset V. Le groupe focalisé : une méthode qualitative du recueil d'informations. *Education-santé* 1993;77:3-9.
19. Vierset V, De Ketele J-M, Foidart J-M, Nisolle M. Guide d'Apprentissage et d'Accompagnement, GAA. Liège : Université de Liège 2010.
20. Langevin S, Hivon R. En quoi l'externat ne s'acquitte-t-il pas adéquatement de son mandat pédagogique ? Une étude qualitative fondée sur une analyse systématique de la littérature. *Pédagogie Médicale* 2007;8:7-23.
21. Vierset V. Sensibilisation à une autre pédagogie. Marrakech : Presses de l'Université Cadi Ayyad de Marrakech (UCAM) 2005.
22. Flanagan JC. The critical incident technique. *Psychological Bulletin* 1954;16:327-358.
23. O'Driscoll MP, Cooper CL. A critical incident analysis of stress-coping behaviours at work. *Stress Medicine* 1996;7:123-128.
24. Jouquan J, Romanus Ch, Vierset V, Jaffrelot G, Parent F. Promouvoir les pédagogies actives comme soutien à la pratique réflexive et à l'apprentissage en profondeur. In F Parent et J Jouquan (Dir.). *Penser la formation des professionnels de la santé. Une perspective intégrative*. Bruxelles : De Boeck, 2013.
25. Vierset V. Le *log book* : un support d'apprentissage, d'accompagnement et d'évaluation des compétences professionnelles. *Bulletin de l'ADMEE* 2013;3:5-12.
26. O'Brien H, Marks M, Charlin B. Le feedback (ou rétroaction) : un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu Clinique. *Pédagogie Médicale* 2003;3:184-191.

- 881 27. Irby M. How attending physicians make instructional 899
882 decisions when conducting teaching rounds? Acad 900
883 Med 1992;67:630-638. 901
- 884 28. Jorro A, De Ketele JM. La professionnalité émer- 902
885 gente : quelle reconnaissance ? Bruxelles : De 903
886 Boeck, 2011. 904
- 887 29. Ricœur P. Parcours de la reconnaissance. Paris : Seuil, 905
888 2004. 906
- 889 30. Scantanburlo G, Ansseau M, Bonnet P, Vierset V. *Log* 907
890 *book*. Carnet de bord réflexif. Outil de travail proposé 908
891 aux stagiaires. Département de neuro-psychiatrie. 909
892 Liège : Faculté de médecine de l'université de Liège 910
893 2014. 911
- 894 31. Giet D, Massart V, Deum M, Brichant JF. Dispositif 912
895 pédagogique en médecine palliative visant le déve-
896 loppement de la réflexivité chez des étudiants. Utili-
897 sation d'un portfolio électronique. *Pédagogie*
898 *Médicale* 2012;13:51-64.
32. Vierset V, Frenay M, Collard A, Giet D. Un dispositif 899
d'accompagnement et de contextualisation des 900
apprentissage sur un site de stages cliniques : qu'en 901
disent les stagiaires ? Soumis pour publication in 902
Pédagogie Médicale (en révision). 903
33. Vierset V. Vers un modèle d'apprentissage réflexif. Iti- 904
néraire d'une recherche par Méthodologie de la 905
théorisation Enracinée (MTE) sur un parcours de 906
stages cliniques. Sous presse in *Approches Induc-* 907
tives. 908
34. Vierset V, Guillemette, F. Vers un modèle d'appren- 909
tissage réflexif. Recueil de traces d'apprentissage 910
formulées dans les *log books* par des stagiaires en 911
médecine. Sous presse in *Approches Inductives*. 912

Correspondance et offprints : Viviane Vierset,
Mailto : viviane.vierset@skynet.be