

- Enseignants
- Formateurs
- Médecins
- Cadres de santé

COMMENT MIEUX FORMER ET ÉVALUER LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ET EN SCIENCES DE LA SANTÉ ?

2^e édition

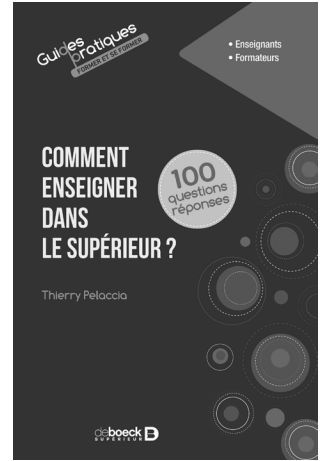
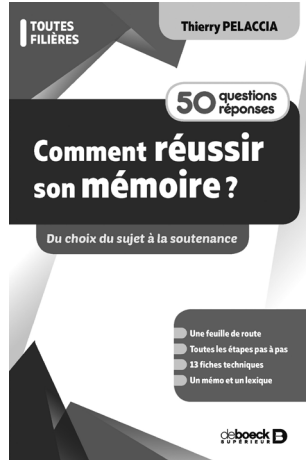
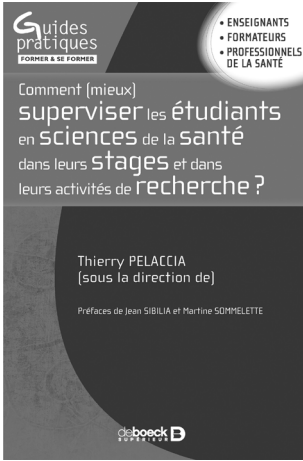
Sous la direction de
Thierry Pelaccia

Préface de
Jacques Tardif

- Enseignants
- Formateurs
- Médecins
- Cadre de santé

COMMENT MIEUX FORMER ET ÉVALUER LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ET EN SCIENCES DE LA SANTÉ ?

Du même auteur



Pour toute information sur notre fonds
et les nouveautés dans votre domaine
de spécialisation, consultez notre site web :

www.deboecksuperieur.com

De Boeck Supérieur s.a., 2023
Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve

2^e édition

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal :

Bibliothèque nationale, Paris : septembre 2023

Bibliothèque Royale de Belgique, Bruxelles : 2023/13647/159

ISBN : 978-2-8073-4195-1

Sommaire

PRÉFACE	5
MERCI !	9
INTRODUCTION	11
 PARTIE 1 Identifier le profil de professionnels que vous voulez former	 17
CHAPITRE 1	
Un professionnel de santé qui se comporte de façon professionnelle et éthique : le professionnalisme et l'identité professionnelle	19
CHAPITRE 2	
Un professionnel de santé qui résout efficacement les problèmes : le raisonnement clinique	33
CHAPITRE 3	
Un professionnel de santé qui se pose des questions : la réflexivité	47
CHAPITRE 4	
Un professionnel de santé qui exerce en collaboration : la pratique collaborative en partenariat avec le patient.....	65
 PARTIE 2 Créer une formation	 89
CHAPITRE 5	
Concevoir et évaluer une formation.....	91
CHAPITRE 6	
Inscrire une formation dans le cadre de l'approche par compétences	109
 PARTIE 3 Appliquer les principes de pédagogie active	 127
CHAPITRE 7	
Communiquer efficacement avec les étudiants et leur poser de bonnes questions...	131
CHAPITRE 8	
Ancrer les apprentissages sur les connaissances antérieures des étudiants	153

CHAPITRE 9	
Favoriser le transfert des apprentissages de la salle de cours au milieu de soins	171
CHAPITRE 10	
Motiver les étudiants et les impliquer activement dans leur apprentissage	183
 PARTIE 4 Préparer et animer un cours	 197
CHAPITRE 11	
Préparer et animer un cours magistral.....	201
CHAPITRE 12	
Préparer et animer un cas clinique	221
CHAPITRE 13	
Préparer et animer une séance d'apprentissage d'un geste	233
CHAPITRE 14	
Concevoir et animer une séance de simulation.....	253
CHAPITRE 15	
Préparer et animer une séance d'apprentissage par problèmes	283
CHAPITRE 16	
Concevoir et animer une formation à distance	309
CHAPITRE 17	
Préparer et animer une formation par concordance	335
 PARTIE 5 Évaluer les étudiants	 353
CHAPITRE 18	
Comprendre les principes généraux de l'évaluation des apprentissages.....	355
CHAPITRE 19	
Choisir un outil d'évaluation	371
CHAPITRE 20	
Construire et utiliser les outils d'évaluation choisis.....	389
 PARTIE 6 Planter une réforme curriculaire et des innovations pédagogiques au sein de votre institution	 431
CHAPITRE 21	
Favoriser le changement au sein d'une institution	433
 DONNEZ VOTRE AVIS	 448
GLOSSAIRE	449
AUTEURS	459
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	468

Préface

Sept ans plus tard, la seconde édition de *Comment mieux former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ?* constitue, encore une fois, une pièce indispensable pour toute personne œuvrant dans le vaste domaine de la formation initiale ou de la formation continue des professionnels de la santé. La très grande majorité des chapitres intègrent de nouvelles références, près de 200, afin que l'état de la recherche et des réflexions en sciences de l'éducation soit toujours le cadre structurant de l'ouvrage. Un nouveau chapitre (*Favoriser le changement au sein d'une institution*) a été ajouté dans cette seconde édition. Bien que sa toile de fond soit la mise en œuvre d'une approche par compétences, les propositions et les questions peuvent être transférées à tout changement curriculaire. Ce chapitre documente entre autres des modalités de conduite du changement qui rendent plus probable la concrétisation d'innovations pédagogiques et curriculaires.

Les guides qui visent à encadrer la conception et l'implantation d'environnements pédagogiques et de situations d'apprentissage aptes à soutenir la professionnalisation de l'étudiant, notamment dans le domaine de la médecine et des sciences de la santé, ne sont pas légion. En fait, ils sont rarissimes. De plus, quand des écrits (des articles, des comptes-rendus d'expérience, des actes de colloque ou de congrès) sont disponibles sur ce sujet, le ton du texte est souvent « dogmatique », dans le sens où ceux-ci ne privilégient qu'une seule avenue, qu'une seule modalité pédagogique. Ils sont rédigés dans une optique de prescription : il faut (...), les enseignants et les étudiants doivent (...), il est nécessaire (...), il est indispensable (...).

Comment mieux former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ? s'inscrit dans une logique fort différente. La professionnalisation de l'étudiant en médecine et en sciences de la santé forme non seulement le fil conducteur de l'ensemble de l'ouvrage, mais la première partie (« Identifier le profil de professionnels que nous voulons former ») expose clairement quatre traits devant composer l'identité, la culture et les compétences de ce professionnel : le professionnalisme et l'identité professionnelle (chapitre 1) ; le raisonnement clinique (chapitre 2) ; la réflexivité (chapitre 3) ; la pratique collaborative en partenariat avec le patient (chapitre 4). Ces composantes de l'identité, de la culture et des compétences professionnelles ne sont pas négligées ou ignorées dans la suite du livre. Bien au contraire, elles constituent la cible des questions, des réflexions et des suggestions des 17 chapitres des autres parties du livre.

Étant donné l'accent mis tout au long de l'ouvrage sur l'apprentissage de l'étudiant, sur sa professionnalisation progressive ainsi que sur son autonomisation croissante dans la régulation de ses interventions professionnelles, *Comment mieux former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ?* aurait pu sans problème être intitulé *Comment mieux apprendre la médecine et les sciences de la santé ?* Certes, les paroles d'enseignants placées en début de chapitre concernent l'enseignement, mais les grilles qui ferment les chapitres portent résolument la marque de l'apprentissage signifiant. En considérant le livre de la première à la dernière page, le lecteur pourrait à juste titre conclure que sa finalité est d'assurer que le professionnel de la santé ait développé toutes les bases nécessaires (éthiques, cognitives, attitudinales, comportementales, réflexives, etc.) pour offrir des soins judicieux, adaptés au problème de santé du patient, dans une approche collaborative et interdépendante, avec un professionnalisme sans faille.

L'une des qualités remarquables de *Comment mieux former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ?* est d'offrir au lecteur un accès documenté et argumenté à une diversité d'approches pédagogiques. En témoignent les cinq chapitres de la Partie 4 (« Préparer et animer un cours »). Sont abordées tour à tour la préparation et l'animation d'un cours magistral, d'un cas clinique, d'une séance d'apprentissage d'un geste, d'une séance de simulation, d'une séance d'apprentissage par problèmes, d'une formation à distance et d'une formation par concordance. Dans chacun de ces chapitres, systématiquement construit autour de questions précises, on expose au lecteur des principes de base, on lui donne des balises opérationnelles pour la construction des situations d'apprentissage, on attire son attention sur des erreurs ou des décisions moins appropriées compte tenu de l'approche privilégiée, on détaille le « comment faire ». Dans ces chapitres, comme dans les autres, les auteurs présentent clairement les sources à la base de leurs propositions et, autant que faire se peut, ils mettent en évidence les conclusions d'études soutenant de telles orientations.

Une autre qualité remarquable de l'ouvrage est d'informer d'une manière significative et concrète le lecteur des grands principes de la pédagogie active (Partie 3 : « Appliquer les principes de pédagogie active »). Deux chapitres abordent des questions cruciales dans l'apprentissage, soit la prise en compte des connaissances antérieures de l'étudiant et le nécessaire soutien au transfert des apprentissages. Des pistes d'intervention déterminantes dans le cadre de la pédagogie active sont décrites clairement. Dans cette partie du livre, le dernier chapitre examine la dynamique motivationnelle qui incite l'étudiant à s'engager et à persévérer dans son parcours de professionnalisation, et le premier couvre le champ de la communication, en particulier du questionnement, dans la relation d'apprentissage. Encore une fois dans ces chapitres, le lecteur est en contact avec des choix pédagogiques pluriels, basés sur des sources nettement identifiées et inscrits dans l'optique de l'apprentissage de l'étudiant.

Dans la cinquième partie du livre, trois chapitres traitent de l'évaluation des apprentissages. L'un porte sur la compréhension des principes généraux de l'évaluation, un autre sur la sélection des outils d'évaluation et un dernier sur la construction et l'utilisation des outils d'évaluation. Considérant l'état actuel de la problématique de la formation en médecine et en sciences de la santé, ces trois chapitres

apportent une contribution essentielle aux questions incontournables posées quant à l'appréciation (l'évaluation) du parcours de professionnalisation de l'étudiant et quant à la certification de son degré de professionnalisme au terme de la formation.

Tel que souligné dans la première phrase de la préface, *Comment mieux former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ?* est un ouvrage indispensable dans la bibliothèque ou dans la tablette électronique de l'enseignant en médecine et en sciences de la santé. Le fait qu'il réunisse un grand nombre d'auteurs autour d'un même projet d'écriture concourt à ce que chaque chapitre intègre les derniers développements dans le sujet en question. De plus, l'organisation même des chapitres soutient l'intelligibilité des réflexions et des propositions pédagogiques en les structurant autour de questions, en recourant régulièrement à des encadrés pour établir des liens avec d'autres parties du livre et en terminant par une grille visant l'auto-évaluation et l'autorégulation de l'enseignant.

Bien que le nombre d'auteurs et la structuration du livre méritent d'être soulignés pour inciter à sa lecture, l'accent mis sur l'apprentissage signifiant de l'étudiant pourrait être la première raison. *Comment mieux former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ?* illustre très clairement la place cruciale de l'engagement, de la réflexivité, de la conscientisation et de l'autorégulation de l'étudiant dans son parcours de professionnalisation. Tout au long de la lecture du livre, le lecteur prend conscience des fonctions et des influences de l'explicitation, tant celle de l'enseignant que de l'étudiant. *Comment mieux former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ?* s'adresse d'abord et avant tout à l'intelligence du professionnel de la santé.

Jacques TARDIF

Professeur émérite, Université de Sherbrooke (Canada)

Merci !

Les auteurs de *Comment mieux former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé* ont tous participé avec un fort entrain et une grande motivation à une aventure éditoriale collective qui les a réunis pendant plusieurs années autour de la rédaction des différents chapitres de cet ouvrage, que ce soit dans le cadre de la première ou de la deuxième édition. Tous se sont engagés à relever un défi complexe : partager leur expertise en la rendant intelligible. Pour cela, ils ont réfléchi, échangé, écrit, révisé, réécrit et relu à plusieurs reprises, avec une idée principale en tête : vous aider à améliorer vos pratiques de formation et d'évaluation des étudiants en médecine et en sciences de la santé. Ils sont parvenus à éviter de tomber dans la simplification excessive, dans l'apparente évidence empirique et dans la prescription manichéenne, en prenant soin d'étayer leurs écrits par des données scientifiques probantes. L'ouvrage n'aurait jamais vu le jour sans le travail considérable et méticuleux qu'ils ont investi dans la rédaction de leurs chapitres respectifs.

De nombreuses personnes ont contribué de diverses manières à la publication de cet ouvrage. Nous leur adressons également notre profonde gratitude :

Véronique BRUNSTEIN

Bernard CHARLIN

Camille DE COCK

Jean-Marie DE KETELE

Hervé DELPLANCO

Rémi GAGNAYRE

Victor GASIA

Jean JOUQUAN

Chantal LIBOUTON

Auréline MOSSOUX

Florence PARENT

Hélène PELACCIA

Nicolas PELACCIA

Sylvie PELACCIA

Catherine RUNSER

Jean SIBILIA

Corinne STOCK

Jacques TARDIF

Anouk VERLAINE

Anne WEISS

Introduction

Qu'est-ce qui change dans cette deuxième édition ?

Vous avez entre les mains la deuxième édition de l'ouvrage *Comment mieux former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé* ? Elle est parue en 2023, sept ans après la première édition. Nous avons estimé que le moment était venu d'en actualiser le contenu par rapport aux évolutions des pratiques professionnelles et aux publications récentes. De nombreux chapitres ont ainsi été partiellement ou totalement réécrits, par une équipe qui s'est étoffée de plusieurs auteurs, et un chapitre inédit traite désormais de la conduite des réformes pédagogiques et curriculaires dans les institutions. Le glossaire compte quant à lui 80 définitions supplémentaires, et près de 200 références bibliographiques ont été ajoutées.

À quoi sert ce guide ?

Les professionnels de santé ont toujours manifesté de l'intérêt pour les questions qui ont trait à la pédagogie et à l'éducation. Nous avons choisi de nous attarder sur deux indicateurs qui témoignent de cette préoccupation :

- Les facultés de médecine sont les seules composantes des universités à avoir créé en leur sein, dès les années soixante aux États-Unis, un département de pédagogie. Celui-ci a en particulier pour missions d'assurer la formation pédagogique initiale et continue des enseignants, de réfléchir aux stratégies visant à mieux préparer les étudiants en médecine à leur futur métier, et de proposer les réformes curriculaires et pédagogiques nécessaires à l'atteinte de cet objectif.
- Les facultés, instituts et centres qui forment aux autres métiers de la santé ont pour la plupart fait le choix d'inscrire leurs personnels dans une dynamique de professionnalisation impliquant le recrutement d'enseignants ou des formateurs à temps complet. Il s'agit ainsi de favoriser la conduite d'une réflexion pédagogique approfondie, d'encourager l'innovation, et d'offrir aux étudiants un accompagnement et une supervision de proximité.

Paradoxalement, comme le souligne Jacques TARDIF dans la préface, les ouvrages destinés à aider les professionnels de santé dans leurs missions de formation sont rarissimes. *Comment mieux former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ?* a la prétention de combler ce manque.

Pour cela, le guide a réuni plus de 50 auteurs. Ils sont à la fois des chercheurs et des spécialistes reconnus de l'éducation et/ou de la pédagogie — et, en particulier, du ou des thèmes sur lesquels ils ont écrit dans cet ouvrage —, et des enseignants qui mobilisent leur expertise en formant d'autres enseignants, et, pour la plupart, des étudiants en sciences de la santé, notamment dans le cadre de leur activité clinique.

Le guide a pour but d'aider les professionnels de santé dans de multiples situations. Vous vous reconnaîtrez sans doute dans l'une ou plusieurs d'entre elles :

- « Je dois préparer un cours et/ou concevoir des sujets pour un examen, mais je ne sais pas trop comment m'y prendre ».
- « Je suis enseignant, formateur ou tuteur dans une faculté, un hôpital, un institut ou un centre de formation continue des professionnels de santé, et je veux développer mes compétences pédagogiques ».
- « Je suis responsable d'un curriculum, d'un programme, d'une unité d'enseignement ou d'un module, et je souhaite avoir des repères afin de prendre les bonnes décisions pour construire ou faire évoluer ces dispositifs ».
- « J'entreprends un master, une maîtrise, un diplôme universitaire, un micro-programme ou un *Certificate of Advanced Studies* dans le domaine de la pédagogie, et je voudrais être accompagné dans cette formation ».
- « Je m'intéresse aux questions de pédagogie et d'éducation, et j'aimerais comprendre comment je peux aider les étudiants dans leur apprentissage et améliorer leur formation ».
- « J'enseigne depuis un certain temps et j'ai envie de poser des mots sur ce que je fais, de me rassurer en identifiant ce que je fais bien, de savoir ce que je pourrais changer, et d'innover dans mes pratiques de formation et d'évaluation des étudiants ».

Les six parties de ce livre, l'organisation des 21 chapitres qui structurent ces différentes parties, le contenu de ces chapitres et la manière dont les auteurs présentent ce contenu ont été pensés afin de répondre à ces multiples attentes. Nous mettre à votre place : c'est la posture que nous avons adoptée et qui a été privilégiée lors de l'écriture de chacune des lignes de ce guide.

Comment lire ce guide ?

La façon dont ce guide a été construit vous permettra d'en réaliser une lecture selon deux modalités :

1. L'articulation des différentes parties de l'ouvrage raconte une histoire qui en autorise une lecture linéaire et chronologique, de la première à la dernière page :

- La première partie en est le point de départ. Elle a pour but de vous aider à établir un cadre de référence professionnel. Il s'agit d'identifier le profil de soignants que nous devrions former au regard de leur mandat social et des tâches qu'en attendent la société, les patients, les employeurs et leurs collègues. Loin de correspondre à une vision idéalisée d'un professionnel de santé qui n'existerait que dans l'imaginaire collectif des enseignants et des formateurs, ce profil est dressé dans les différents chapitres de cette première partie de façon très concrète, argumentée et raisonnée, en tenant compte des défis liés aux évolutions récentes de l'environnement de pratique des soignants et aux attentes sociétales nouvelles.
- La deuxième partie est une suite logique à l'identification de ce profil. Elle a pour but de vous aider à concevoir et à structurer un curriculum, un programme, une unité d'enseignement ou un module de formation, afin que les futurs soignants soient en mesure de relever les défis professionnels auxquels ils seront confrontés.
- Les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation qui prennent place dans ces dispositifs s'appuient sur un certain nombre de principes de pédagogie active que nous pourrions qualifier d'« universels ». Il s'agit de principes qu'il est souhaitable de mettre en œuvre, quel que soit le contexte dans lequel vous formez. De la même manière qu'il est peu enviable d'être soigné par des « techniciens du soin » qui ne comprendraient pas pourquoi il faut agir comme ils le font, il est indispensable que les enseignants et les formateurs connaissent ces principes de pédagogie active, qui devraient servir de fondement scientifique aux pratiques de formation et d'évaluation. C'est l'objet de la troisième partie de l'ouvrage.
- Ces principes peuvent être déclinés de différentes façons, selon le contexte et les ressources que vous serez amené à mobiliser ou qui vous seront imposées dans votre environnement professionnel. La quatrième partie a pour but de vous aider très concrètement à appréhender et à déployer les méthodes, approches, techniques et outils pédagogiques utiles à la formation initiale et continue des professionnels de santé, qu'ils soient d'usage courant ou qu'ils relèvent de pratiques dites « innovantes ».
- L'évaluation des apprentissages des étudiants est une préoccupation centrale de la part des enseignants et des formateurs en sciences de la santé. Cette préoccupation est parfaitement légitime, dès lors que l'on considère que l'évaluation est le principal déterminant de la façon dont les étudiants apprennent, et que les attentes sociétales quant à la mise sur le marché des soins de professionnels de santé « certifiés » sont très fortes. La thématique de l'évaluation sera traitée dans trois chapitres, regroupés au sein de la cinquième partie.
- Afin de clore l'histoire racontée dans ce livre, nous vous aiderons, dans une sixième partie qui accueillera le vingt et unième et dernier chapitre, à entreprendre et à réaliser avec succès une tâche souvent hautement complexe et parfois décourageante : implanter dans votre institution une innovation ciblée, voire une réforme de grande ampleur, qui pour-

raient résulter de votre envie de mettre en œuvre certaines méthodes, des techniques ou des outils que vous auriez découverts dans ce guide, ou de répondre à une injonction de la part d'autorités académiques ou ministérielles.

2. Le caractère autonome de chaque chapitre, les nombreux renvois d'un chapitre à l'autre, les recommandations de lectures complémentaires et l'existence d'un glossaire en fin d'ouvrage permettent également de préférer un mode de lecture ciblée, consistant à prendre d'abord connaissance d'un chapitre qui vous intéresse plus qu'un autre, ou dont vous avez besoin de vous approprier le contenu au regard d'une mission de formation ou d'évaluation qui vous aurait été confiée.

Comment chaque chapitre est-il structuré ?

Chaque chapitre est construit à l'identique :

- Des « paroles d'enseignants » servent d'amorce au chapitre. Elles ont pour but d'appréhender des pratiques, des écueils, des plaintes, des requêtes et/ou des souhaits dans lesquels vous vous reconnaîtrez peut-être, car il s'agit de ceux que les enseignants et les formateurs partagent le plus souvent avec les auteurs du chapitre.
- Le plan du chapitre prend la forme de questions formulées en lien avec les paroles d'enseignants. Il vous offre un aperçu du contenu du chapitre.
- Chaque section du chapitre est une réponse à ces différentes questions et en porte l'intitulé. Elle est ponctuée de renvois vers d'autres chapitres (afin de vous permettre, par exemple, de mieux comprendre un terme, d'approfondir votre connaissance d'un concept ou de découvrir un exemple) et vers des lectures (il peut s'agir d'articles, d'ouvrages, de chapitres de livres, de sites internet, ou encore de documents didactiques) pertinentes par rapport au thème traité.
- Une grille vient clore chaque chapitre. Elle peut aussi bien vous servir de synthèse, puisqu'elle est un résumé des points clés du chapitre, que de porte d'entrée dans la lecture du chapitre, car elle en annonce le contenu et la structuration. Elle vous permettra également d'autoévaluer vos pratiques sans avoir à vous réapproprier à chaque fois l'intégralité du chapitre. Des renvois vers différentes parties du chapitre vous guideront afin de trouver rapidement les informations en lien avec chaque point clé contenu dans cette grille.

Sur le plan sémantique et afin d'alléger l'écriture, nous avons décidé d'englober sous le terme d'« enseignant » à la fois les enseignants et les formateurs, tout en reconnaissant les différences d'usage selon les cultures, les professions, les milieux et le contexte. De la même manière, la personne en situation d'apprentissage sera principalement dénommée « étudiant », qu'il s'agisse d'un élève (d'une école ou d'un institut), d'un étudiant (de l'université) ou d'un professionnel (en formation continue).

Comment utiliser ce guide ?

Ce guide a pour but d'aider une multitude d'enseignants dans la plupart de leurs missions pédagogiques. Cette quête d'exhaustivité constitue à la fois une richesse inestimable et un risque pour le lecteur : celui de se retrouver face à ce qu'il considérera comme un mur infranchissable, qui ne cesse de prendre de la hauteur à chaque chapitre, chaque section et chaque paragraphe qu'il découvre. Afin de ne pas vous décourager, voici une recommandation et un principe que nous vous suggérons d'appliquer :

- Selon votre parcours de formation, vos expériences, vos connaissances antérieures, le temps dont vous disposez, ou encore vos opportunités de pratique, il vous faudra peut-être quelques heures, quelques jours, quelques mois ou quelques années afin de vous approprier le contenu de cet ouvrage dans sa globalité. Les professionnels de santé sont des professionnels de l'action. Ils manifestent donc parfois, dans les activités qu'ils entreprennent, une forme d'impatience peu compatible avec cet objectif d'appropriation. Un principe : prenez le temps et laissez-vous du temps.
- L'ouvrage n'est pas un livre de recettes. Cela veut dire que votre plat — par exemple, le cours que vous animerez — pourra ressembler à quelque chose même si vous ne respectez pas toutes les étapes de la recette, que vous supprimez certains ingrédients et que vous en ajoutez d'autres. Une recommandation : commencez à lire le livre selon l'une des modalités précédemment décrites. Lorsque vous « accrochez » avec un principe, un conseil ou une proposition qui font sens par rapport à votre pratique, faites-en un objectif à mettre en œuvre dès qu'une occasion se présentera. Posez votre livre. Oubliez-le. Testez. Tâtonnez. Réajustez. Persévérez. Revenez vers le livre pour continuer à enrichir progressivement, par paliers successifs et à votre rythme, vos activités de formation et d'évaluation.

Nous vous souhaitons de prendre le même plaisir à lire cet ouvrage que celui que nous avons eu à en écrire chaque ligne.

Et si vous nous écriviez ?

Vos retours sont très précieux. N'hésitez pas à nous écrire pour nous faire part de votre avis et de vos suggestions : pelaccia@unistra.fr

Thierry PELACCIA

Professeur de médecine d'urgence, faculté de médecine,
maïeutique et sciences de la santé de Strasbourg (France)
Directeur du Centre de formation et de recherche
en pédagogie des sciences de la santé

Partie

1

IDENTIFIER LE PROFIL DE PROFESSIONNELS QUE VOUS VOULEZ FORMER

Chapitre 1

Un professionnel de santé qui se comporte de façon professionnelle et éthique :
le professionnalisme

19

Chapitre 2

Un professionnel de santé qui résout efficacement les problèmes :
le raisonnement clinique

33

Chapitre 3

Un professionnel de santé qui se pose des questions :
la réflexivité

47

Chapitre 4

Un professionnel de santé qui exerce en collaboration :
la pratique collaborative en partenariat avec le patient

65

La formation d'un futur soignant devrait s'inscrire dans une démarche de professionnalisation. Celle-ci est définie par Bélisle (2011) comme un processus de transformation d'un individu en professionnel, qui résulte d'apprentissages relatifs à trois dimensions :

- Le développement de compétences professionnelles, c'est-à-dire d'un agir complexe qui repose sur la mobilisation de ressources permettant de résoudre des problèmes en contexte professionnel.
- L'appropriation d'une culture professionnelle, qui désigne un ensemble de normes, de valeurs, d'attitudes et de symboles partagés par les membres d'une même profession.
- La construction d'une identité professionnelle, qui renvoie à une représentation de la personne en tant que professionnel, basée sur le rapport à soi, au groupe professionnel, à la formation et à la société.

Afin d'atteindre ce triple objectif, les enseignants doivent, certes, réfléchir à *quoi* ils veulent former les étudiants et *comment* ils vont s'y prendre, mais le point de départ de la réflexion consistera à établir *qui* ils veulent former, c'est-à-dire à construire une vision commune de la professionnalisation. Il s'agit, autrement écrit, de définir à quoi devraient ressembler les professionnels qui seront diplômés par l'institution.

Le but de la première partie de cet ouvrage est de vous aider, dans le cadre d'une démarche que nous vous encourageons à mener collectivement, à déterminer le profil de soignant que vous voulez former. Nous avons pour cela identifié quatre traits qui, de notre point de vue, devraient constituer des objectifs de développement inhérents à la professionnalisation des étudiants en sciences de la santé. Ces quatre traits seront successivement décrits à travers quatre chapitres.

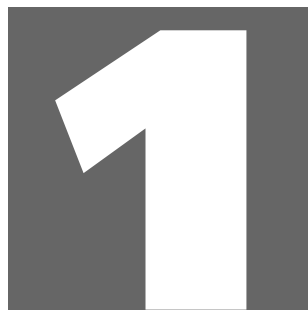
Dans le **chapitre 1**, Caroline BELL et Diane ROBERT discuteront des questions liées au professionnalisme et à l'identité professionnelle, en définissant cinq attributs qui caractérisent un soignant faisant preuve de professionnalisme, et en détaillant les stratégies qui permettent de former les étudiants au professionnalisme et de les accompagner dans la construction de leur identité professionnelle.

Le **chapitre 2** sera pour Caroline FAUCHER et ses collègues l'occasion d'aborder la thématique du raisonnement clinique, qui se situe désormais au cœur de la plupart des référentiels de compétences des étudiants en sciences de la santé, et dont l'apprentissage est devenu, dans les facultés et les instituts, un objectif central partagé par l'ensemble des enseignants.

Quoc Dinh NGUYEN et Stéphanie RAYMOND-CARRIER vous inviteront, dans le **chapitre 3**, à faire de la pratique réflexive à la fois un outil d'apprentissage et un objectif de développement chez les futurs professionnels de santé.

Le **chapitre 4**, qui viendra clore cette première partie, sera structuré autour de la pratique collaborative en partenariat avec le patient, grâce à l'expertise de Marie-Claude VANIER et de ses collègues, qui discuteront notamment de l'importance de l'apprentissage en interprofessionnalité et de l'intégration de patients formateurs aux équipes d'enseignants.

Chapitre



Un professionnel de santé qui se comporte de façon professionnelle et éthique : le professionnalisme et l'identité professionnelle

Caroline BELL et Diane ROBERT

Paroles d'enseignants...

- *On parle souvent de professionnalisme, mais j'ignore concrètement ce que ça implique au quotidien.*
- *Est-ce qu'un bon médecin se définit par ses connaissances ou par ses attitudes ?*
- *Peut-on vraiment enseigner des valeurs et contribuer à transformer l'identité professionnelle d'un étudiant ?*

Les questions auxquelles nous répondrons

- 1.1 Qu'est-ce que le professionnalisme et l'identité professionnelle ?20
- 1.2 Comment se comporte un soignant faisant preuve de professionnalisme ?21
- 1.3 Comment former les étudiants au professionnalisme et les accompagner dans le développement de leur identité professionnelle ?23
- 1.4 Comment évaluer le professionnalisme ?29

Le constat, partagé par de nombreuses institutions, quant aux problèmes de professionnalisme chez les soignants et les futurs soignants a conduit les responsables des dispositifs de formation à inscrire les curriculums dans une démarche visant la professionnalisation des étudiants. Ce processus implique, outre le développement des compétences, la construction d'une identité professionnelle (Bélisle, 2011). Dans ce chapitre, nous aborderons donc conjointement les questions de professionnalisme et d'identité professionnelle.

L'intérêt pour le concept de professionnalisme est assez récent. Ce sont les travaux du sociologue Elliot Freidson (1970a ; 1970b) qui en ont établi les bases, en particulier dans le domaine médical. En ce qui concerne l'identité professionnelle, les nombreuses études réalisées à partir des années quatre-vingt-dix par Cruess *et al.* (1997, 1999, 2020) se sont révélées particulièrement contributives.

Former au professionnalisme et accompagner la construction de l'identité professionnelle des étudiants posent d'importants défis. Afin de vous aider à les appréhender, nous définirons dans un premier temps ces concepts (section 1.1) et décrirons à quoi ressemble un soignant faisant preuve de professionnalisme (section 1.2). Nous vous suggérerons ensuite un certain nombre de stratégies permettant de favoriser le développement de l'identité professionnelle chez les étudiants, en lien avec ce qui est attendu sur le plan du professionnalisme (section 1.3). Nous aborderons enfin les principes de l'évaluation du professionnalisme (section 1.4).

1.1 Qu'est-ce que le professionnalisme et l'identité professionnelle ?

Le professionnalisme réfère à l'agir professionnel, qui conjugue les savoirs spécifiques à chaque profession et le comportement attendu des professionnels concernés envers l'ensemble de la société. Un « professionnel » peut être défini de la façon suivante :

Personne qui appartient à un groupe (une profession) et qui possède les connaissances (savoirs), les aptitudes (savoir-faire) et les attitudes (savoir-être) acquises au cours d'une formation, qui sont spécifiques à sa profession et qui sont mises au service des autres membres de la société.

L'identité professionnelle fait pour sa part référence à une représentation de *Soi* acquise étape par étape, au cours desquelles les caractéristiques, les valeurs et les normes de la profession sont internalisées, avec pour résultat une personne qui pense, agit et se sent comme un professionnel de sa discipline. Elle renvoie donc au fait, pour un étudiant, de s'identifier à la profession qu'il exercera, ce qui impliquera qu'il intègre son *Soi* personnel et son *Soi* professionnel, ainsi que ses valeurs et celles de la profession en un tout cohérent qui réponde à ce qui est attendu de la profession.

La pratique d'une profession dédiée aux soins repose ainsi sur l'acquisition de connaissances, d'habiletés, de compétences, de valeurs et de normes propres à chaque profession. Depuis de nombreuses années, les capacités relationnelles et les valeurs morales et éthiques, qui transcendent les savoirs disciplinaires, sont

en effet explicitement intégrées dans la définition du « savoir agir » du professionnel. Le professionnalisme concerne de ce fait tant la dimension technique et scientifique des soins, que les aspects moraux, éthiques et relationnels.

Il n'existe pas de définition consensuelle du professionnalisme. Dans ce chapitre, nous retiendrons celle proposée par l'Université de Montréal et inspirée du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (2015). Elle concerne les médecins, mais peut bien entendu être transposée à l'ensemble des professions de santé :

En tant que professionnel, le médecin s'engage à favoriser le mieux-être des patients et des communautés dans le respect des personnes, des standards de pratique et des normes régissant sa profession au sens d'une pratique collaborative ; imputable de ses actions, il assume la responsabilité de sa conduite et de ses activités professionnelles.

Certains auteurs conseillent aux enseignants d'identifier leur définition du professionnalisme, en fonction des valeurs et de la culture de l'institution au sein de laquelle ils travaillent, tout autant que du contexte sociétal dans lequel les étudiants qu'ils forment exerceront leur métier, ainsi que du cadre déontologique et légal qui régit celui-ci (O'Sullivan *et al.*, 2012). Une réflexion des enseignants sur la manière dont s'est construite leur propre identité professionnelle, le plus souvent tacitement, leur permet en effet de mettre des mots sur leur expérience et de la formaliser, et ainsi, de mieux la partager avec les étudiants.

1.2 Comment se comporte un soignant faisant preuve de professionnalisme ?

La société a traditionnellement accepté que les professions de santé soient autorégulées par un code d'éthique, basé par exemple pour les médecins sur le serment d'Hippocrate (O'Sullivan *et al.*, 2012). Les soignants faisant preuve de professionnalisme inscrivent de ce fait avant tout leurs décisions et leurs actions dans le respect du cadre déontologique

Deux articles à lire en ligne sur Le professionnalisme

A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: a guide for medical education

(Cruess *et al.*, 2015)

Academic Medicine, 90, pp. 718-725

www.lienmini.fr/41951-Pelaccia-ch1-1



Integrating professionalism into the curriculum

(O'Sullivan *et al.*, 2011)

Medical Teacher, 34, pp. 64-77

www.lienmini.fr/41951-Pelaccia-ch1-2



Un article à lire en ligne présentant Une charte du professionnalisme médical

Le professionnalisme médical pour le nouveau millénaire : une charte pour les praticiens
(Projet pour le professionnalisme médical, 2004)

Pédagogie Médicale, 5, pp. 43-45

www.lienmini.fr/41951-Pelaccia-ch1-3



— tout autant que légal — qui régit leur profession. Se conformer à ce cadre ne suffit toutefois pas pour dire d'une personne qu'elle est professionnelle. Dans le domaine des soins, des valeurs morales (par exemple, la bienveillance, le respect et le « *care* »), ainsi que des attitudes et des aptitudes relationnelles et communicationnelles sont nécessaires pour parler d'un agir professionnel. Il est en outre indispensable d'adosser la réflexion sur le professionnalisme à un contexte sociétal en constante évolution.

Le professionnel a en effet comme responsabilité de répondre aux besoins des patients qui s'adressent à lui. Dans la définition des caractéristiques d'un soignant qui fait preuve de professionnalisme, on doit donc s'interroger sur les besoins et les attentes du patient envers le professionnel de santé. On peut aussi réfléchir à ce qu'est un « bon médecin », un « bon infirmier » ou un « bon physiothérapeute ». On peut enfin se mettre à la place du patient et se poser la question suivante : « Quand je consulte un professionnel de santé, quels sont les attributs qui favorisent l'établissement d'un climat de confiance ? ». La relation soignant-

**La pratique collaborative
en partenariat avec le patient ?**

C'est expliqué page 65

patient est une relation fiduciaire inégalitaire dans laquelle le professionnel a pour devoir de considérer la primauté des intérêts du patient. Il met son expertise au service du projet de vie du patient, en tenant compte de la sin-

gularité de ce dernier, en partenariat avec lui et ses proches, à la recherche de ce qu'il est possible de faire, dans une approche collaborative respectueuse de la personne et de ses limites.

Les patients sont généralement à la recherche d'un professionnel qui :

- maîtrise des connaissances en constante évolution et résout efficacement les problèmes ;
- a de bonnes capacités de communication et de collaboration, et démontre du respect envers eux, leurs proches, les autres soignants et ses collègues ;
- est intègre, à la fois sur le plan personnel et professionnel ;
- tient compte de leurs valeurs et de ce qui donne sens à leur vie, écoute, entend et valide des solutions recherchées ensemble.

Ces éléments nous permettent d'identifier cinq attributs qui caractérisent le soignant faisant preuve de professionnalisme :

- Le développement et le maintien des compétences tout au long de la carrière, grâce au développement professionnel continu
- Les capacités relationnelles
- Les capacités de pratique collaborative
- L'intégrité et l'éthique professionnelles
- Le partenariat avec le patient

Le professionnalisme renvoie donc aux attitudes et aux valeurs sur lesquelles se construit la pratique clinique, lors de la rencontre entre le patient et le soignant. Cette rencontre s'inscrit dans un contexte où le soignant est en interaction avec les proches, l'équipe de soins et les autres professionnels. Une pratique clinique

respectant les principes du professionnalisme repose sur une observation sans jugement, une écoute attentive, un examen englobant les aspects physiques, cognitifs et émotionnels, et une démarche de raisonnement et de prise de décisions orientée vers le patient, et pas uniquement vers la maladie.

Les étudiants devront apprendre à identifier les valeurs, les croyances et les conceptions qui font sens pour eux, et qui détermineront le type de relation qu'ils privilégieront vis-à-vis de leurs patients (Hodges *et al.*, 2011). Dans cette perspective, le cursus de formation devra tenir compte des cinq attributs précédemment cités.

Dans ce chapitre, nous porterons notre attention sur l'apprentissage des capacités relationnelles, éthiques et collaboratives, les autres aspects étant traités dans d'autres chapitres de cet ouvrage.

1.3 Comment former les étudiants au professionnalisme et les accompagner dans le développement de leur identité professionnelle ?

La formation au professionnalisme et le développement de l'identité professionnelle doivent être pensés à l'échelle curriculaire. Cette démarche s'inscrit selon deux principes :

- Présenter aux étudiants les normes et les standards de la profession, afin de construire un idéal commun.
- Créer des espaces dédiés pour discuter et réfléchir avec les étudiants de leur vécu et de leurs apprentissages.

Les éléments qui facilitent cet enseignement sont liés à la contextualisation et à l'authenticité des situations d'apprentissage, à l'apprentissage expérientiel et à la réflexivité.

Il est par ailleurs souhaitable que les enseignants partagent des situations difficiles qu'ils ont eux-mêmes vécues. Un dialogue dans un espace de confiance et sécuritaire permet de réfléchir ensemble aux obstacles, aux écueils, aux réussites, et la signification de ce que veut dire « Être un professionnel de santé ». Cet espace réflexif favorise l'intégration des croyances, des attitudes et des valeurs personnelles à celles de la profession. Les tuteurs et les mentors y jouent un rôle important.

Le développement de l'identité professionnelle doit pour sa part être accompagné de manière intentionnelle dans le curriculum. Les jeunes adultes que nous formons

Un chapitre de livre sur L'apprentissage expérientiel

Apprendre en stage

(Pelaccia *et al.*, 2018)

Dans le livre « *Comment [mieux] superviser les étudiants en sciences de la santé dans leurs stages et dans leurs activités de recherche ?* »

Pelaccia, De Boeck Supérieur, pp. 61-80

La contextualisation ?

C'est expliqué page 176

Les conditions favorisant l'authenticité des situations d'apprentissage ?

C'est expliqué page 177

La pratique réflexive ?

C'est expliqué page 47

aspirent à appartenir à leur groupe professionnel et vont avoir tendance à reproduire les comportements qu'ils observent dans leur milieu d'apprentissage. Ils sont à un stade de leur vie où la fidélité et l'idéologie sont des déterminants majeurs de la motivation à se conformer à des règles implicites.

Vous devrez donc à la fois organiser des activités formelles en milieu académique

**Un article à lire contenant
Des recommandations pour
la formation au professionnalisme**

Twelve tips for teaching professionalism
at all levels of medical education

(Al-Eraky, 2015)

Medical Teacher, 37, pp. 1018-1025

et saisir les opportunités offertes par le milieu clinique pour réfléchir aux expériences en lien avec le professionnalisme et accompagner la construction identitaire. Dans les prochaines sous-sections, nous discuterons de cinq principes que nous vous suggérons d'appliquer afin de favoriser la mise en œuvre d'un tel enseignement.

Exposez les attentes de l'institution et accompagnez les étudiants

Le développement des attributs du professionnalisme repose sur des interactions complexes entre l'étudiant, ses valeurs, sa capacité d'être en relation, son environnement, sa culture et la société. Or, si certains étudiants démontrent clairement une posture presque innée du professionnalisme, d'autres seront en difficulté par rapport à la construction des compétences attendues.

Le professionnalisme nécessite donc un apprentissage formel qui implique en particulier la mise en œuvre d'un accompagnement pédagogique visant à aider les étudiants à rediriger leur regard de la maladie vers la personne malade, et ainsi, de passer de l'« objet » au « sujet ». Pour y parvenir, les futurs soignants devront acquérir des capacités se situant aussi bien dans le registre scientifique que moral, humain et éthique, afin qu'ils puissent agir, au sein de leur communauté, à la fois comme professionnels et comme membres participants de cette société.

Dans cette perspective, vous devrez, dès le début du cursus, rendre explicites les attentes de l'institution vis-à-vis du développement du professionnalisme - ce qui est de nature à encourager les étudiants à construire leur identité professionnelle en lien avec ces attentes -, afin de promouvoir et de maintenir une culture organisationnelle empreinte des valeurs inhérentes à la profession. En déterminant et en partageant les attentes dès le départ, les tâches d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation seront plus simples à mettre en œuvre.

Prenez en compte les effets du curriculum caché

Outre le contexte académique, le développement du professionnalisme et de l'identité professionnelle prend également place dans un contexte informel, à travers les valeurs véhiculées au cours des stages par des « modèles de rôles », auxquels les étudiants peuvent s'identifier. Un modèle de rôle est un professionnel de santé qui influence les apprentissages des étudiants qui le côtoient et l'observent

(Chamberland et Hivon, 2005 ; Parent et Jouquan, 2015). De fait, c'est en observant, généralement à leur insu, les professionnels de santé dans l'exercice de leur métier que l'étudiant va se mettre à reproduire, souvent sans s'en rendre compte, certaines des attitudes dont il aura été le témoin. L'influence des modèles de rôle serait le principal facteur déterminant les comportements professionnels des étudiants (Stern, 1998). Certains enseignants considèrent ainsi — à tort — qu'il pourrait s'agir d'une approche permettant à elle seule et de façon naturelle aux étudiants de développer leur professionnalisme (Barrier *et al.*, 2004).

Un article à lire en ligne sur Les modèles de rôle

Les compétences de l'enseignant clinicien
et le modèle de rôle en formation clinique

(Chamberland et Hivon, 2005)

Pédagogie Médicale, 6, pp. 98-111

www.lienmini.fr/41951-Pelaccia-ch1-4



Le « curriculum caché » désigne l'exposition des étudiants à des attitudes ne faisant pas l'objet d'un enseignement explicite, et leur reproduction inconsciente par les intéressés. Il peut avoir un impact positif, lorsque ce que voit et reproduit l'étudiant est compatible avec les attributs du professionnalisme. À l'inverse, les étudiants sont fréquemment confrontés à des attitudes non exemplaires, qui s'éloignent des valeurs prônées dans le curriculum formel. L'idéal de savoir-être véhiculé par ce dernier est alors parfois injustement refoulé au statut de « théorie inapplicable ».

La posture d'apprenant qu'adopte l'étudiant sur les terrains de stage le rend particulièrement vulnérable à la reproduction d'un savoir-être incarné par une figure d'autorité, que celle-ci soit hiérarchique ou qu'elle s'impose par ses habiletés cliniques. Certains étudiants appréhendent ainsi les stages comme des lieux où la hiérarchie et l'autoritarisme régissent la plupart des décisions, et où les attitudes de mépris et de manque de respect envers les patients et les autres professionnels de santé sont courantes de la part des tuteurs, alors même que ces derniers deviendront pour certains des évaluateurs du professionnalisme (Brainard et Brislen, 2007). De surcroît, les jugements négatifs que ces tuteurs portent parfois vis-à-vis d'un étudiant seraient fréquemment liés au fait que la conduite de celui-ci s'écarte des habitudes et des pratiques de l'équipe soignante (Brainard et Brislen, 2007), et non à un manquement réel de l'intéressé. Comme les étudiants sont évalués, ils finissent par adopter les comportements observés pendant leur stage, même s'ils s'éloignent de leurs valeurs personnelles, dans le cadre d'un phénomène d'acculturation.

On comprend alors à quel point les capacités relationnelles, éthiques et collaboratives ne se construiront pleinement chez l'étudiant qu'à la condition que ses expériences soient associées à une réflexion et à une remise en question constante de sa pratique et de celle des autres. Vous devrez donc favoriser intentionnellement une attitude réflexive et proactive des étudiants envers leur propre développement, en les aidant à prendre conscience des facteurs qui influencent celui-ci. L'expérience du professionnalisme sans réflexion n'est en effet pas formatrice, car l'étudiant risque de répéter ses erreurs et de véhiculer celles des autres, dès lors qu'il n'a pas l'opportunité de les analyser de façon critique dans le cadre d'une pratique réflexive (Chamberland et Hivon, 2005 ; Cruess *et al.*, 2008 ; Wright et Carrese, 2002).

Favorisez la pratique réflexive

La pratique réflexive — parfois dénommée « réflexivité » — est un processus d'autorégulation qui permet à l'étudiant de transformer et de modifier ses actions, afin de développer et d'améliorer son agir professionnel. Elle est cruciale pour apprendre le professionnalisme (O'Sullivan *et al.*, 2012). Les situations qui interrogent le professionnalisme (par exemple, un dilemme éthique ou un conflit interprofessionnel) constituent d'ailleurs l'un des trois principaux contextes susceptibles de favoriser l'émergence de la réflexivité, comme le soulignent Nguyen *et al.* page 54.

Le chapitre 3 (page 47) décrit de façon approfondie les principes liés à la pratique réflexive. Dans les prochains paragraphes, nous insisterons sur quelques éléments qui nous paraissent importants dans le cadre spécifique du développement du professionnalisme et de l'identité professionnelle.

La pratique, c'est-à-dire l'action, est le point de départ et le point d'arrivée de la réflexivité. Pour Schön (2005), cette dernière doit être mobilisée à trois temps différents qui ont pour but d'aider l'étudiant à transformer ses actions grâce aux connaissances acquises à la fois dans, par et sur l'expérience, qu'il s'agisse de celles vécues par la personne ou de celles dont elle a été témoin :

- La réflexion *sur* l'action (en anglais, « *reflection-on-action* »), par le regard porté sur l'action après que celle-ci ait eu lieu, s'inscrit dans un cadre rétrospectif autour de ce qui s'est passé pendant l'action, avec pour but d'améliorer les actions ultérieures.
- La réflexion *dans* l'action (en anglais, « *reflection-in-action* ») implique une prise de conscience sur ce qui se passe au fur et à mesure que l'action se déroule, dans le but de changer le cours de celle-ci.
- La réflexion *pour* l'action (en anglais « *reflection-for-action* ») propose un regard sur la façon dont les actions futures pourront être transformées, dans un objectif de développement des compétences.

Comme la pratique réflexive a pour but de transformer l'action, la réflexion *dans* l'action et la réflexion *sur* l'action doivent se faire *pour* l'action. Elles visent une amélioration de soi et de son agir professionnel. Orienter l'apprentissage des étudiants vers ces buts permet de s'éloigner des sentiments d'incompétence et de culpabilité, afin que l'expérience, même lorsqu'elle n'est pas réussie, puisse être un moteur du développement de soi et de sa pratique professionnelle.

Les réponses aux questions qui suivent — et dont nous vous suggérons de vous inspirer pour favoriser la pratique réflexive — offrent à l'étudiant l'opportunité d'apprendre à la fois sur lui, sur les autres et sur l'environnement dans lequel il évolue, pour être acteur de changements sur le plan personnel et/ou institutionnel, et pour développer tant son identité professionnelle que les attributs du professionnalisme :

- « Qu'est-ce que je retiens de l'expérience vécue ou dont j'ai été témoin ? »
- « Quel résultat aurais-je souhaité atteindre ? »
- « Qu'est-ce que je ferai différemment la prochaine fois ? »

Il s'agit donc, grâce à la guidance proposée à l'étudiant dans ce processus réflexif, de construire des connaissances d'action, et plus précisément des connaissances sur soi *en action*, *dans* l'action et *pour* l'action, qui diffèrent des connaissances théoriques. La pratique réflexive, en favorisant l'autorégulation, est ainsi un déterminant majeur de la construction de l'identité professionnelle et du professionnalisme. Elle amène l'étudiant à se connaître comme personne et à se reconnaître dans sa future profession, ce qui l'aide à se construire avec les valeurs et les compétences qu'il découvre et intègre grâce aux modèles de rôle qu'il côtoie. La pratique réflexive vise donc la transformation de l'étudiant en un professionnel manifestant toutes les dimensions du professionnalisme (Wear *et al.*, 2012).

Pour que cette transformation ait lieu, elle doit être supportée dans un espace de parole où les difficultés rencontrées (par exemple, aborder un patient d'une autre culture), les dilemmes éthiques (par exemple, le caractère juste ou non, par rapport à la notion de liberté de consentement, de l'insistance auprès d'un patient qui refuse un traitement, mettant ainsi sa vie en danger), les conflits de valeur (par exemple, l'existence d'un désaccord sur le niveau de soins choisi par le patient et/ou ses proches) et les interrogations (par exemple : « Qu'est-ce qui est touché en moi par l'histoire de ce patient ? ») qui découlent du curriculum caché peuvent être exposés et discutés dans un climat de confiance et de sécurité.

L'apprentissage du professionnalisme et la construction identitaire ne peuvent, de fait, se réaliser sans dialogue, car c'est à travers celui-ci que se dévoilent la vision et les conceptions des étudiants, et ce qui fait sens pour eux. Un tel espace de parole facilite le processus de résolution des difficultés, sans *a priori* et sans jugement (Lehrmann *et al.*, 2009). Comme le souligne Sasseville (2009), l'idée n'est pas, lors de ces échanges, de convaincre l'autre que nous avons raison, mais de partager avec lui ce que nous pensons, avec l'intention de découvrir ce qui pourrait, grâce à ces rencontres, être considéré comme « vrai », au moins à cet instant. L'adoption d'une posture dialogique exige de l'enseignant cette même pratique de la réflexivité en ce qui concerne son identité professionnelle et son professionnalisme.

Vous devrez donc accompagner les étudiants dans l'art de la délibération, en les encourageant à mener une analyse critique et réfléchie des situations discutées, tout en gardant un esprit d'ouverture pour accueillir la position de l'autre et, au besoin, être transformé par cette position (Dory *et al.*, 2009).

Utilisez des stratégies et des outils propices à l'apprentissage du professionnalisme et au développement de l'identité professionnelle

Pour atteindre les objectifs abordés dans les précédentes sous-sections, nous vous proposons :

- de saisir les opportunités qui s'offrent à vous pour introduire des discussions autour du professionnalisme et de l'identité professionnelle ;
- d'organiser des sessions en petits groupes où les étudiants pourront échanger autour de vignettes relatant des comportements non professionnels. Un exemple est donné dans l'encadré 1. Il décrit une situation où les valeurs

du professionnel sont en contradiction avec celles du soigné, et où une réflexion s'impose quant à la primauté des valeurs (celles du soigné ou celles du soignant). Dans le cas qui est rapporté, au-delà des règles qui régissent le consentement, une approche narrative tenant compte de l'histoire de vie de la patiente, du sens de sa vie et de son projet de vie pourrait aider à entrer dans la dimension singulière du sujet, et conduire à une décision qui respecte la personne, ses valeurs et ses buts ;

- de planifier des séminaires où les étudiants partagent des histoires vécues comme difficiles avec leurs pairs, en bénéficiant de l'accompagnement d'un tuteur qui les aidera à en extraire les enjeux et à identifier des solutions, notamment en leur soumettant les questions décrites page 26 en lien avec la pratique réflexive ;
- de prévoir des séances où vous discuterez avec les étudiants, individuellement ou en groupe, de situations difficiles que vous avez rencontrées au cours de votre pratique.

Ces activités ont pour but de montrer aux étudiants que les dilemmes éthiques auxquels ils sont exposés ou qui leur sont proposés sont vécus par leurs pairs de façon similaire, et que le fait de les partager en facilite la résolution. Une étape supplémentaire consiste à regrouper des étudiants de différentes professions, avec pour objectif ultime de créer une culture juste dans les organisations, où les professionnels de santé se donnent droit à l'erreur pour favoriser une démarche constructive, au lieu d'encourager le blâme et la honte qui mènent à l'évitement du problème et entravent sa résolution.

Encadré 1. Un exemple de vignette autour de laquelle faire discuter les étudiants lors d'une séance d'apprentissage du professionnalisme

Vous recevez aux urgences une patiente de 34 ans pour un saignement digestif haut. Son taux d'hémoglobine est de 8 g/dl, mais elle refuse toute transfusion. Elle souffre d'une leucémie et ne veut plus de traitement.

Vous présentez le cas à votre senior qui vous répond : « Il n'est pas question qu'une de mes patientes meure pour une anémie. Tu vas lui donner un calmant et lui mettre une perfusion. Je la connais bien. À tout bout de champ, elle argumente avec moi qu'elle veut arrêter les traitements, mais elle continue. Il n'est pas question qu'elle meure pour un problème qui se règle facilement. Avec une hémoglobine aussi basse, écris dans le dossier qu'elle est inapte à consentir ».

Après avoir discuté avec la patiente, il est clair pour vous qu'elle n'est pas inapte et que la transfusion va à l'encontre de sa volonté.

Il existe également des outils spécifiquement dédiés à l'apprentissage du professionnalisme, comme les formations par concordance de jugement, décrites par Charlin *et al.* dans le chapitre 17 (page 342).

Toutes ces activités devraient être proposées aux étudiants dès le début du cursus. Elles les ouvrent à une capacité de réflexivité (par l'écriture), de collaboration (par le partage de situations difficiles) et d'interprofessionnalité (par la prise de conscience et le partage de différentes perspectives professionnelles par rapport à une même situation).

Identifiez les étudiants en souffrance morale

Si de tels espaces de parole et d'échange ne sont pas aménagés, l'étudiant se retrouvera tôt ou tard confronté à une accumulation d'incompréhensions et de malentendus qui engendreront chez lui une perte de sens face aux défis complexes que posent les situations cliniques. Cette perte de sens peut être à l'origine d'une souffrance morale — parfois dénommée « souffrance éthique » (Branch *et al.*, 2009 ; Ibanez *et al.*, 2010) —, dont la définition est donnée par Jacquemin (2004, p. 9) :

La souffrance éthique est une souffrance qui s'inscrit au niveau de la moralité du sujet, une souffrance qui n'est certes pas indépendante des autres niveaux de souffrance puisqu'elle est bien souvent liée à la rencontre de la personne soignée en situation elle-même de souffrance et qu'elle est expérimentée au niveau de la moralité du sujet soignant en lien avec la totalité de son existence, donc de la perception psychique de cette dernière et de son vécu.

Il est essentiel que vous puissiez reconnaître cette souffrance morale afin d'accompagner les étudiants en difficulté. Le repli sur soi ou le développement d'un cynisme face à des situations vécues en sont souvent les signes. Il est généralement possible de désamorcer ces situations en créant des communautés de parole impliquant les différents acteurs concernés, pour leur donner l'opportunité de partager leurs perspectives par rapport à ce vécu. Un dialogue établi avec un tuteur en qui l'étudiant a confiance peut par ailleurs permettre de comprendre d'où vient cette souffrance et de trouver des voies de passage vers un mieux-être. La disposition des enseignants à partager leurs propres questionnements, les difficultés qu'ils ont vécues, la façon dont ils résolvent les dilemmes éthiques auxquels ils sont confrontés et gèrent la souffrance morale qu'ils vivent dans ces situations peut servir de guide pour les étudiants.

1.4 Comment évaluer le professionnalisme ?

Afin de pouvoir juger du développement du professionnalisme des étudiants, il est important que vous en planifiez l'évaluation dans des contextes variés et à différents moments du cursus. Plusieurs outils peuvent être utilisés dans cette perspective. Ils impliqueront d'observer les étudiants, leurs comportements et la manière dont ils communiquent, ou encore leur attitude envers les patients et les autres professionnels de santé. Les outils les plus courants sont (O'Sullivan *et al.*, 2012) :

- l'auto-évaluation ou l'évaluation par les pairs, qui peut reposer sur l'usage de grilles ;

Un article à lire sur La souffrance éthique

La souffrance éthique du soignant
(Jacquemin, 2004)
Ethica Clinica, 35, pp. 9-14

Un article à lire en ligne décrivant Un outil d'auto-évaluation du professionnalisme

A tool for self-assessment of communication
skills and professionalism in residents

(Symons *et al.*, 2009)

BMC Medical Education, 9

www.lienmini.fr/41951-Pelaccia-ch1-5



- l’observation directe de l’étudiant en contexte clinique, par exemple, grâce au « *Professionalism Mini-Evaluation Exercise* » (PMEX) ;
- les examens cliniques objectifs et structurés (ECOS) ;

Le portfolio ?

C’est expliqué page 417

- l’analyse d’événements indésirables, telle qu’elle est par exemple décrite en conclusion du chapitre 18 (page 367) ;
- le portfolio.

Le fait que plusieurs des attributs du professionnalisme soient une part de l’identité de l’individu constitue un obstacle à son évaluation. Vous devrez donc associer l’utilisation des outils d’évaluation du professionnalisme à des indicateurs, dont l’identification intégrera la définition du professionnalisme retenue par votre institution. Les valeurs de chaque institution, les contextes et les microcultures propres à chaque milieu sont en effet des éléments dont il vous faudra tenir compte lorsque vous évalueriez le professionnalisme d’un étudiant, car ils ont un impact sur le développement de l’identité professionnelle. Plusieurs indicateurs sont couramment cités dans la littérature (Cruess *et al.*, 2006 ; Phelan *et al.*, 1993 ; Symons *et al.*, 2009) :

- L’étudiant cherche toujours à compléter sa formation et à développer ses compétences. Pour y parvenir, il sollicite de la rétroaction, accepte la critique, se juge objectivement, identifie ses lacunes, reconnaît ses erreurs et prend des mesures pour les corriger.
- L’étudiant est à l’heure, il est disponible pour les patients et ses collègues, il réalise jusqu’au bout les tâches qui lui sont confiées, utilise un langage adapté, et respecte les règles et les procédures en œuvre dans le service.
- L’étudiant écoute activement les patients, montre du respect et de l’empathie pour les patients et leur famille, prévient les patients de ce qu’il va faire (par exemple, pendant l’examen clinique) et leur en explique les raisons. Il préserve la confidentialité, fait preuve de franchise, défend les intérêts du patient, discute avec lui des options (tout en lui offrant un choix et en l’aidant à décider), et l’encourage à poser des questions en y répondant de façon claire (en particulier en expliquant les termes techniques). Il maintient des limites appropriées avec les patients et ses collègues.

Baser l’évaluation sur de tels indicateurs est important, car les étudiants se plaignent parfois d’être jugés sur des éléments très éloignés des attributs du professionnalisme, et d’être positivement évalués dès lors qu’ils adoptent les comportements de l’équipe soignante et qu’ils adhèrent aux décisions de leurs supérieurs, y compris lorsque ces comportements et ces décisions sont inappropriés (Brainard et Brislen, 2007).

Conclusion

Les attributs du professionnalisme forment un ensemble dont les pièces ne peuvent être séparées les unes des autres. Le professionnalisme en tant que comportements à reproduire est insuffisant pour promouvoir une culture médicale de qualité visant à améliorer les soins et les services aux patients. Il est crucial que les étudiants soient guidés à partir de ce qu'ils sont vers ce qu'ils souhaitent devenir, en leur permettant d'intégrer les valeurs de la profession dans le cadre d'une identité professionnelle qui se manifeste à travers des attitudes et des comportements qui répondent aux besoins des patients et de la société sur le plan relationnel, éthique et collaboratif. Cette perspective est tributaire de la culture des milieux et du curriculum formel, informel et caché. Elle dépend en grande partie des modèles de rôle auxquels les étudiants sont confrontés.

L'apprentissage du professionnalisme et le développement de l'identité professionnelle ne peuvent ainsi pas reposer sur la seule exposition à des expériences en stage. Ils impliquent un accompagnement structuré de la part des tuteurs afin d'aider et de soutenir les étudiants dans l'adoption d'une posture réflexive et la formulation d'un jugement critique sur ces situations. Que ce soit à partir de l'analyse de leurs expériences ou à l'aide de vignettes cliniques, les étudiants doivent avoir l'opportunité de questionner les situations à la fois sur le plan relationnel, éthique et collaboratif, idéalement au sein d'équipes interdisciplinaires.

Basée sur le dialogue et les échanges, dans un climat de confiance et de sécurité, la mise en œuvre d'une pratique réflexive permet une co-élaboration de sens qui invite à la transformation de l'étudiant afin qu'il pense, agisse et se sente comme un soignant (Cruess *et al.*, 2015). Au final, les enseignants éprouvent une satisfaction individuelle plus importante d'une pédagogie et d'une pratique qui ne sont pas exclusivement ciblées sur l'appropriation de connaissances, mais également sur le développement du savoir-être des futurs soignants.

MES PRATIQUES PÉDAGOGIQUES CONTRIBUENT-ELLES AU DÉVELOPPEMENT DU PROFESSIONNALISME ET DE L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE DES ÉTUDIANTS ?		
😊	😐	Concernant les valeurs prônées par mon institution
☐	voir p. 21	Mon institution a élaboré sa définition du professionnalisme.
☐	voir p. 22	Cette définition prend en compte les différents attributs du professionnalisme, incluant les capacités relationnelles, les capacités de pratique collaborative, les valeurs morales et éthiques liées à l'exercice de la profession, et le partenariat avec le patient.
☐	voir p. 24	Cette définition est connue de tous les acteurs, y compris des étudiants.
😊	😐	Concernant les activités de formation des étudiants au professionnalisme et d'accompagnement du développement de l'identité professionnelle
☐	voir p. 24	Je prends en compte le fait qu'il existe parfois des écarts importants entre les valeurs prônées par l'institution et ce que les étudiants observent en stage.
☐	voir p. 24	Les activités que je mets en œuvre afin d'aider les étudiants dans leur apprentissage du professionnalisme sont centrées sur le dialogue et sur la pratique réflexive autour de cas fictifs ou réels qui soulèvent des problèmes relationnels, éthiques et/ou collaboratifs.
☐	voir p. 27	J'encourage la création d'espaces de parole et d'échanges regroupant des étudiants de différentes professions.
☐	voir p. 28	Je propose aux étudiants de partager des histoires vécues comme difficiles, dans le cadre d'activités tutorées en groupes.
☐	voir p. 28	Je partage avec les étudiants des expériences personnelles de situations difficiles.
☐	voir p. 29	Je cherche à identifier les étudiants en souffrance morale et leur offre un accompagnement afin qu'ils surmontent leurs difficultés.
😊	😐	Concernant les activités d'évaluation du professionnalisme
☐	voir p. 29	J'évalue les étudiants à différents moments de leur cursus et dans des contextes variés.
☐	voir p. 30	J'ai recours à des outils adaptés d'évaluation du professionnalisme, parmi lesquels l'auto-évaluation ou l'évaluation par les pairs, l'observation directe, les ECOS, l'analyse d'événements indésirables et/ou le portfolio.
☐	voir p. 30	Je choisis des indicateurs qui permettent d'évaluer le développement du professionnalisme chez les étudiants, en lien avec la définition adoptée par mon institution.

Chapitre



Un professionnel de santé qui résout efficacement les problèmes : le raisonnement clinique

*Caroline FAUCHER, Thierry PELACCIA, Mathieu NENDAZ,
Marie-Claude AUDETAT et Bernard CHARLIN*

Paroles d'enseignants...

- *Le raisonnement clinique, c'est plein de théories qui laissent plutôt confus ! On parle souvent de prototypes et de scripts. Mais de quoi s'agit-il au juste ?*
- *Avec mes collègues, nous avons un débat récurrent sur le rôle des connaissances théoriques dans le raisonnement clinique. J'aimerais en savoir plus !*
- *Je me demande à quoi porter attention lorsque j'essaie d'évaluer le raisonnement clinique de mes étudiants.*

Les questions auxquelles nous répondrons

- 2.1 Que se passe-t-il dans la tête d'un soignant qui raisonne ?34
- 2.2 Quelles sont les connaissances utilisées par les soignants pour raisonner ?36
- 2.3 Quels sont les critères et les indicateurs d'un raisonnement efficace ?40
- 2.4 Quelles sont les stratégies qui favorisent le développement du raisonnement clinique chez les étudiants ?42

Dans son expression la plus simple, le raisonnement clinique désigne l'ensemble des processus de résolution de problèmes cliniques. Son résultat conduit à une action, par exemple, émettre un diagnostic, investiguer davantage, proposer une intervention, ou prescrire ou mettre en œuvre un traitement.

Nous souhaiterions d'emblée clarifier ce que nous entendrons par « diagnostic » dans ce chapitre et, plus généralement, tout au long de cet ouvrage. Il s'agit de reconnaître ce qui se passe dans une situation donnée, que ce soit à un niveau élevé de spécificité (ce qui est d'habitude attendu de la part d'un médecin, par exemple), à un niveau syndromique (par exemple, un patient qui a « un problème respiratoire » ou qui présente « une lésion traumatique ») ou à un niveau encore plus général (par exemple, un patient « qui ne va pas bien »). De fait, tous les soignants diagnostiquent, car c'est un préalable à l'action. Charlin *et al.* (2012) parlent à ce sujet de « catégorisation pour l'action ». C'est aussi bien le cas du médecin qui doit décider des traitements à prescrire dans un contexte donné que de l'aide-soignant qui devra choisir d'appeler ou non une ambulance face à un patient âgé ayant chuté dans une maison de retraite.

De nombreuses définitions et théories du raisonnement ont été élaborées, ce qui complexifie son appropriation comme objet d'enseignement et d'apprentissage. Cette

difficulté s'est encore accrue au regard de la remise en cause récente d'une vision historiquement séquentielle et cloisonnée des différentes étapes du raisonnement. De nos jours, celui-ci est ainsi appréhendé comme relevant d'une démarche multidimensionnelle et non linéaire (Charlin *et al.*, 2012).

Après avoir décrit les processus cognitifs (section 2.1) et les connaissances (section 2.2) que les soignants mobilisent pour raisonner, nous vous aiderons à identifier, chez les étudiants, des critères et des indicateurs témoignant d'un raisonnement efficace (section 2.3). Nous discuterons ensuite de quelques stratégies d'enseignement destinées à favoriser le développement du raisonnement clinique des étudiants (2.4).

2.1 Que se passe-t-il dans la tête d'un soignant qui raisonne ?

Un article à lire en ligne sur Le raisonnement clinique

Le raisonnement clinique : regards
rétrospectif et prospectif sur le concept
(Deschênes, 2021)

Pédagogie Médicale, 22, pp. 195-197
www.lienmini.fr/41951-Pelaccia-ch2-1



Afin de résoudre les problèmes qui leur sont posés, les professionnels de santé se forment rapidement une représentation mentale du cas auquel ils sont confrontés. La représentation mentale est un modèle cognitif qui se forme précocement et temporairement dans la mémoire de travail autour d'une situation spécifique (Gruppen et Frohna, 2002). Elle consiste à mettre

en lien les informations relatives à la situation nouvelle et les connaissances antérieures du soignant. Elle sert de fondations pour la suite du raisonnement clinique, et évolue au fur et à mesure que de nouvelles informations sont disponibles (Charlin *et al.*, 2012).

La représentation mentale joue un rôle crucial dans l'efficacité du raisonnement. Pour la construire, les professionnels de santé génèrent rapidement des hypothèses qui guident et qui orientent leur démarche de résolution du problème.

Des processus intuitifs et analytiques

La théorie du double processus fait actuellement consensus afin d'expliquer la nature des processus cognitifs qui permettent de générer les hypothèses et de les vérifier. Selon cette théorie, issue de la psychologie cognitive (Evans, 2008 ; Wason et Evans, 1975) puis appliquée au raisonnement clinique (Eva, 2005 ; Nendaz *et al.*, 2005a ; Pelaccia *et al.*, 2011), raisonner repose sur la mobilisation de deux types de processus cognitifs.

Un article à lire en ligne sur La théorie du double processus

An analysis of clinical reasoning through
a recent and comprehensive approach:
the dual-process theory

(Pelaccia *et al.*, 2011)

Medical Education Online, 16

www.lienmini.fr/41951-Pelaccia-ch2-2



Les processus intuitifs

Les processus intuitifs (parfois dénommés « non analytiques » ou « tacites ») offrent aux soignants la possibilité de générer des hypothèses automatiquement, de façon irrépressible et sans effort conscient, grâce à des connaissances expérientielles (Norman, 2005), c'est-à-dire issues du vécu de chaque professionnel. Ils consistent à reconnaître, dans une situation :

- une similarité avec des cas rencontrés antérieurement. On parle de reconnaissance d'« exemples concrets » (en anglais, « *instances* »). Les exemples concrets correspondent au stockage, dans la mémoire à long terme, d'histoires cliniques telles qu'elles ont été vécues ;
- ou, le plus souvent, une configuration de données contextuelles et cliniques caractéristique d'un diagnostic. On parle de « reconnaissance de forme » (en anglais, « *pattern recognition* »). La reconnaissance de forme est basée sur des prototypes, stockés dans la mémoire à long terme, sur lesquels nous reviendrons page 38.

Les processus analytiques

Les processus analytiques (parfois dénommés « réflexifs » ou « explicites ») impliquent un traitement actif des informations (Elstein *et al.*, 1990). Les hypothèses analytiques émergent dans le cadre d'un cheminement conscient qui consiste à rechercher les données sur un mode délibéré et donc, très exigeant sur le plan cognitif. Par exemple, il s'agirait de collecter de façon systématique toutes les

données chez un patient présentant des douleurs abdominales, avant de conclure, après les avoir associées et sans avoir généré cette hypothèse en amont, que le diagnostic est une pancréatite aiguë.

On en sait peu sur les situations dans lesquelles les professionnels de santé mobilisent préférentiellement l'un ou l'autre des processus. Le raisonnement intuitif serait le mode de pensée « par défaut » (Hogarth, 2001). Les soignants auraient recours aux processus analytiques lorsqu'ils sont confrontés à des cas complexes qu'ils ne parviennent pas à résoudre intuitivement.

Une mobilisation conjointe des deux types de processus

Les raisonnements intuitif et analytique ne sont pas mutuellement exclusifs dans la démarche de résolution de problèmes cliniques. Les hypothèses et les décisions peuvent en effet émerger et être explorées dans le cadre d'une mobilisation conjointe de ces processus.

Historiquement, la vision de ce fonctionnement était linéaire et chronologique, la formulation *intuitive* d'hypothèses enclenchant un processus *analytique* de vérification et de hiérarchisation, consistant à confirmer ou à infirmer ces hypothèses en recueillant des données supplémentaires dans le cadre d'une démarche dite « hypothético-déductive » (Eva, 2005 ; Nendaz *et al.*, 2005a ; Pelaccia *et al.*, 2011). Des travaux réalisés ultérieurement ont montré que ces processus fonctionneraient plutôt en parallèle, avec une alternance et une répartition variable selon la situation et la nature de la tâche à résoudre (Pelaccia *et al.*, 2014). Le fait de rattacher les processus intuitifs à la genèse d'hypothèses et les processus analytiques à leur vérification est ainsi de plus en plus contesté.

Ces deux types de processus agiraient également l'un sur l'autre. Le raisonnement intuitif pourrait diriger et parfois même inhiber le raisonnement analytique, alors que ce dernier permettrait surtout de rationaliser et de contrôler le fruit du raisonnement intuitif (Evans *et al.*, 1996, dans Frankish, 2010).

Ces processus, grâce auxquels le professionnel de santé construit sa représentation mentale du problème clinique pour arriver à le résoudre, dépendent en grande partie de la mobilisation de connaissances spécifiques stockées dans la mémoire à long terme.

2.2 Quelles sont les connaissances utilisées par les soignants pour raisonner ?

Les professionnels de santé disposent d'un réseau de connaissances structurées, développées au fur et à mesure de leurs expériences, qui leur permettent de résoudre efficacement les problèmes cliniques. Ces connaissances sont au cœur de leur expertise (Norman *et al.*, 2017). Plusieurs modèles d'organisation des connaissances ont été décrits : les prototypes, les exemples concrets, les schémas, les réseaux sémantiques et les scripts (Nendaz *et al.*, 2005a).

À des fins didactiques, nous ferons la distinction entre les connaissances théoriques – souvent nommées connaissances « fondamentales » ou « biomédicales », que Charlin *et al.* (2012) désignent sous le terme de « connaissances biologiques, psychologiques et sociologiques » –, et les connaissances cliniques.

Les connaissances théoriques

Dans ce chapitre, le terme « connaissances théoriques » sera employé pour référer aux connaissances nécessaires afin d'expliquer les différents phénomènes relatifs aux maladies, anomalies et autres problématiques rencontrées dans l'exercice des soins. Il peut s'agir de mécanismes physiopathologiques, de connaissances biologiques, de connaissances psychosociales, ou encore de principes physiques (par exemple, optiques ou acoustiques), selon la profession considérée. Ces connaissances sont de nature causale, dans la mesure où elles décrivent les principes de fonctionnement du corps humain, et les mécanismes physiopathologiques à l'origine des maladies et de leurs manifestations.

Les étudiants en science de la santé acquièrent beaucoup de connaissances théoriques pendant leur formation. Elles sont généralement apprises en début de cursus dans le cadre des sciences fondamentales, parmi lesquelles l'anatomie, la biochimie, la biologie moléculaire, l'immunologie, la pharmacologie, ou encore la physiologie. Elles offrent une compréhension des mécanismes impliqués dans la maladie. Cette compréhension est cruciale, car plutôt que de retenir par cœur une liste de signes et de symptômes, elle permet aux étudiants de se forger une représentation plus cohérente des notions apprises, favorisant ainsi la mémorisation à long terme (Woods, 2007).

Le recours aux connaissances théoriques décroît au fur et à mesure que l'expertise se développe. Grâce à l'accumulation d'expériences de confrontation à des patients, ces connaissances vont en effet progressivement s'« encapsuler » aux connaissances cliniques pour former un seul et même ensemble dénommé « script de maladie » (Boshuizen et Schmidt, 1992). Il s'agit du phénomène dit d'« encapsulation des connaissances théoriques » (Schmidt et Rikers, 2007).

Les connaissances cliniques

Les connaissances cliniques renvoient à des concepts intégrés qui décrivent les caractéristiques d'une maladie ou d'une anomalie (Schmidt et Rikers, 2007). Elles concernent, par exemple, les manifestations d'une maladie, les plaintes qui y sont associées, la nature et la variabilité des signes et des symptômes, ou encore les façons de traiter la maladie. Ces connaissances sont de nature associative, car elles permettent de lier les signes et les symptômes à des maladies. Avec l'expérience, des liens associatifs se développent ainsi progressivement entre les divers éléments de connaissances utiles à la compréhension d'une situation clinique, et les décisions et actions qui y sont rattachées : c'est la formation des prototypes et des scripts.

Les prototypes

Les prototypes sont une association de quelques signes cliniques et contextuels typiques, évoquant, par exemple, une entité pathologique. Cette association se crée lors de la confrontation répétée à des expériences cliniques. Ces dernières conduisent le cerveau à conserver en mémoire à long terme les signes les plus typiques d'une maladie, qui correspondent à ceux que le soignant concerné aura le plus souvent rencontrés. Un exemple de prototype de l'infarctus du myocarde serait : « âge mûr – douleurs rétrosternales – sueurs ». L'existence d'un tel prototype dans la mémoire à long terme d'un individu lui permet, à chaque fois qu'il reconnaît ces trois signes dans son environnement, de générer intuitivement l'hypothèse d'infarctus du myocarde. Selon le même mécanisme, « l'absence de reflux sanguin » dans un cathéter veineux qui aurait été « posé proche d'une articulation » conduit très rapidement et sans effort conscient aux hypothèses d'une voie veineuse positionnelle ou d'une cathétérisation hors veine, chez le soignant qui possède les prototypes correspondants dans sa mémoire à long terme. Une atteinte cutanée typique sera également rapidement diagnostiquée par un dermatologue, tout comme le dentiste identifiera très vite le traitement nécessaire à une carie.

Les scripts

Les scripts s'inscrivent dans le cadre plus vaste de la théorie des scripts (Charlin *et al.*, 2000 ; Schmidt *et al.*, 1990). Ils désignent des structures cognitives stockées dans la mémoire à long terme, qui contiennent un réseau élaboré d'informations

significatives permettant de résoudre les problèmes rencontrés dans la pratique clinique, qu'il s'agisse de diagnostiquer, de réaliser des examens complémentaires ou de traiter (Charlin *et al.*, 2000). Les scripts sont constitués de liens associatifs entre les anomalies ou maladies et leurs attributs, origines, conséquences, moyens d'investigation et de traitement associés (Charlin *et al.*, 2007a).

Concrètement, un script peut être modélisé sous la forme d'emplacements

(dénommés « slots », en anglais), qui représentent les différents attributs de la maladie. Chaque emplacement est couplé à des attentes quant aux valeurs typiques, atypiques et inacceptables de ces attributs. Par exemple, pour le script « infarctus du myocarde », les emplacements pourraient être : « facteurs de risque cardiovasculaires » ; « nature de la douleur » ; « localisation de la douleur » ; « signes électriques ». Lorsque le script est activé, les attentes quant aux valeurs typiques seraient respectivement « présence de facteurs de risque cardiovasculaires », « douleur constrictive », « douleur rétrosternale » et « sus-décalage du segment ST ».

Les scripts sont donc des réseaux de connaissances cliniques organisées pour l'action. Avec l'expérience, ils s'enrichissent et deviennent de plus en plus fonctionnels (Nendaz *et al.*, 2005a).

Un article à lire en ligne sur Les scripts

Scripts and medical diagnostic knowledge:
theory and applications for clinical
reasoning instruction and research

(Charlin *et al.*, 2000)

Academic Medicine, 75, pp. 182-190

www.lienmini.fr/41951-Pelaccia-ch2_3



La contribution des connaissances au raisonnement clinique

La qualité du raisonnement clinique est intimement liée à la richesse des connaissances et, surtout, à la façon dont celles-ci sont organisées dans la mémoire à long terme (Bordage, 1994 ; Nendaz *et al.*, 2005a).

L'importance de l'organisation des connaissances ?

C'est expliqué page 302

Lorsqu'un soignant novice, dont les connaissances sont réduites ou dispersées, est confronté à une situation clinique, il tente de comprendre chaque information en l'adossant à ses connaissances théoriques, sans nécessairement reconnaître qu'un ensemble de signes sont interreliés. Ce processus de raisonnement « causal » est très exigeant sur le plan cognitif et mal adapté à la pratique clinique, où de nombreuses décisions doivent être prises dans un temps restreint. L'accumulation d'expériences variées et répétées est à l'origine d'un enrichissement, grâce à la création de prototypes et de scripts, des réseaux de connaissances, ce qui rend le raisonnement de plus en plus efficace.

Les prototypes et les scripts sont en quelque sorte le « carburant » des processus de raisonnement, que l'on peut par analogie considérer comme les deux moteurs de traitement de l'information. Face à un problème à résoudre, les prototypes permettent de générer intuitivement une ou plusieurs hypothèses (par exemple, diagnostiques) qui conduisent à l'activation d'un ou plusieurs scripts. Cette activation donne accès aux attributs associés au phénomène clinique concerné, guidant ainsi la démarche hypothético-déductive de hiérarchisation et de vérification des hypothèses. Les soignants utilisent les connaissances relatives à ces attributs pour chercher, par exemple, les signes et les symptômes liés au script activé, en vérifiant leur adéquation avec les valeurs attendues. Lorsque ces valeurs sont acceptables, elles augmentent la probabilité de l'hypothèse explorée. Lorsqu'elles sont inacceptables, l'hypothèse est rejetée et de nouvelles hypothèses sont considérées. Dans les situations ambiguës, le soignant cherche, parmi ses scripts, celui qui correspond le mieux aux données disponibles. Dans notre exemple, où l'intuition du professionnel de santé aura permis de générer l'hypothèse d'un infarctus du myocarde, activant en conséquence un script « infarctus du myocarde », la valeur « électrocardiogramme normal » pour l'attribut « signes électriques » pourrait conduire la personne, selon ses expériences, à maintenir le script actif (si elle considère qu'il est possible de présenter une telle maladie tout en ayant un électrocardiogramme normal, ce qui est généralement le cas des soignants expérimentés) ou à rejeter le script (si elle considère que tout infarctus du myocarde est obligatoirement associé à des troubles électriques, ce qui est souvent le cas des étudiants qui viennent d'assister à un cours sur l'infarctus du myocarde).

Cette recherche d'adéquation entre les scripts cliniques et les données cliniques se produit pour toute action en lien avec la pratique des soins (Charlin *et al.*, 2012). Ainsi, dans l'exercice de la médecine, une fois l'orientation diagnostique obtenue, les connaissances relatives aux moyens d'investigation et de traitement seront également confrontées aux données de la situation clinique, afin d'évaluer l'adéquation entre les caractéristiques du patient et les attentes incorporées en

mémoire dans les scripts (par exemple, les indications ou contre-indications de ces moyens d'investigation ou de traitement).

Le raisonnement clinique se caractérise donc fondamentalement par un traitement actif constant de données, fait de genèse d'hypothèses ou d'options d'investigation et de traitement, qui impliquent des déductions et des comparaisons entre les connaissances cliniques organisées sous la forme de prototypes et de scripts, et les données de la situation. Le recours aux connaissances théoriques encapsulées se ferait occasionnellement, par exemple, pour attirer l'attention du soignant sur des situations qui violent les attentes physiologiques normales ou lorsqu'aucune hypothèse pertinente n'est trouvée (Charlin *et al.*, 2012 ; Nendaz *et al.*, 2005a).

2.3 Quels sont les critères et les indicateurs d'un raisonnement efficace ?

Le développement du raisonnement clinique des étudiants va de pair avec l'organisation progressive des connaissances dans la mémoire à long terme sous la forme de prototypes et de scripts. Il est donc étroitement lié à l'exposition clinique à de nombreux cas variés. Sans être exhaustive, cette section décrit quelques critères et indicateurs d'un raisonnement efficace.

Les critères et les indicateurs ?

C'est expliqué page 116

La capacité à se représenter précocement la situation clinique

Tel que nous l'avons mentionné page 34, le raisonnement clinique sert à se construire une représentation mentale de la situation, afin de prendre les décisions nécessaires à la résolution du problème. Une représentation pertinente et précoce de la situation clinique – c'est-à-dire la capacité à formuler le problème tôt lors de la rencontre avec le patient – est essentielle, notamment pour diagnostiquer (Chang *et al.*, 1998). Elle témoigne d'un raisonnement clinique efficace.

Afin d'explorer la représentation mentale que s'est forgée un étudiant à l'issue de sa confrontation à un patient réel ou simulé, nous vous suggérons de lui demander de décrire le cas en une seule phrase et de vérifier à quel moment ses hypothèses sur l'origine du problème sont apparues. Si l'étudiant parvient à résumer le cas et qu'il a émis des hypothèses en présence d'un nombre restreint d'informations, il s'agit d'un indicateur de sa capacité à se forger précocement une représentation mentale du problème, en associant de façon pertinente les données disponibles. Inversement, un étudiant en difficulté de raisonnement pourrait ne pas avoir d'idée claire sur la nature du problème avant d'investiguer davantage, notamment à travers la réalisation de l'examen clinique ou d'examen complémentaires. Cela témoignerait potentiellement d'un problème dans l'organisation de ses connaissances, d'où des difficultés à reconnaître des formes et à activer rapidement les bons scripts cliniques.

La qualité de la représentation mentale de la situation clinique se manifeste également à travers le vocabulaire utilisé par l'étudiant pour la décrire, tel que nous l'expliquons dans la sous-section suivante.

La capacité à réaliser une transformation sémantique

La transformation sémantique des données est une action qui témoigne de la qualité de la représentation mentale de la situation clinique. Elle consiste à transformer les données recueillies pour en extraire la signification médicale, et à les agencer selon des axes sémantiques, c'est-à-dire selon des paires de qualificatifs opposés (par exemple, « chronique/aigu », « unilatéral/bilatéral », « central/périphérique », « patient jeune/patient âgé », etc.). Un patient de 50 ans dont le genou droit est toutes les nuits et depuis 48 heures gonflé et douloureux, et qui a déjà présenté des épisodes similaires neuf ans auparavant devient, après transformation sémantique, un cas de gonalgie nocturne aiguë, récidivante et unilatérale, survenant chez un homme d'âge mûr.

Un article à lire en ligne sur La transformation sémantique

La prise de décision en médecine : quelques mécanismes mentaux et des conseils pratiques

(Bordage, 2005)

La Revue de Médecine Interne,
26, pp. 14-17

www.lienmini.fr/41951-Pelaccia-ch2-4



La transformation sémantique permet au soignant de donner du sens aux informations qu'il recueille (Bordage, 2005), et ainsi, de reconnaître des formes et d'activer en conséquence les scripts cliniques adaptés. Elle facilite en particulier la comparaison de la situation actuelle à un tout autre problème (par exemple, dans le cas cité quelques lignes plus haut, une douleur chronique bilatérale chez un enfant), ce qui constitue une aide précieuse au diagnostic. Un étudiant qui résumerait le cas dont il vous parle en reprenant les mêmes mots que ceux du patient éprouve potentiellement des difficultés à bien se représenter le problème clinique. Il aura besoin d'être accompagné dans l'élaboration du sens à donner aux informations recueillies.

La transformation sémantique est bien entendu à elle seule insuffisante pour conclure à un raisonnement clinique efficace. Le soignant doit en effet reconnaître rapidement l'information pertinente à traduire en qualificatifs sémantiques, en faisant appel à ses connaissances antérieures, afin d'orienter la collecte de données et leur interprétation (Nendaz et Bordage, 2002).

La capacité à confronter les hypothèses

La capacité à générer et à comparer plusieurs hypothèses afin d'en dégager les similitudes et les différences avec le cas à résoudre, en considérant les facteurs discriminants de chacune d'elles, constitue un critère qui témoigne du développement d'un raisonnement efficace chez les étudiants (Bowen, 2006). Le professionnel de santé performant relie en effet entre elles les informations dont il dispose et génère, sur la base de ses prototypes, un petit nombre d'hypothèses à l'origine de l'activation des scripts. Il hiérarchise ensuite ces hypothèses grâce à la recherche d'adéquation entre les scripts cliniques activés et les données recueillies, tel que nous l'avons précédemment décrit.

Afin de vérifier que cette capacité est efficacement mise en œuvre chez un étudiant, demandez-lui de hiérarchiser ses hypothèses et de vous expliquer pour quelle

raison il associe telle ou telle hypothèse à une probabilité plus ou moins élevée. Ce questionnement peut cibler la phase initiale de confrontation à une tâche clinique, tout autant que les étapes ultérieures, afin de vous assurer qu'il modifie de façon pertinente la hiérarchie de ses hypothèses au fur et à mesure qu'il recueille de nouvelles données. Un étudiant qui aurait des difficultés à faire le tri dans ses hypothèses (par exemple, les hypothèses « pancréatite aiguë » et « ulcère gastrique perforé », lorsqu'un patient se plaint de douleurs épigastriques) ou qui ne parviendrait pas à faire évoluer la hiérarchie de ses hypothèses alors qu'une donnée nouvelle devrait l'y conduire (par exemple, le caractère transfixiant de la douleur) est potentiellement en difficulté de raisonnement.

Les critères mentionnés dans cette section sont évidemment interreliés : la qualité de la représentation initiale de la situation clinique se manifeste notamment par l'emploi de qualificatifs sémantiques appropriés pour la décrire. Ces derniers témoignent de l'activation de scripts et facilitent la comparaison et la confrontation d'hypothèses, afin d'orienter la collecte de données supplémentaires et de permettre de résoudre le problème.

2.4 Quelles sont les stratégies qui favorisent le développement du raisonnement clinique chez les étudiants ?

Si l'expérience est indispensable au développement du raisonnement clinique, celui-ci doit être accompagné par la mise en place, par l'institution, les enseignants et les tuteurs de stage, de stratégies d'apprentissage propices à un tel développement. Dans les prochaines sous-sections, nous ciblerons trois de ces stratégies. Le chapitre 12 (page 221) s'intéressera quant à lui spécifiquement à l'usage du cas clinique, qui constitue l'un des principaux outils utilisés en milieu académique afin d'accompagner les étudiants dans le développement de leur raisonnement.

**Un chapitre de livre sur
L'apprentissage du raisonnement
clinique en stage**

Superviser l'apprentissage
du raisonnement clinique
(Audétat et Laurin, 2018)

Dans le livre « *Comment [mieux] superviser les
étudiants en sciences de la santé dans leurs
stages et dans leurs activités de recherche ?* »

Pelaccia, De Boeck Supérieur, pp. 111-128

Exposez les étudiants à de nombreuses situations cliniques variées

Pour aider les étudiants à développer leurs capacités à raisonner, il est souhaitable que vous les confrontiez à de nombreuses reprises à des situations cliniques concrètes, complexes et variées (Norman *et al.*, 2017). Cela leur permettra de se construire une grande banque de prototypes et de scripts. Afin d'illustrer l'importance de cette confrontation, prenons l'exemple du glaucome. Tous les cas de glaucome ne sont pas identiques. Ils présentent des caractéristiques communes (l'atteinte du nerf optique), mais aussi « facultatives » (une pression intraoculaire élevée

et un angle iridocornéen étroit) ou partagées avec d'autres maladies oculaires (le défaut de champ visuel et l'atteinte pupillaire). L'exposition à de multiples cas de glaucome différents, de même qu'à d'autres atteintes pouvant créer certaines manifestations cliniques semblables, permettra à l'étudiant de fabriquer ses prototypes et d'enrichir ses scripts cliniques au fur et à mesure de ces expériences. Cette stratégie facilitera l'activation du script « glaucome » en présence d'un cas ultérieur de glaucome. Elle offrira également à l'étudiant la possibilité d'éliminer plus rapidement le diagnostic de glaucome en cas d'inéquation d'une majorité des données cliniques avec celles du script « glaucome », et d'activer alors des scripts correspondant à des diagnostics différentiels.

La nécessité d'exposer les apprenants à de nombreux cas légitime l'intérêt de multiplier les lieux de stage et, dans une certaine mesure, de former les étudiants dans un environnement simulé. Le seul fait d'être confronté à des expériences n'est toutefois pas suffisant pour développer son raisonnement. Il est nécessaire d'adosser ces expériences à une pratique délibérée, associée à des rétroactions.

Encouragez l'adoption d'une pratique délibérée

D'abord appliquée à l'apprentissage d'un art ou d'un sport, la pratique délibérée contribuerait également au développement du raisonnement clinique (Ericsson, 2008 ; Norman, 2005). Elle consiste à réaliser une tâche de façon répétée et réflexive, avec l'intention explicite d'améliorer ses performances (Ericsson, 2008). Dans cette perspective, nous vous suggérons d'encourager les étudiants confrontés à un cas à se fixer des objectifs de performance précis, pouvant viser l'amélioration d'aspects ciblés de leur capacité à raisonner (par exemple, le recueil de données ou la formulation d'hypothèses).

Le développement du raisonnement clinique nécessite donc un engagement actif de la part des étudiants, ainsi que des capacités métacognitives qui leur permettront de porter un regard réflexif critique sur leur propre raisonnement (Mamede et Schmidt, 2004). Les rétroactions, dont il sera question dans la prochaine sous-section, sont de nature à favoriser l'adoption d'une telle posture.

La pratique réflexive ?
C'est expliqué page 47

Offrez des rétroactions fréquentes et constructives

Il est largement reconnu que la rétroaction (également dénommée « feed-back ») est indispensable au développement du raisonnement clinique (Bordage, 1994 ; Bowen, 2006 ; Nendaz *et al.*, 2005a). Elle repose en particulier sur la qualité des questions posées aux étudiants à l'issue de la tentative de résolution d'un problème. Ces questions devraient tout autant cibler les processus analytiques que les processus intuitifs.

Un chapitre de livre sur La rétroaction en stage

Échanger de la rétroaction avec les étudiants
(Côté *et al.*, 2018)

Dans le livre « *Comment [mieux] superviser les étudiants en sciences de la santé dans leurs stages et dans leurs activités de recherche ?* »

Pelaccia, De Boeck Supérieur, pp. 81-109

Or, l'exploration des processus intuitifs est souvent négligée dans les rétroactions offertes aux étudiants. Elle nécessite que vous interrogiez le futur professionnel très tôt dans sa rencontre avec le patient ou que vous cibliez ce moment de façon rétrospective (Pelaccia *et al.*, 2011). Dans cette perspective, vous pourrez recourir au questionnaire utilisé dans l'entretien d'explicitation. Des exemples de questions sont proposés dans le chapitre sur la préparation et l'animation d'un cas clinique (page 227).

Le questionnaire dans l'entretien d'explicitation ?

C'est expliqué page 138

Conclusion

Les professionnels de santé doivent résoudre efficacement les nombreuses tâches cliniques auxquelles ils sont quotidiennement confrontés. Ils développent pour cela des réseaux de connaissances spécifiquement organisées, dans la mémoire à long terme, sous la forme de prototypes et de scripts. Pour favoriser ce développement, vous devrez offrir aux étudiants de multiples occasions d'exercer leur raisonnement et de réfléchir à ce raisonnement, combinées à des rétroactions constructives.

Au-delà des processus et des connaissances, le raisonnement clinique implique d'autres dimensions qui interagissent dans un contexte spécifique (Koufidis *et al.*, 2022). Des facteurs contextuels internes (par exemple, les émotions et le stress) ou externes (par exemple, l'intervention de tiers, les contraintes de temps ou de ressources, ou encore les obstacles à la communication) influencent ainsi constamment le déroulement d'une rencontre avec un patient, et en conséquence, le raisonnement du soignant (Durning *et al.*, 2010). L'effet produit par ces facteurs constitue actuellement un champ en développement de la recherche sur le raisonnement clinique.

C'est ainsi que les soignants semblent utiliser les connaissances qu'ils ont à propos des autres personnes qui évoluent dans leur environnement — il peut s'agir du patient ou des autres professionnels — pour raisonner. Le traitement d'une même donnée (par exemple, « Je pense que le patient ne va pas bien ») ne serait ainsi pas similaire selon la représentation qu'a le soignant (par exemple, un médecin des urgences) de la personne qui est à l'origine de l'information (par exemple, un infirmier qui assure le tri à l'entrée des urgences, par rapport auquel le médecin pourrait considérer « qu'il voit le mal partout » ou, au contraire « qu'il sous-évalue tout le temps la gravité de la situation »), ce qui générerait des comportements différents (par exemple, ne pas se dépêcher pour aller voir le patient ou, au contraire, s'y rendre sans délai). Des travaux préliminaires ont montré l'existence de ce phénomène chez les médecins urgentistes experts, les connaissances sur l'autre ayant été dénommées « *Know-Who* » par les auteurs (Pelaccia *et al.*, 2016a, 2016b).

Ancré dans un contexte plus global, le raisonnement clinique longitudinal, mis en œuvre lors de soins prodigués à long terme dans les cas de maladies chroniques et de multimorbidités, constitue également un champ de recherche en pleine expansion. Une revue systématique a en effet conclu à la nécessité de mieux cerner les processus mobilisés dans ces situations, considérant leur complexité due à de nombreuses incertitudes et priorités concurrentes durant le suivi de patients à long terme (Cairo Notari *et al.*, 2021).

MES PRATIQUES PÉDAGOGIQUES CONTRIBUENT-ELLES AU DÉVELOPPEMENT DU RAISONNEMENT CLINIQUE CHEZ LES ÉTUDIANTS ?		
😊	😐	Concernant les principes généraux associés au raisonnement clinique
☐	voir p. 34	Je conçois le « diagnostic » comme une démarche systématiquement réalisée par tous les soignants, préalablement à l'action, afin de reconnaître ce qui se passe dans une situation donnée.
☐	voir p. 35	J'ai intégré le fait que la théorie du double processus est une approche consensuelle quant à la façon dont les professionnels de santé raisonnent.
☐	voir p. 35	J'ai intégré le fait que les processus de raisonnement intuitifs reposent sur la reconnaissance automatique, rapide et sans effort conscient d'une configuration caractéristique de signes (grâce aux prototypes) ou d'un cas similaire rencontré dans le passé (grâce aux exemples concrets).
☐	voir p. 35	J'ai intégré le fait que les processus de raisonnement analytiques reposent sur un cheminement conscient, et donc, cognitivement exigeant.
☐	voir p. 38	J'ai intégré le fait que les prototypes désignent des connaissances organisées dans la mémoire à long terme, qui consistent en l'association de quelques signes cliniques et contextuels typiques d'une entité pathologique, et qui permettent de générer des hypothèses diagnostiques.
☐	voir p. 38	J'ai intégré le fait que les scripts désignent des connaissances organisées dans la mémoire à long terme, qui sont activées lorsqu'une hypothèse est générée, afin de guider et d'orienter le professionnel de santé dans la collecte additionnelle de données visant à vérifier cette hypothèse, et dans les actions à entreprendre
😊	😐	Concernant les activités d'apprentissage du raisonnement clinique
☐	voir p. 43	Les activités que je mets en œuvre afin de favoriser le développement du raisonnement des étudiants visent à la fois les processus analytiques et intuitifs.
☐	voir p. 42	J'expose les étudiants à de nombreuses situations cliniques qui présentent des caractéristiques variées, afin de les aider à construire leurs prototypes et leurs scripts.
☐	voir p. 43	Dans le cadre de la pratique délibérée, je favorise chez les étudiants l'adoption d'une posture réflexive associée à des objectifs précis d'amélioration de leur raisonnement.
☐	voir p. 43	J'offre aux étudiants des rétroactions fréquentes et constructives sur les tâches qu'ils ont réalisées, en ciblant la façon dont ils ont raisonné.
☐	voir p. 40	Je cherche systématiquement à identifier, chez les étudiants, des indicateurs du développement efficace de leur raisonnement, afin de repérer les apprenants en difficulté.

Chapitre



Un professionnel de santé qui se pose des questions : la réflexivité

Quoc Dinh NGUYEN et Stéphanie RAYMOND-CARRIER

Paroles d'enseignants...

- *J'encourage mes étudiants à se questionner, mais j'obtiens souvent des réflexions superficielles...*
- *Il me semble qu'on ne peut pas enseigner la réflexivité. C'est comme le jugement : tu l'as ou tu l'as pas !*
- *Nous avons mis en place toute une série d'activités pour favoriser la pratique réflexive au sein de notre institution, mais je me demande si elles sont vraiment efficaces.*

Les questions auxquelles nous répondrons

- 3.1 Qu'est-ce que la réflexivité ?48
- 3.2 Comment agit un professionnel de santé réflexif ?51
- 3.3 Comment former les étudiants à la réflexivité ?53
- 3.4 Quel est l'impact d'un programme de formation à la réflexivité ?61

La situation suivante vous est probablement familière : un de vos étudiants est en difficulté. Vous lui suggérez des pistes d'amélioration, qu'il peine à mettre en place. Vous lui proposez donc de prendre le temps de réfléchir à ses expériences, afin qu'il trouve lui-même des solutions aux problèmes soulevés. Alors qu'il réalise l'exercice avec sérieux, le résultat n'est pas satisfaisant. Sa réflexion est superficielle, et ses conclusions sont limitées et ne se traduisent par aucun changement constructif. La situation inverse vous est certainement tout aussi familière : un étudiant saisit immédiatement votre rétroaction, est capable d'introspection poussée et apporte systématiquement des corrections pertinentes. Vous êtes impressionné par la richesse des réflexions qu'il parvient à mener sur ses expériences et sur ses apprentissages.

Les deux premiers chapitres de cet ouvrage ont permis de mettre en évidence l'importance de la réflexivité dans le développement du professionnalisme des étudiants (page 26), et notamment de leur capacité à raisonner efficacement pour résoudre les problèmes cliniques (page 43). L'enseignement de la réflexivité est ainsi considéré comme un enjeu majeur associé à la formation des futurs soignants. Sa mise en œuvre expose toutefois les enseignants à de nombreux défis.

Avant de discuter des stratégies permettant d'améliorer la réflexivité des étudiants (section 3.3) et de l'efficacité des programmes visant un tel apprentissage (section 3.4), il est nécessaire de définir ce qu'est la réflexivité (section 3.1) et d'identifier la façon dont agit un professionnel de santé réflexif (section 3.2).

3.1 Qu'est-ce que la réflexivité ?

Du fait de la complexité du concept de réflexivité, il y a fréquemment une confusion quant à sa signification. La réflexivité n'est pas simplement l'acte de réfléchir, comme le laisserait croire son sens commun. La réflexivité n'est pas non plus synonyme de « pensée », aussi riche et développée soit cette dernière. Elle n'est pas plus un enchaînement d'étapes cognitives à réaliser ni une simple méditation ou contemplation de son vécu.

Une proposition de définition

Le concept de réflexivité a été abordé par de nombreux auteurs, issus de disciplines différentes. Parmi eux, Dewey (2004), Schön (2005), Kolb (1984) et Boud *et al.* (1985) sont les plus importants. Néanmoins, parce que chacun voyait dans la réflexivité une finalité distincte, les modèles qu'ils ont élaborés sont parfois discordants. Afin de faire le lien entre ces diverses conceptions, nous proposons la définition suivante de la réflexivité, que nous avons rédigée dans le cadre d'une recension de la littérature (Nguyen *et al.*, 2014, p. 1182) :

[La réflexivité désigne] le processus [qui consiste à] s'engager dans des interactions attentives, critiques, exploratoires et itératives avec ses pensées et ses actions, et leurs cadres conceptuels sous-jacents, en visant à changer ces différentes composantes et en examinant le changement lui-même.

En décortiquant cette définition, un premier constat s'impose : pour entrer en réflexivité, il faut réfléchir d'une manière spécifique à propos d'un contenu particulier.

La « bible » des formateurs et des enseignants en santé

Comment construire un cas clinique ? Comment débriefer une séance de simulation ? Comment enseigner un geste ? Comment animer un cours magistral ? Comment former et évaluer à distance ? Comment motiver les étudiants ? Comment favoriser leur réflexivité ? Comment les aider à développer leur raisonnement ? Comment créer un dispositif selon une approche par compétences ? Comment former en interprofessionnalité et en partenariat avec le patient ? Comment élaborer un QCM, un TCS, une station d'ECOS ou une EPA ? Comment évaluer un portfolio ? Comment implanter une réforme curriculaire ?

Voici des exemples de questions qu'aborde ce guide résolument pratique. Fruit d'une collaboration internationale entre plus de 50 spécialistes reconnus, il répond de façon claire, précise, détaillée et argumentée scientifiquement aux préoccupations des enseignants et des formateurs qui œuvrent dans le champ de la santé.



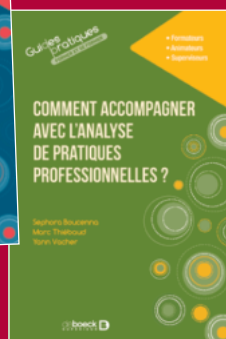
Retrouvez dans cette 2^e édition mise à jour

- des chapitres actualisés et enrichis
- un chapitre inédit sur la conduite des réformes pédagogiques et curriculaires
- de nombreux exemples
- des conseils pratiques
- des grilles d'autoévaluation
- des renvois internes et externes (QR codes)
- un glossaire de + de 250 termes
- une bibliographie augmentée de 200 références



Thierry Pelaccia • Médecin urgentiste et professeur des universités à la Faculté de Médecine, maïeutique et sciences de la santé de Strasbourg. Titulaire d'un doctorat en sciences de l'éducation obtenu à l'Université de Sherbrooke (Canada) et à l'Université de Strasbourg (France), et d'un master en sciences du travail obtenu à l'Institut d'études politiques de Strasbourg, il forme à la pédagogie les enseignants et les formateurs depuis près de 25 ans, dans de nombreux établissements et dans plusieurs pays. Il dirige le Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé (CFRPS).

Dans la même collection



ISBN 978-2-8073-4195-1



deboeck **B**
SUPERIEUR

Prix : 26,90 €

www.deboecksuperieur.com