

Chapitre 3

Les enjeux épistémologiques et méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles en santé

*Jean JOUQUAN**
*Florence PARENT***

1 INTRODUCTION

Dans le domaine de la santé, l'évaluation semble avoir désormais acquis le statut enviable d'évidence, au sens français de ce terme, c'est-à-dire celui d'une démarche dont la pertinence et la nécessité n'ont pas – ou plus – besoin d'être démontrées. En contexte français, par exemple, la création en 1990 de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation en médecine (ANDEM), remplacée en avril 1996 par ordonnance, par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), puis en 2004 par la Haute autorité de santé (HAS), aux compétences élargies, en est l'illustration la plus emblématique. En se fixant notamment comme missions « de produire des référentiels d'évaluation, [...] d'apporter

* Université de Brest, Université Européenne de Bretagne (France)
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Équipe d'accueil EA 4686 « Éthique, professionnalisme et santé. »

** Université libre de Bruxelles (Belgique), École de santé publique
Centre de recherche CRISS – Approches sociale de la santé
et Centre de recherche POLISSI – Politiques et systèmes de santé – Santé internationale.

son appui aux procédures d'évaluation des pratiques professionnelles [...] et d'évaluer l'impact de ses propres actions sur la qualité des soins », l'ANAES (2000) a en particulier fortement contribué à faire connaître les outils de la démarche évaluative, tels que l'établissement de recommandations, l'audit médical ou la visite par les pairs.

Cette fortune du concept d'évaluation, au moins apparente, va de pair avec un emploi de plus en plus intensif du mot, ce qui lui vaut parfois d'être galvaudé. Plusieurs confusions sont ainsi véhiculées, par exemple entre évaluation et contrôle, entre évaluation et mesure ou entre évaluation et recherche évaluative. Ces conceptions erronées – ou au moins réductrices – nuisent parfois à la compréhension et à l'acceptation de la démarche évaluative par les professionnels de santé. La présente contribution se propose : de resituer l'évaluation en santé – et notamment en médecine – au sein du champ plus large de l'évaluation de programme, en tant que pratique sociale et professionnelle ; d'apporter plus spécifiquement quelques repères conceptuels et de montrer que, si l'exigence d'évaluation n'est plus guère discutable, sa mise en œuvre suppose que des orientations théoriques, à l'égard desquelles il existe des alternatives, aient été préalablement déterminées. Nous proposerons enfin d'admettre que ces différentes prémisses conduisent à considérer l'évaluation en santé, fondamentalement, comme une démarche de nature épistémologique.

2 L'ÉVALUATION EN TANT QUE PRATIQUE PROFESSIONNELLE ET SOCIALE

2.1 La notion de programme social

Envisagée globalement, l'action en santé, développée par l'ensemble des professionnels et des organisations de santé, constitue ce que l'on appelle un « programme social » qui vise à améliorer le bien-être des individus et de la société, en l'occurrence en tentant de résoudre les problèmes individuels de santé ou les problèmes de santé publique. La locution « programme social » renvoie à la notion que les différentes pratiques professionnelles concernées, qu'elles soient plus ou moins dévolues respectivement aux états ou à des structures privées, résultent d'un ensemble cohérent d'activités coordonnées, réglementées et financées par la communauté, justifiées sur la base d'une identification des besoins à satisfaire (Cf. par exemple, chapitre 2, section 1 : « Responsabilité sociale des facultés de médecine »).

2.2 L'évaluation d'un programme social

L'évaluation des programmes sociaux est un champ disciplinaire dérivé de celui des pratiques professionnelles (Shadish, Cook & Leviton, 1991 a). Elle consiste d'une part à examiner si ces pratiques atteignent leurs buts

(efficacité) et si elles le font moyennant un niveau acceptable de ressources monétaires, matérielles ou humaines (efficience). Elle consiste d'autre part à identifier tous leurs effets, y compris ceux qui n'ont pas été planifiés, et à déterminer s'ils ont des conséquences positives ou négatives. Il s'agit donc d'obtenir des informations qui renseignent sur ces pratiques professionnelles et leurs résultats, d'interpréter ces informations de manière à être en mesure de porter un jugement de valeur à l'égard des pratiques concernées, dans le but de prendre une décision. La nature de la décision à prendre peut varier. Il peut s'agir de prendre des décisions visant à améliorer les pratiques professionnelles en cause, dans le but d'optimiser leurs résultats ; on parle alors habituellement d'évaluation formative, ce qui renvoie à la fonction régulatrice de l'évaluation. Il peut aussi s'agir de prendre des décisions concernant la poursuite ou l'arrêt du programme, sa réorientation ou encore le niveau des ressources qui lui sont allouées ; on parle alors classiquement d'évaluation sommative, ce qui renvoie à la fonction administrative de l'évaluation.

2.3 Les pratiques évaluatives

L'évaluation est un processus de résolution de problème complexe. L'évaluation de programme moderne s'est développée depuis les années 1960 dans un environnement caractérisé par la croissance économique de l'après-guerre, l'intervention massive de l'état et le développement des sciences sociales (Shadish et al., 1991a). Dans ce contexte, il s'est agi très tôt de rendre des comptes. Les pratiques développées dans le champ de l'évaluation ont emprunté successivement aux positionnements théoriques et aux options méthodologiques de multiples champs disciplinaires, issus des sciences expérimentales ou des sciences sociales. En s'intéressant aux processus en jeu dans les pratiques professionnelles et pas seulement à leurs résultats, en intégrant de façon plus éclectique des données qualitatives aux données purement quantitatives, en se préoccupant enfin des contextes d'application et non exclusivement des exigences méthodologiques, les pratiques évaluatives se sont peu à peu efforcées de mieux rendre compte de la complexité des différentes réalités professionnelles. De nombreux « modèles » d'évaluation de programme se sont ainsi développés. La littérature scientifique est extrêmement pauvre en travaux visant à apprécier l'efficacité et l'efficience respectives des différents modèles d'évaluation. Un tel objectif se heurte d'ailleurs à de nombreuses difficultés. Il serait notamment nécessaire de disposer de multiples études de cas, conduites de façon longitudinale sur des longues périodes ; de telles études ne sont pas disponibles, en partie en raison de la jeunesse de l'évaluation de programme en tant que champ disciplinaire, mais aussi en raison des problèmes qu'elles posent (méthodologiques, opérationnels, économiques).

Ainsi, même si le souhait d'homogénéiser les pratiques évaluatives est légitime, force est d'admettre qu'aucun modèle n'est *a priori* plus indiscutable qu'un autre et qu'il n'existe pas de modèle universel (Shadish, Cook & Leviton, 1991 b). Le choix d'un modèle d'évaluation ne peut donc résulter que d'un processus de démocratie sociale et professionnelle, ce qui implique que les responsables rendent publics, négocient et contractualisent leurs orientations conceptuelles, leurs buts et leurs choix méthodologiques. En toute hypothèse, l'évaluation en santé ne devrait pas échapper à ces exigences. Une telle évaluation peut avoir pour objet tout ce qui concourt à l'action médicale : il peut donc s'agir d'institutions, de structures ou d'organisations, de dispositifs de formation, de matériaux ou d'outils technologiques ou encore de besoins sanitaires à satisfaire. Nous limiterons notre propos à l'évaluation des pratiques professionnelles des professionnels de santé et notamment des médecins.

3 QUELQUES DISTINCTIONS EN MATIÈRE D'ÉVALUATION DES PRATIQUES

3.1 Évaluation et contrôle

3.1.1 *Le contrôle des pratiques*

Étymologiquement, le mot contrôle vient du « contre-rôle », terme apparu en 1611 et qui désignait un registre (d'état civil ou de comptabilité, par exemple) introduit en double pour permettre, par rapprochement et comparaison, l'authentification d'un autre registre, le rôle. Le contrôle est ainsi une procédure du domaine de la vérification, qui recherche la conformité par rapport à un modèle de référence ou étalon, qui est à la fois antérieur (défini avant le contrôle), extérieur (défini ailleurs que sur l'objet ou la personne contrôlés) et normatif (subordonné à une norme ou la définissant). De ce fait, un contrôle peut à la limite être réalisé par un expert extérieur à la réalité évaluée. Dès lors qu'il possède les outils du contrôle, le contrôleur, qui de toute manière dirige le contrôle, peut éventuellement le faire tout seul. Le contrôle porte quasi-exclusivement sur les procédures et leurs résultats et non sur les processus.

Dans le domaine des pratiques professionnelles, l'accréditation, l'inspection, la certification-qualité ou l'audit de conformité sont des démarches qui s'apparentent à un contrôle. Elles sont de plus en plus exploitées pour générer des analyses comparatives de performances (*benchmarking*) ou des classements (*ranking*), à l'instar de ce qui est également fait dans le champ de l'économie de la connaissance (Jouquan, 2009) (Cf. aussi : chapitre 1, section I : « Une perspective économique et politique des systèmes d'éducation et de formation »). Dès lors que le soin ne serait plus compris

que comme une production qu'il faudrait rationaliser et rentabiliser, la tentation pourrait être forte de les instituer à des fins exclusivement financières. Indépendamment d'une telle hypothèse, ces procédures exposent au risque de générer des pratiques envahissantes, typiques des dérives bureaucratiques ; elles sont souvent perçues comme agressives et ont montré leurs limites en favorisant parfois des réactions négatives ou contre productives : on corrige pour la forme en prévision du contrôle ou on riposte par des stratégies dilatoires ou par des « grèves du zèle ».

3.1.2 L'évaluation des pratiques

Par opposition au contrôle, l'évaluation est du domaine de l'appréciation et du jugement. Il s'agit de rechercher les effets et la valeur d'une action. À cet égard, il ne s'agit pas seulement de se positionner par rapport à une « échelle de valeurs » préétablie. En accord avec son étymologie, l'évaluation est, en tant que telle, un processus fondateur de valeurs. Il faut considérer que les valeurs sont par nature des « construits sociaux », en perpétuel remodelage : « il n'y a pas de valeur qui ne soit le résultat d'évaluations sociales répétées et accumulées et, inversement, il n'y a pas d'évaluation sans système de valeurs et de références ; les deux systèmes fonctionnent toujours en corrélation, en interaction dynamique voire conflictuelle » (Lecoindre, 1997). Ainsi, contrairement au contrôle, l'évaluation implique la participation des acteurs de l'action, le débat, la confrontation d'opinions et de valeurs, ce qui ne condamne pas pour autant toute forme de critères établis *a priori*, notamment lorsque les construits sociaux ont été démocratiquement institutionnalisés (Cf. chapitre 1 de la section II : « Développer une ingénierie de la professionnalisation et des compétences dans les organisations de santé : l'exemple d'un référentiel de compétences en kinésithérapie »).

3.2 Évaluation et mesure

3.2.1 La mesure est l'une des modalités de recueil d'informations concernant les pratiques

Dans le champ de l'évaluation, un courant considère que, pour que l'évaluation soit rigoureuse, les informations qui renseignent sur les pratiques à évaluer doivent résulter d'une mesure. La qualité des procédures de recueil d'informations, conçues dès lors comme des instruments de mesure, est appréciée par la détermination des critères métrologiques classiques que sont la validité (mesure-t-on bien ce qu'on prétend mesurer ?) et la fidélité (obtient-on le même résultat lors de deux mesures successives ou lors de mesures effectuées par deux opérateurs différents ?). Cette qualité métrologique est considérée comme étant le garant essentiel de la rigueur de la démarche d'évaluation. Une telle conception conduit à développer

des procédures et des outils de recueil d'informations extrêmement standardisés. L'une des méthodes récemment explorées dans cette perspective recourt par exemple à des patients « standardisés » (Luck & Peabody, 2002). Des acteurs professionnels sont entraînés à jouer de façon reproductible le rôle standardisé d'un patient souffrant d'un problème de santé spécifique (par exemple, une insuffisance cardiaque gauche secondaire à une hypertension artérielle ancienne négligée par un patient « non observant » et fumeur) ; ils rendent visite de façon anonyme aux médecins dont il s'agit d'évaluer les pratiques et « mesurent » la qualité de la consultation en remplissant, immédiatement après, une liste de vérification (*check-list*) d'une quarantaine d'items. De telles approches favorisent des conceptions très technocratiques de l'action médicale. En privilégiant la précision des informations plutôt que leur pertinence professionnelle et sociale, elles favorisent la mesure de ce qui est facile à mesurer plutôt que de ce qui est important à considérer ; elles conduisent inéluctablement à des conceptions très réductrices de la compétence médicale, en gommant les dimensions de complexité et d'incertitude ; elles postulent enfin une conception très normative et prescriptive des « bonnes » pratiques médicales.

3.2.2 L'évaluation a une acception plus large que la mesure

L'exigence de la mesure, héritée de la culture scientifique positiviste, est extrêmement prégnante, au point qu'elle pourrait parfois sembler résumer la démarche évaluative. L'évaluation est pourtant un processus beaucoup plus large que la simple mesure, pour au moins deux types de raisons : a) la mesure n'est pas la seule modalité fiable pour obtenir des informations renseignant sur des pratiques médicales ; b) quelle que soit la manière dont elles ont été obtenues, et même lorsqu'elles résultent d'une mesure, ces informations doivent être interprétées pour qu'un jugement de valeur soit porté à leur égard, faute de quoi il ne s'agit pas d'une évaluation mais d'un simple greffe, au sens juridique du terme, c'est-à-dire d'un archivage administratif des informations.

- a) La mesure, par nature, est quantitative et exige la définition d'unités de mesure. Certains indicateurs, appréhendés à l'aide de variables quantitatives, se prêtent ainsi naturellement à une mesure : c'est le cas, par exemple, d'un taux de couverture vaccinale au sein d'une population prise en charge par un médecin, du taux d'hémoglobine glycosylée chez un patient diabétique, etc.,... Lorsque des objets plus complexes sont observés, tels qu'une consultation médicale complète, le souci de fournir une mesure conduit à élaborer des outils de transformation des données aboutissant à la construction de scores ; c'est le but, par exemple, des *check-lists*, telles que les procédures d'évaluation utilisant des patients standardisés, évoquées précédemment, peuvent en exploiter. Il existe pourtant de multiples

autres manières d'obtenir des informations renseignant sur des pratiques médicales et, à cet égard, force est d'exprimer un désaccord avec un énoncé de l'un des guides de l'ANAES (2002), selon lequel « on ne peut pas réellement savoir ce que l'on fait si on ne le mesure pas ». Les sciences sociales ont montré que l'on peut produire des savoirs avec beaucoup de rigueur en recueillant des informations objectives mais de nature qualitative, grâce à des méthodes telles que l'analyse de contenu, l'observation participante, l'entretien semi-structuré ou le groupe de discussion.

- b) Qu'elles soient de nature quantitative ou qualitative, issues ou non d'une mesure, les informations qui renseignent sur les pratiques médicales doivent être interprétées pour faire l'objet d'un jugement de valeur. Cette démarche interprétative, même lorsqu'elle recourt à l'outil statistique, est par essence du domaine de la relativité et dépend du cadre conceptuel auquel on se réfère. L'exigence de rigueur ne se résume pas au débat objectif/subjectif et, en l'occurrence, le même guide de l'ANAES (2002) cité plus haut a raison d'insister sur le fait que « dans l'évaluation des pratiques professionnelles, aucune mesure objective ne peut se passer d'une interprétation liée au contexte ». Les critères de rigueur de la démarche interprétative à partir de données qualitatives, dans le cadre de l'évaluation des pratiques, sont maintenant bien codifiés : aux notions très positivistes de validité, de fidélité et d'objectivité, sont substituées celles de crédibilité, de transférabilité, de fiabilité et de transparence (Barzansky, Berner & Beckman, 1985). Dans cette perspective, de nouvelles approches permettant d'élaborer des synthèses de la littérature scientifique faisant davantage justice de la complexité des interventions en santé sont aujourd'hui proposées (Pawson, Greenhalgh, Harvey & Walshe, 2005).

3.3 Évaluation et recherche évaluative

La recherche évaluative et l'évaluation sont deux manières d'examiner des pratiques en santé et de produire du savoir à propos d'elles. La finalité et la nature respectives des savoirs construits sont par contre fort différentes.

3.3.1 *La recherche évaluative ayant pour objet les pratiques en santé se propose d'établir des lois et des principes explicatifs (« to prove »)*

Dans le cadre de la recherche évaluative, l'investigateur-chercheur est motivé par une curiosité et par une exigence scientifique. Son objectif est de parvenir à des conclusions dont le rôle est de contribuer à l'élaboration de lois ou de principes explicatifs, qui permettent de prédire les effets

des pratiques concernées ; pour ce faire, il met en œuvre des méthodes, le plus souvent selon un protocole de type expérimental (comparaison d'un groupe-cible et d'un groupe-contrôle, comparaison d'un pré-test et d'un post-test, recours à l'analyse statistique,...), qui visent à vérifier une hypothèse, laquelle découle de l'identification d'une question spécifique de recherche. L'utilité sociale du savoir produit n'est qu'indirecte, même si l'on insiste de plus en plus sur la notion de pertinence sociale de la recherche. Les critères de rigueur scientifique concernent la validité interne de la démarche (c'est-à-dire la robustesse de la preuve fournie pour accepter ou rejeter l'hypothèse) et sa validité externe (c'est-à-dire le caractère généralisable des résultats obtenus). En tant que démarche scientifique, la recherche évaluative qui est conduite à propos des pratiques médicales – ou, plus généralement, des pratiques en santé – vise en effet la production de savoirs dotés d'un haut niveau de preuve quant aux effets de ces pratiques, qu'il s'agisse de leurs bénéfiques ou, à l'inverse, de leurs conséquences délétères. Ces savoirs deviennent dès lors les références scientifiques qui constituent l'une des sources à partir desquelles sont élaborés les différents standards et guides de pratiques (*guidelines*).

Le courant de la médecine fondée sur les faits probants – ou démontrés – (*evidence-based medicine* – *EBM*), qui s'est formalisé depuis le début des années 1990 (*Evidence-based medicine working group*, 1992), correspond à la démarche la plus achevée visant à exiger que les recommandations de pratiques s'appuient précisément sur des effets démontrés et non plus sur des arguments d'opinion ou d'autorité, ni même sur des inférences physiopathologiques purement spéculatives. Cette perspective exerce aujourd'hui une influence considérable, à la fois sur les pratiques professionnelles en santé et sur la nature et sur la qualité des ressources didactiques qui sont mises à la disposition des étudiants ou des professionnels, dans le cadre dispositifs de formation initiale ou continue. En mettant en exergue que, face à un problème à résoudre ou une décision à prendre, le caractère démontré du bénéfice attendu de l'intervention devait être tenu pour déterminant, ce courant a introduit une réelle rigueur dans la pratique clinique, même si plusieurs limites lui sont reconnues ; l'une des plus importantes est liée à la conception univoque et réductrice du concept de preuve qu'il tend à imposer, en lien avec son ancrage princeps dans le paradigme scientifique positiviste (Jouquan, 2003).

3.3.2 L'évaluation des pratiques en santé s'interroge sur le bien-fondé de ces pratiques dans le but de les améliorer (« to improve »)

Dans le cadre de l'évaluation, l'investigateur-évaluateur a comme objectif de se forger un jugement de valeur à l'égard des pratiques examinées, en se proposant de prendre ultérieurement des décisions qui visent

à les optimiser. L'évaluateur est ainsi directement concerné par l'utilité sociale de son action. La démarche expérimentale est souvent impossible à mettre en œuvre compte tenu du nombre de variables de toute nature qui ne sont pas contrôlables dans un contexte professionnel authentique. Elle n'est d'ailleurs le plus souvent pas pertinente (que signifierait, par exemple, l'hypothèse nulle dans l'optique d'une prise de décision ?). Les critères de rigueur exigés sont de ce fait différents des critères de rigueur scientifiques classiques ; ils font référence à la crédibilité des données (jusqu'à quel point peut-on accorder foi aux informations recueillies ?) et à leur pertinence (jusqu'à quel point l'information recueillie rend-elle compte la réalité que l'on souhaite appréhender ?). Il s'agit, en somme, d'apprécier la valeur ajoutée apportée au patient par les décisions prises par le médecin en tant que professionnel.

L'évaluation des pratiques professionnelles est aujourd'hui considérée comme le levier et l'ancrage essentiels du développement professionnel continu (Dornan, 2008). Une telle finalité est institutionnalisée dans plusieurs pays par des dispositions réglementaires. C'est par exemple le cas en France, où le législateur précise que « le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. » (Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 2011), la mise en œuvre opérationnelle du dispositif étant confiée à la HAS (Haute autorité de santé, 2010).

De par le monde, une telle évolution des dispositifs de formation continue des professionnels de santé, caractérisée par leur arrimage à une démarche formelle d'évaluation des pratiques, résulte du constat que la capacité des professionnels à s'auto évaluer et à auto diriger leurs apprentissages et leur formation continue a été largement surestimée (Silver, Campbell, Marlow & Sargeant, 2008). En effet, alors ce crédit ne leur avait été jusqu'à présent quasiment jamais contesté, un tel objectif apparaît aujourd'hui comme largement irréaliste (Sargeant, Mann, van der Vleuten & Metsemakers, 2008). De nombreuses études concordantes montrent de fait que les capacités d'auto évaluation – celle-ci étant comprise comme une activité individuelle strictement interne – sont très médiocres et qu'il convient désormais de passer du paradigme de l'évaluation auto-dirigée à celui de l'auto-évaluation dirigée – *from « self-directed assessment » to « directed self-assessment »* – (Sargeant et al., 2008). La notion d'auto-évaluation dirigée renvoie à l'idée que les activités d'évaluation de ses pratiques et de ses besoins d'apprentissage doivent nécessairement être appréciées au regard de références professionnelles partagées et s'appuyer explicitement sur la sollicitation de ressources externes (Dornan, 2008), dans le cadre d'une pratique réflexive accompagnée, en accord

avec les perspectives théoriques qui rendent compte du développement et du maintien de l'expertise, telles que celles de la pratique réflexive de Schön (1983, 1987), de la pratique intentionnelle et délibérée d'Ericsson (2004) ou de la pratique attentive d'Epstein (1999) (Cf. chapitre 1 de la section IV : « Promouvoir les pédagogies actives comme soutien à la pratique réflexive et à l'apprentissage en profondeur »).

L'auto-évaluation est ainsi tout le contraire d'une pratique solitaire et autarcique, les ressources pour une évaluation formative externe étant à rechercher auprès de ses pairs, quelle qu'en soit la modalité (par exemple en recourant à des superviseurs, mentors, précepteurs ou à des groupes de pairs) mais aussi auprès d'autres professionnels de santé, ainsi qu'auprès de ses patients (Sargeant et al., 2008), qu'il convient désormais de considérer comme des partenaires à part entière et non plus exclusivement comme des objets de soins (Cf. post-face : « La perspective du « patient partenaire » : une nécessité pour le futur en éducation des sciences de la santé »). Des expériences très documentées montrent l'intérêt d'adosser de tels dispositifs de supervision formative à une approche pédagogique par compétences, pour autant que l'expertise en santé et en éducation guide les choix méthodologiques et non l'inverse (Parent et al., 2007b).

4 L'ÉVALUATION VUE COMME FONDATRICE D'UNE ÉPISTÉMOLOGIE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN SANTÉ

La référence au statut de professionnel renvoie très explicitement au mandat social du médecin, en tant que personne chargée de rendre à une autre personne des services judicieux et réfléchis, dans des situations toujours singulières, complexes et floues, à l'occasion desquelles il est fort probable qu'il soit confronté à des conflits de valeurs et donc à des problèmes éthiques (McGuire, 1993). La compétence professionnelle, dont l'expertise est le niveau le plus achevé, est ce savoir-agir complexe que le professionnel construit à partir d'une base de connaissances spécialisées, développée et contrôlée en collégialité par les pairs qui constitue la profession. Les professions se caractérisent en effet d'abord par la référence constante à une ou plusieurs théories scientifiques et par le fait qu'elles ne se limitent pas seulement à l'usage d'un savoir préexistant mais qu'elles en créent un *de novo* (Harris, 1993). Cependant, malgré le stéréotype répandu qui voudrait que la médecine, qui était un art, soit devenue une science, celle-ci reste fondamentalement une « pratique soignante, personnalisée, accompagnée de science et de technique » (Folscheid, 1997). Il s'agit d'une pratique réflexive, au sens développé par Schön (1983) qui s'appuie notamment sur deux notions. La première est que toute action professionnelle complexe résulte d'un jugement et d'un processus de décision correspondant

à une réflexion dans (pendant et à propos de) l'action ; seule une minorité de ces actions résulte d'un pur automatisme. La seconde est que les connaissances et les compétences sur lesquelles s'appuient cette réflexion dans l'action ne sont pas exclusivement issues de savoirs savants codifiés, tels qu'ils sont produits par exemple par la recherche scientifique ; elles prennent aussi en compte un savoir tacite, expérientiel, construit par les praticiens eux-mêmes à partir d'une réflexion développée *a posteriori* sur leurs actions et qu'ils réutilisent dans leurs actions ultérieures. Il s'agit d'une autre manière de concevoir l'articulation entre la « théorie » et la « pratique » : la séquence ne se fait pas de façon unidirectionnelle de la théorie vers la pratique mais, grâce à une activité mentale de haut niveau, les deux domaines se nourrissent mutuellement.

Plusieurs références « théoriques » sont d'ailleurs possibles. Par exemple, le regard anthropologique sur la santé nous rappelle que le concept de maladie est moins univoque qu'il n'y paraît et qu'il renvoie autant à des constructions sociales qu'à des catégories naturelles (Cathébras, 1997). Trois termes existent du reste en langue anglaise pour désigner la maladie selon qu'elle rend compte de l'approche nosographique du médecin (*disease*), du vécu subjectif du malade (*illness*) ou du processus d'intégration sociale des problèmes de santé (*sickness*) (Cf. aussi les chapitres 1 et 2, section II : « Considérer la dimension interculturelle dans les formations professionnalisantes en santé » et « Intégrer la dimension du genre dans les programmes de formation des professionnels de la santé »).

Plusieurs contextes de pratique sont également à prendre en compte, selon que sont respectivement privilégiés, par exemple et de manière bien entendu nullement exclusive : la prévention et le maintien de la santé ou le traitement des maladies et les soins aigus ; la santé des populations ou la santé des individus ; la continuité des soins ou les soins intermittents et le traitement des épisodes ; les soins communautaires ou les soins en institution ; le modèle bio-psycho-social ou le modèle strictement bio-clinique.

C'est dans cette optique qu'il faut voir fondamentalement l'évaluation des pratiques médicales. En proposant au professionnel médecin de rendre compte de ses pratiques et de les inscrire dans un processus dialectique de jugement de valeur, la démarche évaluative n'exige pas qu'il démontre que ces pratiques sont strictement conformes à des standards normatifs (ce qui serait de l'ordre du pur contrôle) mais elle l'engage à être en mesure d'explicitier au nom de quoi il a pris ses différentes décisions. En ce sens, c'est bien à une démarche de nature épistémologique à l'égard de leurs pratiques que sont invités les professionnels médecins, c'est dire à une réflexion critique portant sur les conditions d'admissibilité des principes, des fondements, des méthodes et des résultats de leurs pratiques professionnelles.

5 CONCLUSION

L'exigence déontologique faite au médecin d'assurer des soins « fondés sur les données acquises de la science » (Code de Déontologie médicale, 1995) n'implique pas de concevoir de façon réductrice la médecine comme une stricte science appliquée. Corollairement, l'évaluation des pratiques professionnelles en santé doit être pensée au-delà des instruments qu'elle utilise et se départir d'une conception strictement normative et prescriptive.

La nécessité que les médecins et les professionnels de santé s'interrogent systématiquement sur le niveau de rigueur de leurs actions est un acquis considérable de ces dernières années. Il faut cependant accepter que la rationalité médicale ne se résume pas à la rationalité scientifique et notamment pas à la rationalité expérimentale. La problématique de l'évaluation médicale n'est donc pas simplement d'ordre méthodologique (quels moyens mettre en œuvre ?) ; elle est aussi d'ordre ontologique (quelle est la nature des problèmes de santé à explorer ?) et éthique (au nom de quoi décider ?). Il en va de l'acceptabilité des procédures d'évaluation des pratiques professionnelles en santé dans le cadre du développement professionnel continu et ce n'est pas un mince enjeu.

En marge de la section

La nécessaire exigence
d'une ouverture aux savoirs
pour tous les métiers en santé
dans le cadre de l'approche
par compétences

Florence PARENT^{,**,*},
Céline MAHIEU^{*,**}
et Jean JOUQUAN^{****}*

La perspective développée tout au long de cet ouvrage postule fondamentalement que l'éducation constitue un levier privilégié à exploiter pour développer des actions ayant d'authentiques impacts sur la santé, notamment lorsque l'on s'adosse sur une conception non réductrice de cette dernière et que l'on poursuit de cette manière une vision émancipatrice pour les personnes, les professionnels et les différentes populations concernés.

* École de santé publique, Université libre de Bruxelles (Belgique)

** Centre de recherche CRISS – Approches sociale de la santé et

*** Centre de recherche POLISSI – Politiques et systèmes de santé – Santé internationale

**** Université de Brest, Université Européenne de Bretagne (France)

Faculté de médecine et des sciences de la santé

Équipe d'accueil EA 4686 « Éthique, professionnalisme et santé »

Parce qu'il fait notamment référence aux différents savoirs mobilisés en action (savoirs expérientiels, savoirs tacites, savoirs pragmatiques, savoirs stratégiques, etc.), le concept de compétence offre une opportunité pour examiner de manière plus ouverte cette problématique.

Il convient toutefois d'être attentif à la généalogie de ce concept et aux orientations qu'il inspire, concernant les dispositifs de formation qui se réclament d'une approche pédagogique par compétences. En effet, une telle prémisse ne contient pas en soi la garantie que les finalités poursuivies seront atteintes. Certaines postures en éducation sont ainsi moins respectueuses que d'autres de l'autonomie des personnes ou du développement de l'expertise professionnelle ; certaines peuvent même, parfois radicalement, entretenir des conceptions conformistes qui favorisent ou pérennisent des processus de segmentation sociale ou professionnelle.

1 L'AMBIVALENCE DU CONCEPT DE COMPÉTENCE

L'emploi de la notion de compétence est ainsi fréquemment lié à une volonté de rationaliser et d'évaluer la capacité des individus à interagir adéquatement avec leur environnement. Tanguy (1994, p. 189) note, au-delà des usages multiples du vocable, « une même centration sur les individus, placés au cœur des organisations scolaires ou productives, et sur leurs attributs cognitifs, un même recours à des procédures de rationalisation, de mise en forme technique et de mesure pour transmettre et évaluer ces attributs ». La notion de compétence est en effet largement soutenue par une vision positiviste des apprentissages et par la présomption selon laquelle il serait possible d'en obtenir une mesure à la fois précise et exhaustive : « En pratique, la compétence est identifiée aux descriptions et mesures qui en sont faites par les techniques d'évaluation. Validée par des procédures *ad hoc* comme des bilans de compétences, elle devient une propriété objective qui ne peut être contestée. Ainsi, la question originelle des relations entre connaissance et action, qui est au cœur du mouvement de focalisation sur les compétences, est-elle évacuée par un coup de force théorique qui impose la mesure comme preuve de pertinence. » (Tanguy, 1994, p. 228-229). La notion de compétence est donc mobilisée pour « objectiver » les savoirs détenus par les individus et, dans certains cas, celle-ci se confond avec l'évaluation de leur productivité. La volonté de mesurer au plus près les savoirs « réellement » détenus et mobilisables en situation professionnelle n'est pas neuve comme l'a montré Stroobants (1993, 1994) : elle a justifié avant l'émergence de la notion de compétence l'apparition successive dans le vocabulaire pédagogique et managérial des « savoir-faire » et « savoir-être » à côté des savoirs formels. L'utilisation de la notion de compétence doit donc être considérée au regard de ces tentatives répétées de reconquête de l'informel par le formel. L'opération de formalisation

des savoirs, parce qu'elle se réclame précisément de la rigueur scientifique qu'on attribue aux outils d'évaluation, occulte en quelque sorte les présupposés et les mécanismes sociaux sur lesquels elle se fonde en leur donnant le statut de l'objectivité.

Relativement répandue dans les démarches se réclamant de la notion de compétence, cette aspiration à l'objectivation des savoirs effectivement détenus et mobilisés en situation professionnelle, à la reconquête de l'informel (ici les pratiques professionnelles) par le formel, ne doit pas occulter la variété des projets en vue desquels la notion est mobilisée. Jean Luc Demeulemeester et Renaud Maes (Cf. chapitres 1 et 2, section I : « Une perspective économique et politique des systèmes d'éducation et de formation » et « Valorisation et validation des acquis expérientiels. Introduction théorique et pratique ») attestent bien que, sous couvert du concept de compétence, pédagogues, employeurs et sociologues du travail, pour n'évoquer qu'eux, font référence à des notions différentes qui poursuivent des finalités bien distinctes. Pour les uns, il s'agit d'explicitier de façon plus adéquate la finalité des dispositifs de formation et des apprentissages, d'optimiser les pratiques pédagogiques et de crédibiliser les procédures d'évaluation sommative, dans une logique éducationnelle ; pour les autres, il s'agit d'améliorer la productivité des institutions, d'optimiser la flexibilité professionnelle et sociale et de reformuler les termes de l'employabilité (en référence à la certification plutôt qu'à la qualification), dans une logique économique et gestionnaire.

Comme le souligne la contribution évoquée, au regard de cette dernière logique, « si on résume le modèle éducatif idéal, il serait celui d'une généralisation d'un enseignement relativement professionnel et utilitaire pour la grande masse (au niveau des bacheliers), suivie d'une sélection des éléments les meilleurs » (les plus performants) pour l'accès aux masters proposés par des institutions d'élite et destinés à devenir les élites européennes de demain (savants, chefs d'entreprise, juristes, économistes, ingénieurs,...). À la différence du modèle des années 80 et 90, qui était encore en partie quantitatif et massificateur (même si c'était dans un sens utilitaire), le modèle sous-jacent à "l'économie de la connaissance" est beaucoup plus élitiste (en parallèle d'une vision de la science et de ses progrès fondé sur un modèle "leader-follower") ».

Cette notion est donc traversée d'ambiguïtés, génératrices de tensions. Dans le domaine de la formation, elle est investie, comme d'autres notions en vogue telles que celle de l'éducation et formation tout au long de la vie (*lifelong learning*) ou celle de la société de la connaissance, d'aspirations contradictoires à davantage d'émancipation (via la démocratisation de l'accès à l'enseignement, la reconnaissance des savoirs d'action à côté des savoirs « théoriques ») et à davantage de libéralisation des personnes et des compétences dont elles sont porteuses (Mahieu &

Moens, 2003). Cette plasticité semble toutefois agir comme un adjuvant pour sa diffusion. Le contenu de cette notion reste flou mais force est de constater qu'il sert de langage commun à des institutions diverses (entreprises, pouvoirs publics, organismes de formation, d'enseignement, etc.) et qu'il leur permet de coopérer entre elles « par une sorte d'entente par défaut » (Ropé & Tanguy 1994, p. 237). Il est donc possible de repérer un arrière-fond de croyances qui font débat mais dont le degré d'acceptation par ces différentes institutions est suffisant pour leur permettre de communiquer entre elles.

Il est par conséquent nécessaire de prendre conscience des possibles mécanismes d'instrumentalisation de la logique des compétences, dans une vision économique et politique particulière de la gestion des ressources humaines, que dénoncent avec vigueur plusieurs sociologues cliniciens ou philosophes. La perspective managériale, par exemple, met en avant la notion de compétences « transversales ». Pourtant, les pédagogues doutent de leur existence et préfèrent aborder la problématique sous-jacente par le biais des conditions à mettre en œuvre pour favoriser le transfert des apprentissages. Ils insistent à cet égard sur le fait que des compétences transférables ne peuvent pas se construire en dehors de contenus et de contextes éminemment spécifiques, contestant par là même le bien-fondé de la nouvelle injonction incantatoire selon laquelle il suffirait « d'apprendre à apprendre », en signifiant bien qu'il s'agit, toujours, « d'apprendre à apprendre "quelque chose" ».

Ainsi, il apparaît essentiel de clarifier les orientations épistémologiques et méthodologiques sur lesquelles on s'appuie lorsque l'on développe un projet en ingénierie des compétences et de les confronter aux finalités en santé qui sont poursuivies, dans une perspective de nature délibérément politique, centrée sur un choix de société.

2 UNE OPPORTUNITÉ POUR RECENSER ET RÉHABILITER TOUS LES SAVOIRS

Les bases épistémologiques d'une approche par compétences cohérente avec les intentions précédemment rappelées sont abordées par Karin Van Loon et Florence Parent, au travers de l'expérience qu'elles rapportent, qui est celle de l'équipe pédagogique des programmes de formation initiale des kinésithérapeutes (Cf. chapitre 1, section II : « Développer une ingénierie de la professionnalisation et des compétences dans les organisations de santé : l'exemple d'un référentiel de compétences en kinésithérapie »). Parmi les modèles les plus intégrateurs développés dans la logique pédagogique des compétences, le modèle dit de l'approche par compétences intégrée (APCi) insiste ainsi sur la nécessité que le concept de compétence ne soit plus défini en référence aux savoirs disciplinaires mais qu'il se construise

désormais en référence aux pratiques professionnelles authentiques et qu'il soit opérationnalisé à partir d'elles. Ceci est précisément le but du travail de traduction didactique, à condition toutefois d'envisager la situation de travail de façon non réductrice, en ne prenant pas seulement en compte ce qui en constitue l'objet matériel mais aussi sa finalité pour autrui (Cf. chapitre 2, section III : « Introduction à la didactique professionnelle. Apports et limites pour le développement des compétences professionnelles »). Le modèle de l'APCi insiste aussi sur la nécessité d'articuler le référentiel de compétences autour d'une taxonomie ouverte et non réductrice des phénomènes d'apprentissages.

En cohérence avec ces principes, toute démarche méthodologique d'élaboration curriculaire devrait rendre compte avec fidélité et authenticité de ces pratiques professionnelles, dans toute leur diversité, leur créativité et leur originalité. Elle devrait aussi être respectueuse de l'intégrité de tous les savoirs sous-jacents qui sont mobilisés dans l'action et de leurs perspectives de développement. Il ne serait ainsi pas légitime d'envisager une segmentation des savoirs selon la profession exercée ou le poste occupé, ni d'assujettir la définition de niveaux de compétences à des objectifs de carrière ou à des enjeux économiques.

Dans son analyse du dispositif de validation des compétences mis en œuvre depuis 2003 en Belgique francophone, Mahieu (2010) a ainsi montré que les référentiels de métier faisaient l'objet d'enjeux importants, non seulement pour les organismes de formation (chacun porteurs d'une définition du rapport entre savoir théorique et savoirs pratiques, de pratiques pédagogiques ayant un impact sur la définition du métier, d'un type de public privilégié) mais également pour les représentants patronaux et syndicaux (autour par exemple de la réduction d'un métier à l'application de consignes ou de la reconnaissance des marges d'autonomie du travailleur), ainsi que pour les organisations professionnelles soucieuses de « protéger » certains métiers de l'expansion des autres. Les ajustements entre les logiques portées par les différents acteurs débouchent parfois sur des référentiels difficiles à opérationnaliser. Ainsi, le référentiel d'aide-logistique en collectivité (plus tard rebaptisé « assistant(e) ménager(ère) en collectivité – maisons de repos et de soins), qui fait référence au travail accompli en maisons de repos par des personnes en réinsertion socio-professionnelle et sous contrat subsidié, s'est-il vu réduire à un minimum de compétences afin de ne pas empiéter sur les référentiels de métier de la restauration (aide-cuisinier notamment) ou du nettoyage (technicienne de surface), en dépit de la variété et de la richesse des tâches effectivement assumées par ces personnes. De même, l'absence de cadre de référence pour objectiver (et surtout mesurer) les compétences émotionnelles et relationnelles de ces travailleurs (et dans ce cas, singulièrement des travailleuses) a-t-il empêché d'inclure cette dimension, pourtant fondamentale au quotidien

dans les métiers de la santé, dans le design des épreuves de validation associées au métier. À l'extrême, en corollaire d'une telle logique ségrégationniste et protectionniste, certaines organisations professionnelles peuvent en venir à identifier des profils de compétences à la fois par exclusion et défaut (« *non-skilled staff* »). Ainsi, alors même que le concept anglo-saxon du *care* (Gilligan, 1982/1993), en tant que pratique du soin et disposition à la sollicitude, semble se consolider de façon ubiquitaire, au point de pouvoir apparaître comme fondateur d'une doctrine morale, certaines des pratiques professionnelles qu'il inspire peinent à se faire reconnaître au nom même du concept de compétence lorsque ce dernier est instrumentalisé par une approche managériale des ressources humaines.

Dans une perspective pédagogique, il s'agit au contraire de développer des modèles permettant l'expression la plus complète de chacun des métiers en santé. C'est ainsi que l'ensemble de la démarche méthodologique de l'APCi, telle que la développent Karin Van Loon et Florence Parent, s'appuie d'une part sur les influences théoriques que constituent la didactique professionnelle, les sciences du travail ou la psychologie et sociologie des organisations (Cf. chapitre 2, section III : « Introduction à la didactique professionnelle. Apports et limites pour le développement des compétences professionnelles » et chapitre 2, section V : « Développer des dynamiques d'apprentissage organisationnel au sein des organisations de santé »). C'est ainsi, d'autre part, qu'elle recourt explicitement à une taxonomie des phénomènes d'apprentissage ouverte sur les savoirs de toute nature, dans une perspective d'exhaustivité, qui vise l'équité dans le rapport et l'accès aux savoirs, quelle que soit la profession de santé. Ce souci d'équité et d'exhaustivité n'implique pas que l'on s'affranchisse de la nécessaire clarification des responsabilités différenciées et des différents rôles de chaque catégorie d'acteurs du système de soins en santé. L'idée que les référentiels professionnels et les référentiels de compétences doivent s'adosser à une perspective ouverte de la répartition des tâches entre professionnels ne vise ainsi nullement à cautionner – en les formalisant – des pratiques développées dans des institutions en manque de moyens, qui visent à surinvestir certaines catégories de personnel en leur imposant des activités qu'elles ne sont pas formellement habilitées à faire, au risque de les mettre à défaut. C'est redire la nécessité de s'inscrire dans une logique de projet participatif et d'apprentissage organisationnel (Cf. chapitre 2, section V : « Développer des dynamiques d'apprentissage organisationnel au sein des organisations de santé »).

L'ancrage théorique du concept de compétence sur les pratiques professionnelles conduit aussi, de manière complémentaire, à exploiter des modèles d'analyse basés sur le concept de systémique et sur les principes qui le fondent (interaction, complexité, globalité, organisation). Ainsi, plusieurs déterminants ou prescripteurs de ces pratiques professionnelles sont identifiés. Les uns résultent d'activités d'enseignement et d'apprentissage et constituent

autant de déterminants éducationnels et individuels (facteurs prédisposants : représentations, attitudes, croyances, perceptions, connaissances, valeurs, identités, sens, etc. ; facteurs capacitants : aptitudes, capacités, habiletés, estime de soi, etc. ; facteurs renforçants : modèles de rôle, influence des pairs, rétro-action, etc.) ; les autres créent le contexte dans le cadre duquel les dispositifs d'enseignement et d'apprentissage sont à développer (finalités en santé ; déterminants institutionnels, environnementaux, démographiques et sociaux) (Cf. chapitre 3, section I : « Responsabilité sociale des facultés de médecine »).

Un tel positionnement conduit à considérer que toute pratique professionnelle porte « en soi » sa complexité et à ne pas hiérarchiser ou segmenter *a priori* les profils de compétences. Il invite à développer des approches respectueuses de chacun des métiers et à envisager leur complémentarité dans une perspective résolument collaborative, basée sur une posture de la reconnaissance.

Sur le plan méthodologique, il s'agit de favoriser un travail de précision, permettant l'expression subtile de chacun des métiers, tout en considérant que l'ensemble des catégories de savoirs sont expressément mobilisées, quel que soit le métier.

3 LA NÉCESSITÉ D'UNE PRUDENCE

Comme le rappelle Renaud Maes (Cf. chapitre 2, section I : « Valorisation et validation des acquis expérientiels. Introduction théorique et pratique »), « le modèle universitaire historique dominant au niveau européen, datant du XIX^e siècle et dit "humboldtien" en référence à la fondation de l'université de Berlin en 1810 par Wilhelm von Humboldt, allie étroitement enseignement et recherche en une seule et même mission centrale. » En réalité, ce modèle instituait une certaine tradition universitaire du rapport au savoir, tendant à considérer que les savoirs "théoriques", délibérément détachés de toute fonction utilitariste *a priori*, sont d'une nature qui les distinguerait des autres et qui en ferait des savoirs d'un ordre supérieur. Cette perspective conduit à établir une prééminence de la recherche qualifiée de fondamentale sur la recherche dite appliquée, les savoirs professionnels étant eux-mêmes volontiers relégués au rang de sous-produits. Cette conception conserve un pouvoir d'influence considérable ; il n'est dès lors pas surprenant que la rhétorique développée dans le milieu académique à propos des relations entre la recherche et la pratique adopte le plus souvent le modèle linéaire, hiérarchique et finalement très cloisonné, au sein duquel la formation n'est esquissée qu'à titre de développement didactique.

Ainsi devraient émerger certaines conditions éducationnelles à satisfaire pour que l'approche par compétences conserve toute sa puissance en tant que levier de changement éducationnel et d'émancipation, et pour limiter son instrumentalisation élitiste :

- sur le plan de l'ingénierie des compétences, il s'agit de prendre en compte que ce sont les situations professionnelles qui déterminent le mieux la spécificité des métiers et des profils de compétences attendus et qu'il convient de les exploiter dans une démarche de traduction didactique spécifique ;
- dans le cadre du développement professionnel continu, et notamment dans le cadre du dispositif de validation des acquis de l'expérience, il convient d'être attentif à une authentique prise en compte de tous les savoirs liés aux situations professionnelles, idéalement en lien avec une taxonomie adaptée des phénomènes d'apprentissage, et pas seulement de ceux liés aux dimensions opératoires de celles-ci ;
- enfin, toute démarche d'évaluation certificative ou re-certificative des compétences, y compris dans les situations prescrites au nom de la gestion des ressources humaines, devrait nécessairement s'appuyer sur l'identification d'indicateurs multidimensionnels et multicritériés, documentant autant le processus que les résultats (performances), en référence à des dimensions de la compétence jugées essentielles.

Si elle s'affranchissait des précautions épistémologiques et méthodologiques évoquées précédemment, l'émergence de la logique des compétences dans le monde de l'enseignement supérieur, argumentée au double prétexte du principe d'efficacité et du principe d'adéquation aux besoins mais dénaturée par l'inspiration néo-libérale de la compétition et du marché, en œuvre dans le cadre de l'économie de la connaissance, pourrait paradoxalement réintroduire un élitisme aussi hiérarchisant et segmentant que celui de l'université « humboldtienne ». Ce serait notamment le cas si elle conduisait à cloisonner les accès aux différentes catégories de savoirs, en postulant explicitement ou implicitement que certaines seraient l'apanage de professions particulières et qu'il y aurait ainsi une certaine forme de concordance « ontologique » entre les unes et les autres. Une telle perspective, si elle réservait par exemple l'accès aux savoirs savants à certaines professions, en même temps qu'elle ne mettrait à la disposition des autres que des savoirs appliqués ou pragmatiques, consoliderait une hiérarchisation des différentes professions. Telle n'est évidemment, et radicalement pas, la posture adoptée par les auteurs de cet ouvrage.

Section 4

PLANIFIER, CONSTRUIRE, ANIMER
UN DISPOSITIF DE FORMATION
ET D'ÉVALUATION

AU CŒUR DE CETTE SECTION

Intention générale

Examiner la problématique de la transposition pédagogique dans le cadre d'une ingénierie curriculaire et présenter les choix méthodologiques à effectuer relativement aux activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation

Intentions spécifiques

Chapitre 1 : Promouvoir les pédagogies actives comme soutien à la pratique réflexive et à l'apprentissage en profondeur.

Jean Jouquan, Catherine Romanus, Viviane Vierset, Morgan Jaffrelot et Florence Parent

Articuler un cadre conceptuel et des solutions opérationnelles pour mettre en œuvre des activités d'enseignement et d'apprentissage à l'étape de la transposition pédagogique dans un curriculum professionnalisant

Messages clés

- La notion de « pédagogie active » fait référence aux caractéristiques opérationnelles des dispositifs curriculaire et pédagogiques qui souhaitent favoriser des apprentissages en profondeur et signifiants, au service d'une pensée critique et d'une pratique réflexive.
- D'une façon générique, la réflexivité désigne la capacité de se percevoir en action puis d'analyser l'action *a posteriori*, dans un but de développement professionnel, c'est-à-dire d'amélioration de ses pratiques grâce à des apprentissages appropriés.
- La notion d'apprentissage en profondeur est liée à la richesse et à la qualité des liens qui sont établis entre les informations nouvelles et l'ensemble des connaissances antérieures d'un sujet apprenant, dans une démarche de construction de sens.
- L'engagement de l'apprenant dans des apprentissages en profondeur dépend à la fois de caractéristiques individuelles mais aussi de caractéristiques contextuelles que les méthodes actives en pédagogie cherchent précisément à prendre en compte dans le cadre de dispositifs curriculaire et pédagogiques.
- Certains dispositifs curriculaire ou pédagogiques permettent, avec plus de commodité que d'autres, de mettre en œuvre les principes directeurs des méthodes actives en pédagogie. Parmi eux, l'apprentissage par problèmes, la formation en contexte de stage ou les dispositifs recourant à la simulation offrent des opportunités

privilegiées, sous réserve que soient mises en place les conditions pertinentes d'un accompagnement et d'une rétroaction cognitifs à l'égard des étudiants, centrés sur le transfert des apprentissages.

- Dans le cadre de tels dispositifs, le portfolio et la cartographie conceptuelle, à condition de considérer ces derniers comme supports d'activités cognitives et non seulement comme des formats ou des procédures, sont des outils capables de soutenir des apprentissages en profondeur et signifiants, ainsi qu'une pratique réflexive.

Chapitre 2 : Évaluer les apprentissages dans la formation des professionnels de la santé.

Jean-Marie De Ketele

Articuler un cadre conceptuel et des solutions opérationnelles pour mettre en œuvre des activités d'évaluation des apprentissages et des compétences à l'étape de la transposition pédagogique dans un curriculum professionnalisant

Messages clés

- Les dispositifs d'évaluation des apprentissages adressent aux étudiants des signaux extrêmement puissants quant à la nature et la qualité des apprentissages à développer. Ainsi, il s'agit de mettre en œuvre à la fois une évaluation des apprentissages et une évaluation pour les apprentissages.
- Dans le cadre d'une approche pédagogique par compétences, les différentes activités d'évaluation des apprentissages doivent s'inscrire dans la durée pour documenter un cheminement intellectuel et professionnel. Elles doivent rendre compte d'une manière non réductrice des dimensions analytiques, situées et intégratives des compétences.
- L'approche analytique des compétences conduit à documenter des apprentissages relevant de plusieurs domaines (cognitif, opératif ou psycho-moteur, métacognitif, réflexif, socio-affectif) et à examiner la qualité et les niveaux de leur développement (connaissances déclaratives, capacités, dispositions ou habitudes intériorisées, mise en projet).
- L'approche située et la dimension intégrative des compétences conduit à identifier des situations-problèmes caractérisées par un contexte et une tâche complexe, regroupées en familles. Chaque famille est caractérisée par un noyau invariant enrichi d'« habillages » variables, ayant les uns et les autres trait au contexte, à la tâche et aux ressources.
- Au regard de la complexité des finalités et des enjeux en cause dans les formations professionnalisantes, les dispositifs d'évaluation

des apprentissages devront à la fois orienter les apprentissages, les réguler et les certifier, en les mesurant ou en les décrivant, selon les cas, et en leur attribuant une signification au regard du développement intellectuel et professionnel.

En marge de la section

La recherche en éducation médicale : un regard épistémologique sur une quête de la compréhension du « chaos ».

Thierry Pelaccia

Chapitre 1

Promouvoir les pédagogies actives comme soutien à la pratique réflexive et à l'apprentissage en profondeur

Jean JOUQUAN^{,**}*
*Catherine ROMANUS^{***}*
*Viviane VIERSET^{****}*
Morgan JAFFRELOT^{}*
*Florence PARENT^{*****}*

1 INTRODUCTION

Lorsqu'il s'agit de désigner des pratiques pédagogiques « alternatives », qui veulent rompre avec celles qui sont mises en œuvre dans le cadre de dispositifs d'enseignement considérés comme « traditionnels », il est désormais d'usage de parler de pédagogies actives. Dans le cadre de l'enseignement supérieur, il est fréquent qu'en soient proposées

* Université de Brest, Université Européenne de Bretagne (France)
Faculté de médecine et des sciences de la santé

** Équipe d'accueil EA 4686 « Éthique, professionnalisme et santé »

*** Haute École Libre de Bruxelles Ilya Prigogine (Belgique)

**** Université de Liège (Belgique)

***** Université libre de Bruxelles (Belgique), École de santé publique
Centre de recherche CRISS – Approches sociale de la santé et
Centre de recherche POLISSI – Politiques et systèmes de santé – Santé internationale

des définitions réductrices. Celles-ci font surtout référence au format des interventions pédagogiques et qui considèrent peu ou prou que toute activité d'enseignement et d'apprentissage organisée pour des groupes d'étudiants de taille restreinte, plutôt qu'*ex-cathedra* en amphithéâtre, relèverait d'une pédagogie active. Il n'est pas rare, non plus, qu'elles soient résumées à la répétition incantatoire d'injonctions dont les plus répandues sont : « apprendre à apprendre », « rendre l'étudiant acteur de sa formation », « mettre l'étudiant au centre de ses apprentissages ». Insuffisamment explicitées et pour solde de tout compte, ces différentes incantations tiennent souvent lieu à la fois de cadre conceptuel et de principes opérationnels. Il est sans plus pertinent d'accepter de reconnaître que la notion de pédagogie active est moins univoque et plus complexe qu'il n'y paraît.

De fait, à un premier degré, on peut admettre qu'elle est largement pléonasmique, si l'on reconnaît que « la pédagogie est une "action" [qui] vise à provoquer des effets précis d'apprentissage » (Raynal et Rieunier, 2005) et que l'apprentissage est lui-même un processus actif. Dans une telle perspective, pour caractériser de telles pédagogies, il convient donc d'identifier explicitement à la fois les acteurs impliqués et la nature des activités qui sont en cause et qui sont sollicitées des uns et des autres, dans le cadre des dispositifs qui prétendent recourir à une pédagogie active.

Sur un autre plan, la notion de pédagogie active doit aussi être envisagée au regard d'une perspective historique et politique de l'éducation. Romainville (2006) rappelle ainsi qu'elle correspond à un mouvement qui met en exergue la finalisation des activités d'enseignement et d'apprentissage, centrée sur la nécessité d'une viabilité fonctionnelle et d'une transférabilité des connaissances construites, au détriment de la didactisation de ces activités, qui privilégie pour sa part leur ordonnancement formel. Il souligne aussi qu'elle est idéologiquement ancrée sur la critique d'une certaine norme sociale dominante et sur l'ambition démocratique d'une émancipation des personnes par l'éducation. Il rappelle enfin que, nonobstant ce projet, les méthodes pédagogiques dites actives ont pu être dénoncées comme favorisant « [...] les étudiants disposant au départ de compétences individuelles d'autonomie élevées, d'un capital culturel adapté et d'un accompagnement familial solide. »

Ainsi, la notion de pédagogie active doit surtout être envisagée au double regard des enjeux éducatifs identifiés et des conditions à mettre en place pour favoriser les finalités poursuivies. Des développements qui dépasseraient largement les limites de ce projet éditorial seraient nécessaires pour épuiser le cadre théorique auquel renvoie le mouvement des pédagogies actives et les développements opérationnels qu'il recouvre.

D'une manière pragmatique, en cohérence avec la notion de finalisation précédemment rappelée, la présente contribution propose d'envisager la pratique réflexive comme étant l'une des finalités premières poursuivies lorsque l'on recourt, dans le cadre de formations professionnalisantes, à des méthodes actives en pédagogie, en souhaitant favoriser de ce fait des apprentissages en profondeur. Les trois termes – pratique réflexive, apprentissage en profondeur et pédagogie active – sont d'abord respectivement explicités dans une première section dédiée aux clarifications conceptuelles. La section suivante est dédiée à la présentation de deux outils, le portfolio et la carte conceptuelle, particulièrement intéressants pour soutenir un tel projet, à condition d'être considérés comme supports d'activités cognitives et non pas seulement en tant que formats et procédures. Enfin la troisième partie recense les caractéristiques opérationnelles des dispositifs curriculaires et pédagogiques qui s'efforcent de mettre en œuvre des conditions favorables au développement de tels apprentissages et d'une telle pratique réflexive, en exposant plus particulièrement le format de l'apprentissage par problèmes, les dispositifs recourant à la simulation et la formation par les stages.

2 QUELQUES REPÈRES CONCEPTUELS

2.1 Le concept de réflexivité et ses différentes déclinaisons

En tant que terme générique, le concept de réflexivité a acquis une fortune considérable dans le monde de l'éducation et, notamment aujourd'hui, dans le milieu de la formation professionnelle. Il fait l'objet de déclinaisons multiples (telles que, par exemple : pratique réflexive, analyse réflexive, pensée réflexive, démarche réflexive, réflexion critique, apprentissage réflexif), qui sont génératrices d'une terminologie imparfaitement stabilisée. Quelques repères permettent cependant d'en cerner les contours.

2.1.1 La notion de pensée réflexive

Dans une revue consacrée aux bases conceptuelles de l'utilisation du portfolio en éducation médicale, Naccache, Samson et Jouquan (2006) rappellent que :

le concept de pensée réflexive a été développé initialement par John Dewey (1933), pédagogue américain dont l'œuvre a considérablement influencé la vie scolaire des États-Unis et la pensée pédagogique de nombreux pays dans la première moitié du ^{xx} siècle. Pour lui, la pensée réflexive – assimilable à la notion de pensée critique (Garisson, 1991) – est provoquée par un événement qui induit un doute, une perplexité ou une incertitude et qui conduit un individu à rechercher une explication et des solutions. Il décrit cinq étapes dans l'organisation opérationnelle d'une telle expérience : la reconnaissance

d'un problème ; la définition de ce problème ; la formulation de solutions hypothétiques ; l'anticipation des résultats possibles et la mise à l'épreuve des hypothèses résolutives.

Ils précisent encore que :

King et Kitchener (1994) décrivent pour leur part trois niveaux qui rendent compte du développement d'une pensée critique ou réflexive : la pensée pré-réflexive, la pensée quasi-réflexive et la pensée réflexive. Ils les associent à la capacité d'avoir une vision de moins en moins réductrice des savoirs codifiés et d'appréhender de mieux en mieux la complexité et l'incertitude. Au stade de pensée réflexive, la connaissance est perçue comme le résultat d'un processus de recherche reconnu, grâce auquel des solutions acceptables à des problèmes mal structurés sont construites. La pertinence de ces solutions est évaluée en termes de probabilité ou de vraisemblance, compte tenu de l'état de la question, et sera ré-évaluée si de nouvelles données probantes ou de nouveaux outils deviennent disponibles. Les convictions sont justifiées de façon probabiliste sur la base d'une démarche interprétative qui intègre les données probantes, le risque de conclusions erronées et une appréciation des conséquences prévisibles de décisions alternatives. Dès lors, les décisions sont argumentées de façon dialectique et justifiées comme étant, à un instant donné, le meilleur compromis compte tenu des données disponibles.

2.1.2 Des caractéristiques de la réflexivité en contexte professionnel

Il n'y a pas de définition univoque ou consensuelle de la réflexivité. Plutôt que de tenter une analyse critique et comparative des différentes définitions disponibles, il est sans doute plus utile de faire l'inventaire des différentes caractéristiques qui émergent de la littérature spécialisée et qui permettent de décrire la réflexivité en tant qu'attribut des professionnels de haut niveau d'expertise, quelle que soit leur profession (Mann, Gordon & MacLeod, 2009).

La réflexivité est liée à la pratique professionnelle et à la visée de son amélioration

Dans cette perspective, la réflexivité est fondamentalement liée à la régulation de l'action menée et de l'action à venir. Ainsi, Moon (1999) la caractérise comme un processus mental dédié à un but ou anticipant un résultat, dans le cadre d'une problématique complexe ou mal structurée, pour laquelle il n'existe pas de solution évidente. Schön (1983) fait référence à une « réflexion dans et sur l'action », tandis que Boud, Keogh et Walker (1985) évoquent un « processus de révision d'une expérience de pratique », que Tochon (1993) parle d'un processus « en vue d'améliorer

ses pratiques » et que Perrenoud (2001) énonce qu'il s'agit de « construire des savoirs qui pourront être réinvestis dans les situations et les actions à venir. »

La réflexivité est liée à un processus mental de haut niveau, au sens large du terme

Il convient de distinguer, comme y invitent Donnay et Charlier (2008), la réflexivité de la simple réflexion. En situation professionnelle, cette dernière désigne un processus cognitif qui s'engage face à une situation, alors que la réflexivité est à la fois « réflexion sur la situation et réflexion sur la réflexion ». Un tel processus implique une posture d'extériorité et de distanciation par rapport à la situation (Donnay & Charlier, 2008). En outre, les activités mentales concernées doivent s'entendre au-delà d'une conception strictement cognitive puisqu'elles sollicitent également des activités affectives, au travers desquelles l'individu s'engage pour analyser une situation vécue dans toutes ses dimensions (Boud et al. 1985). Au total, il s'agit d'une activité à l'interface de la pensée, du langage et de l'action, qui contribue au processus de professionnalisation (Vanhulle, 2004).

La réflexivité est liée à l'apprentissage

Les développements conceptuels autour de la réflexivité considèrent tous que l'analyse critique de ses pratiques à partir de ses expériences constitue, pour un professionnel, le moyen privilégié pour identifier ses besoins d'apprentissage (Schön, 1983 ; Boud et al. 1985 ; Moon 1999 ; Donnay & Charlier, 2008). Les savoirs d'expérience, issus de l'action, sont ainsi identifiés comme une des ressources majeures pour l'apprentissage ; ils sont le plus souvent tacites, « cachés dans l'agir » et doivent de ce fait être révélés grâce à une réflexivité sur ses pratiques (Perrenoud, 2001).

La réflexivité est liée à la capacité de se percevoir en action

La notion de réflexivité est régulièrement renvoyée au concept de métacognition ; Bishop et Cadet (2007) définissent ainsi la réflexivité comme « l'expression d'une métacognition ». Au sens où la métacognition serait entendue, de façon générique, comme le processus mental sollicité pour réguler et contrôler ses propres processus mentaux (Nelson & Narens, 1994), les capacités métacognitives constituent clairement des ressources indispensables au développement d'une démarche réflexive. Dans le cadre de celle-ci, il s'agit en effet de réfléchir à la fois pendant l'action (pour la rendre plus efficiente, notamment lorsque les problèmes à résoudre sont mal définis) et sur l'action (*a posteriori*, dans une visée d'amélioration ultérieure) (Schön, 1983). Le lien entre réflexivité et apprentissage,

évoqué précédemment, renforce la validité d'une telle perspective. Il s'agit en fait d'un continuum et la distinction à établir entre métacognition et réflexivité renvoie davantage à des différences concernant leur objet et leur degré de spécificité qu'à une différence de nature (Dory, de Foy & Degryse, 2009). Ainsi, et même si une telle clarification est en partie réductrice, on peut considérer que la démarche métacognitive a un objet plus spécifique, centré sur son propre fonctionnement cognitif et ses stratégies d'apprentissage, alors que la réflexivité a un objet plus large, centré sur l'interaction que l'on développe avec une situation professionnelle dans toutes ses dimensions (cognitives, affectives, sociales, éthiques, etc.).

2.1.3 Des modèles pluriels pour rendre compte de la réflexivité en contexte professionnel

Le développement et l'application d'une démarche réflexive dans le cadre de la pratique professionnelle ont fait l'objet de multiples travaux. À partir d'une revue méthodique de la littérature, Mann et al. (2009) ont établi une typologie des modèles de pratique réflexive, articulée autour de deux critères. Certains modèles sont dits « verticaux » parce qu'ils catégorisent les pratiques réflexives en fonction de différents niveaux de processus, considérés selon une échelle hiérarchique allant des niveaux les plus superficiels (par exemple : décrire, questionner ou interpréter sa pratique) aux plus en profondeur (par exemple : argumenter sa pratique en fonction d'éléments contextuels ou éthiques, explorer des pratiques alternatives, apprendre en anticipant des pratiques futures, théoriser ses pratiques). Certains modèles sont dits « itératifs » parce qu'ils rendent surtout compte des mécanismes mis en œuvre de manière plus ou moins linéaire, par lesquels les professionnels exploitent leurs expériences pour élaborer des nouvelles compréhensions des réalités professionnelles, anticipant sur les problèmes futurs et leurs actions professionnelles à venir.

Nous exposerons successivement trois modèles, plus ou moins mixtes – c'est-à-dire articulant à la fois la dimension verticale et la dimension itérative –, qui sont plus particulièrement référencés en éducation des sciences de la santé : le modèle du praticien réflexif (*reflective practitioner*) de Schön (1983), le concept de pratique intentionnelle et délibérée (*deliberate practice*) d'Ericsson (2004) et la notion de pratique attentive (*mindful practice*) d'Epstein (1999).

Le modèle du praticien réflexif de Schön

Dans le milieu de la formation des professionnels, c'est à Schön que l'on doit d'avoir exploité le concept de pensée réflexive pour rendre compte du fonctionnement cognitif des professionnels. À partir de l'observation

méthodique de plusieurs professions – parmi lesquelles des psychothérapeutes –, il a forgé le concept de praticien réflexif, qui est devenu aujourd'hui un cadre conceptuel incontournable en éducation professionnelle, au point d'être même désigné comme ayant valeur de paradigme. Comme le résumait Naccache et al. (2006) :

le concept de pratique réflexive s'appuie notamment sur deux notions. La première est que toute action professionnelle complexe résulte d'un jugement et d'un processus de décision correspondant à une réflexion dans (c'est-à-dire pendant et à propos de) l'action ; aucune d'entre elles n'est le produit d'un pur automatisme. La seconde est que les connaissances et les compétences sur lesquelles s'appuient cette réflexion dans l'action ne sont pas exclusivement issues de savoirs savants codifiés, tels qu'ils sont produits par exemple par la recherche scientifique ; elles prennent aussi en compte un savoir tacite, expérientiel, construit par les praticiens eux-mêmes à partir d'une réflexion développée *a posteriori* sur leurs actions et qu'ils réutilisent dans leurs actions ultérieures. Il s'agit d'une autre manière de concevoir l'articulation entre la « théorie » et la « pratique » : la séquence ne se fait pas de façon unidirectionnelle de la théorie vers la pratique mais, grâce à une activité mentale de haut niveau, les deux domaines se nourrissent mutuellement.

Le concept de pratique intentionnelle et délibérée d'Ericsson

À partir de ses propres travaux relatifs à plusieurs professions et d'une revue exhaustive et systématique de la littérature dédiée à l'expertise, Ericsson a développé le concept de pratique délibérée et intentionnelle (*deliberate practice*) pour rendre compte de la manière dont les professionnels construisent et maintiennent leur expertise professionnelle. Il définit cette dernière comme le niveau le plus abouti de la compétence et il a examiné son application au champ de l'expertise médicale (Ericsson, 2004). Il insiste sur le fait que celle-ci ne peut être développée et pérennisée qu'au prix d'une pratique particulière, consciente et volontariste, explicitement orientée vers l'apprentissage ; il s'agit en quelque sorte de s'extraire systématiquement de la facilité que procure l'automatisation graduelle de ses performances, en exploitant des situations professionnelles privilégiées et défiantes pour développer des apprentissages visant un niveau encore accru de compétences, la simple accumulation d'expériences n'étant pas suffisante à cet égard. Ericsson identifie plusieurs caractéristiques systématiquement associées au développement de l'expertise : les professionnels concernés ont reçu une formation centrée sur un répertoire de tâches spécifiques et bénéficié de rétroactions récurrentes ; ils ont recherché de multiples occasions de pratique et ont passé beaucoup de temps à s'entraîner, souvent seuls, mais ils ont, systématiquement et délibérément, sollicité une telle rétroaction récurrente de la part de personnes ressources.

La notion de pratique attentive d'Epstein

Le cadre conceptuel de la pratique attentive (*mindful practice*), développé par Epstein (1999), est une proposition de contextualisation pragmatique du cadre de la pratique réflexive plus spécifiquement adaptée aux professionnels de santé. Bien qu'il soit ancré épistémologiquement sur un corpus de résultats de recherche d'origine pluridisciplinaire (sciences cliniques, sciences de l'éducation, sciences cognitives, philosophie), son promoteur concède qu'il est en partie issu d'un développement rhétorique.

Ce modèle met l'accent sur le recours à toutes les formes de savoirs pertinents pour éclairer les pratiques professionnelles en santé, incluant les données factuelles construites conformément aux exigences de la médecine fondée sur les preuves (*evidence-based medicine*), les savoirs d'expériences, qu'ils soient tacites ou explicites, et les différents systèmes de valeurs. Les professionnels engagés dans ce type de pratique développent méthodiquement une posture d'attention consciente à toutes les dimensions (cognitives, affectives, émotives, culturelles, etc.) de la relation de soin, qui deviennent des repères pour une régulation en action de celle-ci. Pour acquérir cette capacité, ils ont exploité systématiquement des occasions de pratique, sollicité de la rétroaction, bénéficié de modèles de rôles explicites et ont utilisé des outils appropriés tels que des journaux de bord réflexifs.

2.2 La notion d'apprentissage en profondeur

La notion d'apprentissage en profondeur, en tant que métaphore, n'est pas univoque. Elle peut être examinée à la lumière de plusieurs cadres conceptuels qui se sont développés de façon contemporaine ou successive, en continuité et en interaction les uns avec les autres. C'est donc de manière réductrice mais à des fins didactiques que nous distinguons successivement les éclairages fournis par la perspective cognitiviste (théorie du traitement de l'information), par la perspective socioconstructiviste et enfin par la perspective de l'apprentissage auto-régulé, qui s'efforce de proposer une vision intégrée et dynamique de la cognition et de la motivation, pour rendre compte de l'engagement dans des activités soutenues d'apprentissage.

2.2.1 L'éclairage cognitiviste et la notion de stratégie d'apprentissage

La notion de profondeur – et corollairement celle de superficialité de l'apprentissage – est apparue avec la perspective cognitiviste de l'apprentissage. Les premières approches, inspirées par des modèles computationnels, issus de la théorie du traitement de l'information, ont mis l'accent sur les notions de « stratégie d'apprentissage » (Weinstein, Goetz & Alexander, 1988). Une stratégie d'apprentissage est une pensée ou une action centrée

sur le traitement d'une information, dans le but de stocker celle-ci en vue d'une réutilisation ultérieure. Plusieurs taxonomies des stratégies d'apprentissage ont été développées. La typologie formelle des connaissances établie dans le champ de la psychologie cognitive conduit à les distinguer selon la nature des connaissances en cause (Tardif, 1992).

Trois stratégies peuvent être mobilisées pour construire des connaissances dites déclaratives, qui sont représentées en mémoire à long terme sous forme propositionnelle et qui concernent les faits, les concepts, les règles, les principes, les lois (niveau du « savoir-redire »). Pour chacune d'entre elles, plusieurs modalités de mises en œuvre – ou techniques – peuvent être employées. Le tableau I présente les définitions de chacune d'entre elles et recense quelques-unes des modalités possibles de mise en œuvre. Plusieurs travaux ont montré que dans le cadre de l'enseignement supérieur (Pressley, Yokoi, van Meter, van Etten & Freebern, 1997), les formations en santé n'échappant pas à cette règle (Lahtinen, Lonka & Lindblom-Ylänne, 1997), il est fréquent qu'une majorité d'étudiants ne recoure quasi-exclusivement qu'à la stratégie de répétition, seule une minorité recourant régulièrement à l'éventail des trois stratégies d'apprentissage (répétition, élaboration, organisation). Pourtant, de nombreux travaux ont montré que l'une des conditions de l'expertise professionnelle est non seulement la quantité de connaissances disponibles mais surtout la variété et la qualité de leur organisation en mémoire à long terme, ce qui implique la construction de nombreux liens (Custers, Regehr & Norman, 1996).

D'autres stratégies sont sollicitées pour construire des connaissances d'action, qui sont nécessaires pour résoudre un problème et qui sont représentées en mémoire à long terme sous forme productionnelle (Tardif, 1992). Parmi celles-ci on distingue : a) les connaissances conditionnelles, qui subordonnent une action à plusieurs conditions [si (1^{re} condition)...et si (2^e condition)...et si (3^e condition...), alors (résultat) – niveau du « savoir quand » et du « savoir pourquoi »]; b) les connaissances procédurales, qui subordonnent plusieurs actions à une condition [si (condition d'activation)..., alors (1^{re} action)..., puis (2^e action), puis (nième action) – niveau du « savoir comment »].

Les connaissances conditionnelles sont à la base du processus de transfert, qui désigne la capacité à appliquer dans un contexte donné (le contexte professionnel) les connaissances acquises dans un autre contexte (le contexte d'enseignement et d'apprentissage mis en place dans le cadre de la formation). Leur construction requiert la mise en œuvre de deux stratégies spécifiques, la généralisation et la discrimination. La stratégie de généralisation consiste à reconstruire des connaissances de façon à ce qu'elles s'appliquent à plusieurs cas. Pour un futur professionnel de santé, il s'agit par exemple de reconnaître que chez deux patients apparemment

différents (parce qu'ils expriment, par exemple, des plaintes différentes), le problème de santé en cause est en réalité le même. À l'inverse, la stratégie de discrimination consiste à reconstruire des connaissances pour restreindre le répertoire des situations auxquelles elles s'appliquent. Pour un futur professionnel de santé, il s'agit par exemple de reconnaître que chez deux patients apparemment semblables (parce qu'ils expriment, par exemple, des plaintes similaires), le problème de santé en cause est en réalité différent.

Les connaissances procédurales sont les connaissances sollicitées pour produire une action au sens propre. Leur construction requiert la mise en œuvre de deux stratégies spécifiques : la procéduralisation et la composition. La procéduralisation consiste à décomposer une activité complexe en séquences productionnelles élémentaires, tandis que la composition consiste à recombinaison des différentes séquences productionnelles élémentaires pour être en mesure de les enchaîner.

Il faut bien comprendre que la notion de connaissances d'action, qu'elles soient conditionnelles ou procédurales, ne concerne pas que le champ psycho-moteur, celui des habiletés gestuelles, par exemple. Ainsi, accorder un participe passé conjugué avec l'auxiliaire avoir parce que le complément d'objet direct est placé avant, lorsque l'on rédige une lettre, sollicite bien des connaissances d'action alors que l'apprentissage de la seule règle de grammaire sous-jacente est du niveau déclaratif et qu'il est fréquent de vérifier que la connaissance de celle-ci n'est pas la garantie d'éviter la faute d'accord grammatical en situation. Dans le domaine de la santé, planifier un traitement et la surveillance d'un patient est une activité qui requiert à la fois des connaissances déclaratives et des connaissances d'action. Les connaissances d'action peuvent par ailleurs être automatisées, c'est-à-dire qu'elles peuvent être mises en œuvre en dehors de toute délibération consciente, ce qui permet d'épargner les ressources de la mémoire de travail. Une telle possibilité est cruciale pour libérer toutes les ressources dont les professionnels de santé ont besoin pour résoudre les problèmes complexes auxquels ils sont confrontés. Ainsi, par exemple, l'automatisation de connaissances reliées aux compétences communicationnelles ou cliniques permet-elle à un professionnel de santé d'être attentif aux dimensions affectives, culturelles ou éthiques d'un problème de santé dans le cadre d'une consultation.

Au total, au regard de la perspective cognitive développée dans cette section, on peut énoncer que, dans le cadre d'un dispositif de formation d'un professionnel de santé, des apprentissages en profondeur devraient :

- solliciter le répertoire complet des stratégies d'apprentissage et pas seulement surtout l'une d'entre elles, notamment s'il s'agit de la seule répétition ;

- solliciter la construction de connaissances d'action autant que de connaissances déclaratives et, en particulier, viser la construction de connaissances conditionnelles qui sont à la base du processus de transfert.

Tableau 1. Stratégies d'apprentissage du domaine cognitif utilisables pour construire des connaissances déclaratives

Stratégie cognitive	Modalité ou technique de mise en oeuvre
<p>Répétition Reformulation des informations dans les mêmes termes</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Répétition silencieuse, sub-vocalisée ou à voix haute, des informations – Soulignement ou surlignement des mots-clés et des idées importantes – Encadrement de parties d'un texte – Transcription et prise de notes
<p>Élaboration Reformulation des informations dans des termes différents</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Élaboration de résumés – Élaboration de questions – Formulation d'exemples, d'analogies – Comparer un vocabulaire français à un vocabulaire étranger pour en identifier les similitudes et les différences
<p>Organisation Hiérarchisation, catégorisation et transformation des informations</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Construction de documents de synthèse (tableaux, diagrammes, graphiques, schémas) – Élaboration de cartes conceptuelles

2.2.2 L'éclairage socio-constructiviste et l'importance des connaissances antérieures

Pour caractériser l'apprentissage en profondeur, et plus particulièrement en lien avec les éclairages constructivistes et socio-constructivistes, un accent a ensuite été plus spécifiquement porté sur la dimension de construction de sens liée à l'apprentissage, ce qui a conduit à forger la notion d'apprentissage signifiant (*meaningful learning*) pour le distinguer de l'apprentissage routinier ou « par cœur » (*rote learning*) (Ausubel, 1968).

Ce point de vue conduit à insister sur la place cruciale des connaissances antérieures au cours de l'apprentissage et sur les processus constructivistes « piagétiens » d'accommodation ou d'assimilation. L'assimilation consiste à interpréter les nouvelles informations et les nouvelles expériences à la lumière des représentations déjà existantes et à les incorporer à son corpus de connaissances antérieures sans qu'il soit nécessaire de remettre en cause la viabilité de celles-ci. L'accommodation est le processus inverse, qui implique de modifier sa structure cognitive et ses représentations antérieures pour intégrer les nouvelles informations

et comprendre un nouveau phénomène. L'assimilation et l'accommodation sont des mécanismes complémentaires et indissociables. Tout apprentissage en profondeur et signifiant implique de recourir à l'un et à l'autre : assimiler c'est intégrer des nouvelles données extérieures à soi et se les approprier pour faire face à une situation réelle (comprendre) ; accommoder c'est faire évoluer ses propres outils de connaissance pour les adapter à une situation réelle (inventer).

Ainsi, les connaissances antérieures sont d'une part le déterminant le plus puissant des nouveaux apprentissages, en fournissant des outils de compréhension des nouvelles informations et des points d'ancrage pour les nouvelles connaissances. Inversement, elles peuvent aussi constituer l'obstacle le plus puissant pour de nouveaux apprentissages, en constituant des filtres des nouvelles informations lorsque celles-ci viennent menacer la viabilité des connaissances antérieures (Tardif, 1992). Il est établi que ces connaissances antérieures sont d'une grande stabilité. Elles ne sont modifiables que dans la mesure où les étudiants : a) sont en situation de constater les limites de ces connaissances ; b) perçoivent l'intelligibilité de connaissances complémentaires ou alternatives au regard d'un processus de construction de sens ; c) considèrent que les nouvelles connaissances à construire sont utiles.

Au total, au regard de la perspective constructiviste développée dans cette section, on peut énoncer que, dans le cadre d'un dispositif de formation d'un professionnel de santé, des apprentissages en profondeur devraient :

- privilégier expressément une démarche de construction de sens, à partir des connaissances antérieures des apprenants ;
- solliciter pour ce faire, systématiquement et explicitement, les processus d'assimilation et d'accommodation.

2.2.3 L'éclairage de la perspective de l'apprentissage auto-régulé

Les approches ultérieures se sont enrichies des recherches relatives à la motivation et à la métacognition, qui tentaient de mieux rendre compte des finalités, des intentions et des conditions contextuelles de l'apprentissage. Elles ont aussi intégré la dimension affective de l'apprentissage et notamment la place qu'y occupent les émotions. Ainsi, alors que, jusqu'à présent, l'impact des émotions constitutives du contexte d'apprentissage sur la nature et la qualité des apprentissages effectués était peu considéré, on s'efforce aujourd'hui de prendre en compte que l'on peut analyser cognitivement une émotion ou réagir émotionnellement à une connaissance. Les approches les plus contemporaines considèrent ainsi radicalement qu'« une conception strictement cognitive des processus d'apprentissage n'est aujourd'hui plus tenable » (Cosnefroy, 2011).

D'autres stratégies d'apprentissage, complémentaires de celles du domaine strictement cognitif, ont ainsi été décrites (Tableau II) ; elles concernent les stratégies méta-cognitives, les stratégies affectives et les stratégies de gestion.

Tableau 2. Stratégies d'apprentissage de nature méta-cognitive, affective et de gestion

Stratégies méta-cognitives	Stratégies affectives	Stratégies de gestion
<p>Planification Ordonnancement de ses activités d'apprentissage</p> <p>Contrôle Jugement porté sur ses activités d'apprentissage en cours</p> <p>Régulation (Ré-) ajustement de ses activités par rapport à ses buts</p>	<p><i>Pour maintenir sa motivation</i></p> <p><i>Pour maintenir sa concentration</i></p> <p><i>Pour contrôler son anxiété</i></p>	<p><i>Pour gérer son temps efficacement</i></p> <p><i>Pour gérer les ressources matérielles (dont l'environnement d'étude)</i></p> <p><i>Pour gérer le soutien de personnes</i></p>

Prenant en compte des éléments stratégiques et des éléments motivationnels, Biggs (1993) a développé la notion d'approche d'apprentissage qui comporte trois dimensions : la dimension de surface (*surface*), la dimension de profondeur (*deep*) et la dimension stratégique ou de réussite (*achieving*). Côté, Graillon, Waddell, Lison & Noël (2006) en résument les définitions en indiquant que :

l'approche en profondeur est composée d'éléments stratégiques orientés vers la recherche du sens et l'appropriation ; elle est motivée par des intérêts intrinsèques. L'approche en surface est composée d'éléments stratégiques du type reproductif ; elle est motivée par le désir de satisfaire les exigences des cours avec le minimum d'effort ou encore par la peur d'échouer. L'approche [stratégique ou de réussite] – *achieving* – implique de recourir à une approche en profondeur et/ou en surface ; elle est motivée par la compétition et la recherche des meilleures notes (Biggs, 1987). L'approche « *achieving* » est fréquente chez les étudiants en médecine (Chessell, 1986).

Cette conception est à rapprocher de celle qui distingue les buts poursuivis par les apprenants. Les buts d'apprentissage conduisent les étudiants à valoriser les connaissances à construire et les compétences à développer dans le cadre d'une activité. Ces buts facilitent l'effort et orientent les étudiants vers des approches d'apprentissage en profondeur et vers le recours à des stratégies métacognitives. Les buts de performance conduisent

les étudiants à viser la réussite ou l'obtention de la note la plus élevée possible sans considération des connaissances à construire et des compétences à développer. Ces buts orientent les étudiants vers des approches d'apprentissage en surface.

Ces différentes typologies sont cependant peut-être trop simplificatrices (Cosnefroy, 2011). Ainsi, les buts de performance sont sans doute hétérogènes et certains considèrent qu'il faut les dissocier en buts de recherche de la performance et en buts d'évitement de l'échec. Cosnefroy (2011) indique encore que, « de la même façon, la bipolarisation entre stratégies profondes et stratégies de surface est sans doute trop simplificatrice pour rendre compte des variations observées chez les apprenants » et qu'il faut aussi considérer la finalité au regard de laquelle des stratégies cognitives sont mises en œuvre. Ainsi, si la stratégie de répétition poursuit surtout des objectifs de pure « mémorisation » déclarative, elle peut parfois être employée au service d'une démarche de compréhension graduelle. Il faut ainsi considérer que le recours aux différentes stratégies d'apprentissage peut se développer de façon combinatoire sur un continuum allant de l'apprentissage par cœur, de surface, purement déclaratif ou procédural d'un côté, vers l'apprentissage signifiant, en profondeur, soutenant la pensée critique, de l'autre.

Enfin, la motivation des apprenants est elle-même à replacer dans un contexte plus dynamique et plus systémique. D'un côté, elle dépend notamment de la triple perception que l'étudiant se forge respectivement à l'égard de la valeur de l'activité proposée (perception des retombées des apprentissages suscités sur sa professionnalisation), de sa compétence personnelle par rapport à la tâche (perception de ses capacités d'atteindre avec succès les finalités déterminées dans une activité de formation) et de sa contrôlabilité dans une activité de formation (perception du degré de maîtrise qu'il peut exercer sur la réalisation de l'activité) (Viau, 1997). Mais rien ne garantit pour autant qu'un degré initial de motivation élevé se traduise par un engagement pérenne dans des efforts d'apprentissage. Ceux-ci sont en effet constamment menacés par les deux obstacles que sont la distraction et la difficulté. À cet égard, les nouvelles approches concernant l'apprentissage auto-régulé font appel au concept de volition, qui désigne la fonction qui coordonne différents sous-systèmes mentaux (l'attention, l'émotion, la motivation) pour consolider l'engagement et la persévérance dans des activités d'apprentissage en vue d'atteindre un but spécifique.

Au total, au regard de la perspective de l'apprentissage auto-régulé développée dans cette section, et en dépit des différentes limites que ces cadres conceptuels comportent encore, on peut énoncer que, dans le cadre d'un dispositif de formation d'un professionnel de santé, des apprentissages en profondeur devraient :

- privilégier le recours éclectique et approprié aux différentes stratégies du répertoire cognitif, en fonction des objectifs identifiés d'une activité d'apprentissage ;
- être plutôt orientés vers des buts de compréhension, de recherche de sens et d'appropriation que vers des buts de performance, de reproduction ou de compétition ;
- solliciter diverses ressources de régulation volitionnelle, de nature méta-cognitive, affective et de gestion.

Quel que soit l'éclairage sollicité (cognitif, constructiviste ou issu de la perspective de l'auto-régulation), il faut donc comprendre que l'engagement de l'apprenant dans des apprentissages « en profondeur » dépend certes de caractéristiques individuelles mais aussi de caractéristiques contextuelles. C'est précisément le rôle de la pédagogie active (ou des méthodes actives en pédagogies) que de créer des conditions constitutives de tels contextes favorables.

2.3 Le courant de la pédagogie active

Le caractère réducteur d'une caractérisation des pratiques de pédagogie active en référence au seul format logistique des interactions entre formateurs et apprenants ou *a fortiori* à la taille des groupes d'étudiants auxquels ces formats sont appliqués, a déjà été souligné dès la section introductive de ce chapitre. En réalité, la tentation commune d'associer certains formats d'intervention pédagogique ou la taille des groupes à la notion de pédagogie active résulte d'une confusion. Elle n'est légitime que si ces caractéristiques sont expressément exploitées pour construire des contextes d'enseignement et d'apprentissage plus pertinents, qui permettent de mettre en œuvre, avec plus de commodité que d'autres, un certain nombre de principes pédagogiques directeurs, qui sont bien les seuls paramètres invariants caractérisant authentiquement les méthodes actives en pédagogie. Ainsi, un cours *ex-cathedra* peut avoir toute sa place dans un dispositif se réclamant de la pédagogie active s'il est exploité pour exposer un cadre structurant et illustrer une expertise professionnelle, après que les étudiants aient été mis en situation d'activer leurs connaissances antérieures en situation de résolution de problème et d'élaborer et d'argumenter, à partir de ressources documentaires et en interaction avec un formateur et avec leurs pairs, des solutions alternatives au problème identifié. Ainsi également, des techniques d'animation particulières permettent de subdiviser des grands groupes, même en amphithéâtre, et de leur proposer, au moins pendant une partie d'un cours, des activités cognitives cohérentes avec les principes de la pédagogie active (Vanpee, Godin & Lebrun, 2008).

Cette section présente plusieurs cadres conceptuels cohérents avec les intentions générales énoncées précédemment, c'est à dire : favoriser

la profondeur et la transférabilité des apprentissages des étudiants, au service du développement de leur réflexivité en tant qu'apprenants et futurs professionnels. Elle expose ainsi, sur un plan général, les orientations du paradigme d'apprentissage, qui sont confrontées à celles du paradigme d'enseignement. Sur un plan plus spécifique, elle développe ensuite la perspective de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques, qui s'articule autour de deux principes, celui de l'authenticité du contexte et celui du compagnonnage cognitif. Il s'agit, ce faisant, de fournir des principes directeurs et des pistes opérationnelles pour développer des dispositifs curriculaires et pédagogiques cohérents avec les finalités du courant de la pédagogie active.

2.3.1 Les orientations du paradigme d'apprentissage

En tant que cadre théorique, le paradigme d'apprentissage constitue la formalisation de l'injonction communément formulée lorsqu'on énonce qu'il convient « d'être centré sur l'étudiant » (Jouquan & Bail, 2003). En réalité, il conviendrait plutôt d'indiquer qu'il s'agit d'être centré sur les apprentissages de l'étudiant ou encore de préciser qu'il s'agit d'être « centré sur les activités d'un étudiant qui apprend quelque chose ». L'identification explicite de ce « quelque chose » est essentielle car il convient de mettre à défaut les slogans trop exclusivement incantatoires du type « apprendre à apprendre ». Deux types d'arguments rendent cette clarification nécessaire. D'une part, il convient de se départir de l'idée que des capacités génériques à apprendre pourraient se construire indépendamment de contextes et de contenus spécifiques d'apprentissage. D'autre part, il faut redire que les stratégies d'apprentissage « optimales » à mettre en œuvre ne sont pas univoques et que la perspective de l'apprentissage « en profondeur et signifiant » implique qu'elles doivent être exploitées de manière éclectique, en fonction des buts poursuivis. À cet égard, il faut avoir conscience que, par les dispositifs d'évaluation qui sont mis en place, sont envoyés aux étudiants des signaux extrêmement puissants quant à la nature et la qualité des apprentissages à privilégier, tant en termes de processus qu'en termes de produits (résultats) (Jouquan, 2002) (Cf. aussi chapitre 2, section IV : « Évaluer les apprentissages dans la formation des professionnels de la santé »).

D'une façon générale, le paradigme d'apprentissage propose de privilégier les activités des enseignants qui ont la plus grande probabilité d'influencer directement les apprentissages et de favoriser les apprentissages en profondeur et signifiants. Il s'agit, respectivement, de favoriser chez les enseignants une posture d'accompagnement, centrée sur la mise en place de conditions et sur des interventions qui facilitent les apprentissages en profondeur de la part des étudiants, au sens précédemment défini, et de favoriser chez ces derniers une posture d'action et de recherche, qui

les engage dans toutes les stratégies qui concourent à de tels apprentissages (Vierset, Bédard & Foidart, 2009 ; Vierset, 1995). Le tableau III distingue respectivement le paradigme d'apprentissage du paradigme d'enseignement au regard de plusieurs orientations.

Tableau 3. Les orientations distinctives du paradigme d'enseignement et du paradigme d'apprentissage (d'après Huba & Freed, 2000)

Paradigme d'enseignement	Paradigme d'apprentissage
Les savoirs sont transmis aux étudiants par les professeurs.	Les étudiants construisent leurs connaissances à partir des questions qu'ils se posent, en interaction avec leurs professeurs et avec leurs pairs.
Les étudiants reçoivent passivement l'information (ou assistent passivement à une démonstration).	Les étudiants traitent activement l'information à l'occasion d'activités de recherche, d'analyse critique, de résolution de problèmes, de conduites de projets...
Les connaissances sont acquises sans lien avec leur contexte prévisible de réutilisation.	Les connaissances sont construites prioritairement à partir des contextes (professionnels) authentiques.
Le professeur est conçu avant tout comme un dispensateur de savoirs (ou un démonstrateur de procédures) et comme un examinateur.	Le professeur est conçu avant tout comme un facilitateur des apprentissages et comme un modèle de rôle explicite.
L'enseignement, l'apprentissage et l'évaluation sont séparés.	L'évaluation est enchâssée dans les activités d'enseignement et d'apprentissage.
L'évaluation est utilisée essentiellement pour mesurer la quantité des apprentissages.	L'évaluation est utilisée pour promouvoir et diagnostiquer les apprentissages.
L'évaluation privilégie l'obtention de la bonne réponse.	L'évaluation se préoccupe autant du processus que du résultat et exploite les erreurs pour développer les apprentissages.
Les apprentissages sont mesurés indirectement grâce à des tests plus ou moins standardisés.	Les apprentissages sont appréciés directement à partir de performances, de projets réalisés, de travaux personnels, de port-folios.
Seuls les étudiants sont considérés comme apprenants.	Les professeurs et les étudiants apprennent ensemble.

2.3.2 *La perspective de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques*

D'un point de vue théorique, le cadre conceptuel de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques, tel qu'il a notamment été synthétisé par plusieurs auteurs francophones (Bédard, Frenay, Turgeon & Paquay, 2000 ; Frenay & Bédard, 2004), s'appuie d'un côté sur le concept de la cognition située et, de l'autre, sur les perspectives cognitiviste et socio-constructiviste de l'apprentissage. En cohérence avec ces deux références, il propose deux principes directeurs pour l'enseignement et l'apprentissage, spécifiquement orientés vers l'objectif de favoriser le transfert des apprentissages dans le contexte professionnel. Ces deux principes sont celui de l'authenticité du contexte d'enseignement et d'apprentissage et celui du compagnonnage cognitif. Ils sont respectivement déclinés en plusieurs conditions qui sont présentées dans le tableau IV.

Tableau 4. Les deux principes du cadre conceptuel de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques

Principe de l'authenticité du contexte
Respect du contexte de mobilisation (professionnel)
Développement de compétences
Exploitation de situations complexes et complètes
Référence à des contenus pluri-disciplinaires
Exposition à des situations-problèmes multidimensionnelles
Exposition à des situations-problèmes diversifiées
Exploration de solutions/conclusions/interprétations multiples
Principe du compagnonnage cognitif
<i>Trois conditions liées au rôle de l'étudiant apprenant</i>
Verbalisation du raisonnement (mise en lien explicite avec les connaissances mobilisées)
Réflexion sur l'action (démarche réflexive)
Généralisation et discrimination (des situations d'apprentissage)
<i>Quatre conditions liées aux rôles de l'enseignant clinicien</i>
Entraînement – observer et guider – (<i>coaching</i>)
Soutien à l'étudiant (<i>scaffolding</i>)
Modélisation (<i>modeling</i>)
Diminution graduelle de l'assistance (<i>fading</i>)

Ni le principe de l'authenticité du contexte d'enseignement et d'apprentissage, ni celui du compagnonnage cognitif ne sont à considérer de façon radicale. L'un et l'autre expriment des visées souhaitables lorsque l'on est préoccupé, en tant que formateur, par le souhait de favoriser des apprentissages en profondeur, nantis d'un degré significatif de transférabilité en contexte professionnel et soutenant une pratique réflexive. Ils doivent être considérés sur la base d'un continuum.

2.3.3 Des principes directeurs cohérents avec le paradigme d'apprentissage et avec la perspective l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques

Dans le cadre de dispositifs de formation, selon les périodes du cursus, les ressources disponibles et les contraintes à prendre en compte, l'authenticité des contextes d'enseignement et d'apprentissage peut être plus ou moins satisfaite et l'accompagnement cognitif peut être plus ou moins optimal. Il doit y avoir en revanche une cohérence globale des dispositifs pour chercher à favoriser au maximum ces caractéristiques.

Certains principes permettent d'orienter l'organisation des dispositifs curriculaires

De nombreux dispositifs curriculaires permettent de créer les conditions favorables à la mise en œuvre de méthodes actives, dans le but de soutenir l'apprentissage en profondeur, au service du développement de la réflexivité, pour autant que soient réunies certaines conditions (Hivon & Tardif, 1997) :

- des moments doivent être explicitement axés sur le développement des compétences, en permettant l'indexation en mémoire à long terme des connaissances à des situations, à des contextes et à des exemples professionnels. Ces moments doivent notamment permettre : a) la construction de connaissances « non insulaires » ; b) la création de liens explicites entre les connaissances déclaratives et les connaissances d'action ; c) la réflexion sur les actions professionnelles à partir des connaissances et des capacités ;
- des modalités d'intervention sur la transférabilité des connaissances doivent être explicitement planifiées. Pour ce faire, il est recommandé d'organiser l'enseignement selon la séquence générique « contextualisation – décontextualisation – recontextualisations itératives », les probabilités de transfert étant par ailleurs augmentées si les tâches d'apprentissage sont complexes, complètes et signifiantes ;
- les modalités d'évaluation des apprentissages doivent au maximum recourir à des tâches contextualisées et s'efforcer de documenter autant les processus que les produits d'apprentissage (Cf. chapitre 2,

section IV : « Évaluer les apprentissages dans la formation des professionnels de la santé »).

Ces conditions sont au mieux réunies dans des dispositifs résultant d'une « approche-programme », dans le cadre de laquelle l'ensemble des activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation sont planifiées en interdépendance, au regard de finalités structurantes solidairement partagées par l'ensemble de la communauté enseignante, élaborées et explicitées, à l'issue d'une traduction didactique, sous la forme d'un référentiel de compétences (Cf. Chapitre 1, section III : « Développer une ingénierie de la professionnalisation et des compétences dans les organisations de santé : l'exemple d'un référentiel de compétences en kinésithérapie »). De nombreux formats de structuration curriculaire ont alors leur place, qu'il s'agisse de l'apprentissage par problèmes, de l'apprentissage par projets ou de situations de création.

Certains principes permettent d'orienter l'organisation des dispositifs pédagogiques

De la même manière, de nombreux dispositifs pédagogiques permettent de créer les conditions favorables à la mise en œuvre de méthodes actives, dans le but de soutenir l'apprentissage en profondeur, au service du développement de la réflexivité, pour autant que soient réunies certaines conditions (Hivon & Tardif, 1997) :

- d'une manière ou d'une autre, des interventions pédagogiques doivent solliciter précocement les connaissances antérieures des étudiants, permettre d'explorer leur viabilité et, le cas échéant, créer les conditions de leur correction ;
- des interventions pédagogiques doivent explicitement favoriser et vérifier l'organisation des connaissances, en cohérence avec les pratiques professionnelles et en préparant leur transfert, par la présentation de multiples contextes d'utilisation, notamment dans le cadre d'une rétroaction favorisant la pratique réflexive, c'est-à-dire la réflexion sur et dans l'action.

3 DEUX OUTILS PRIVILÉGIÉS AU SERVICE DE L'APPRENTISSAGE EN PROFONDEUR ET DE LA PRATIQUE RÉFLEXIVE

Deux outils, la carte conceptuelle et le portfolio, sont aujourd'hui reconnus comme particulièrement efficaces pour soutenir l'apprentissage en profondeur et la pratique réflexive. Ils ne le sont cependant qu'à la condition d'être considérés comme supports d'activités cognitives et pas seulement en tant que formats et procédures. Ils ont l'un et l'autre fait l'objet d'expérimentations et d'évaluations très nombreuses, particulièrement en sciences de la santé, dont témoigne une littérature importante.

3.1 La carte conceptuelle

La cartographie des connaissances désigne l'activité de représentation figurative d'un domaine de connaissances, c'est-à-dire des constructions personnelles des individus, de nature privée. La cartographie peut aussi concerner les construits cognitifs et sociaux partagés, de nature publique, et l'on parle alors de cartographie de savoirs. Les cartes de connaissances ou de savoirs en sont le résultat. Elles représentent graphiquement des réseaux de concepts mis en lien selon des règles formelles variables. Plusieurs formes de cartographie sont décrites et la littérature anglo-saxonne fait état d'une typologie qui n'est d'ailleurs pas complètement stabilisée : les cartes de connaissances – *knowledge map* – sont établies à partir d'une liste préétablie de concepts et de relations ; les réseaux sémantiques – *semantic network* – figurent des liens bidirectionnels sans organisation hiérarchique ; les cartes mentales ou heuristiques – *mind map* – sont organisées autour d'un concept central, sans organisation hiérarchique ; les cartes cognitives – *cognitive map* – rendent compte de relations causales, sans explicitation des liens.

Les cartes conceptuelles (*concept map*) sont celles dont l'utilisation en éducation des sciences de la santé est la mieux documentée (Daley & Tore, 2010 ; Marchand & d'Ivernois, 2004). En tant qu'activité cognitive, la représentation graphique et propositionnelle des connaissances que constitue la cartographie conceptuelle s'appuie notamment sur trois processus (Novak & Canas, 2008) : un processus de hiérarchisation des concepts, qui établit par exemple que certains d'entre eux sont généraux et d'autres plus spécifiques ou que certains d'entre eux sont supérieurs et d'autres subordonnés (par exemple, respectivement, animal et oiseau) ; un processus de différenciation progressive, de nature analytique, qui conduit à démembrer les concepts en entités de plus en plus fines grâce à l'identification de certains de leurs attributs (le canari est un oiseau jaune) et enfin un processus d'intégration, de nature synthétique, qui conduit à mettre en perspective et à rapprocher des concepts préalablement distingués (bien que se distinguant par la couleur, respectivement noire et jaune de leur plumage, le corbeau et le canari sont deux oiseaux). Sur ces bases, la construction d'une carte conceptuelle consiste à élaborer une représentation graphique d'un répertoire de concepts liés à un thème donné, à les ordonner hiérarchiquement et à figurer les liens inter-conceptuels en nommant explicitement la nature de ces relations (liens de causalité, d'identité, de condition, de corrélation, d'exclusion, de concomitance, etc.).

En privilégiant ainsi explicitement les stratégies cognitives d'élaboration, d'organisation, de discrimination et de généralisation, en favorisant l'établissement de liens entre les nouvelles informations et les connaissances antérieures, la cartographie conceptuelle est un outil privilégié

pour soutenir l'apprentissage en profondeur et signifiant, tel que précédemment défini.

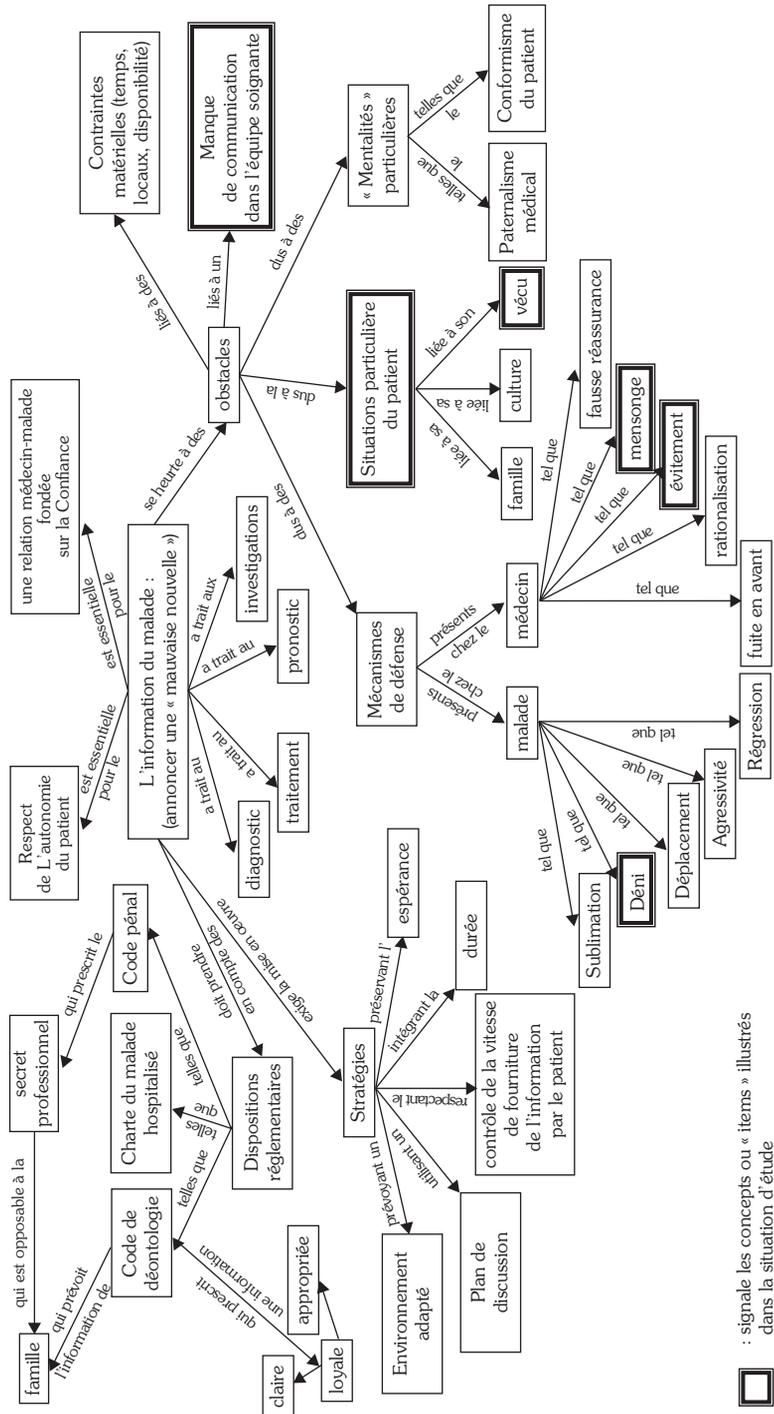
En éducation médicale et des sciences de la santé, les cartes conceptuelles sont surtout élaborées par les étudiants et sont, à ce titre, des cartes de connaissances. En tant que stratégie d'apprentissage, elles préparent le transfert, d'une part en favorisant la construction de connaissances conditionnelles, d'autre part parce qu'elles peuvent être contextualisées à un problème de santé, par exemple dans le cadre d'un dispositif d'apprentissage par problèmes et que le processus de cartographie, en tant que tel, constitue une activité de décontextualisation. Elles peuvent aussi être des outils efficaces au service de l'apprentissage collaboratif, lorsqu'on demande à un groupe d'étudiants de construire solidairement une carte conceptuelle consensuelle. Elles constituent une source privilégiée d'informations sur les apprentissages lorsqu'elles sont utilisées par les enseignants pour fournir une rétroaction aux étudiants dans le cadre d'une évaluation formative ; à cet égard, elles semblent être de puissants outils pour dépister des conceptions erronées (Pinto & Zeitz, 1997). Des applications visant à soutenir l'apprentissage du raisonnement clinique sont en cours de développement (Demeester, Vanpee, Marchand & Eymard, 2010).

Les cartes conceptuelles peuvent aussi être utilisées comme source d'informations concernant les apprentissages dans le cadre d'une évaluation sommative. Dans une perspective docimologique, certains travaux s'intéressent à la validation psychométrique de méthodes d'élaboration de scores d'évaluation des cartes (Srinivasan, McElvany, Shay, Shavelson & West, 2008). D'autres approches plus qualitatives exploitent des rubriques – ou échelles de descripteurs qualitatifs – avec le souci, par exemple, de documenter un parcours de développement de compétence, en référence à des apprentissages critiques (Tardif, 2006). Dans un cas comme dans l'autre, se trouve posé le problème de la carte de référence, élaborée par une ou plusieurs personnes ressources expertes du domaine. De telles cartes ont vocation à servir de balises pour évaluer la qualité des connaissances des étudiants, en ayant à l'esprit à la fois le caractère idiosyncrasique – par nature – du processus de cartographie mais aussi l'exigence qu'il rende compte d'un « noyau dur » de concepts obligatoires, de relations nécessaires et d'une structuration représentative (Tardif, 2006).

La figure 1 présente un exemple de carte conceptuelle élaborée par un étudiant de troisième année de médecine sur le thème de l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

Figure 1. Exemple de carte conceptuelle élaborée par un étudiant de troisième année de médecine sur le thème de l'annonce d'une mauvaise nouvelle

La carte a été élaborée en tant que synthèse des apprentissages dans le cadre d'un dispositif d'apprentissage par problèmes, à partir de l'étude d'un problème clinique et de l'étude de différentes ressources didactiques dans le champ de la psychologie clinique, de l'anthropologie de la santé, de la déontologie et de l'éthique



L'*Institute for human and machine cognition* (IHMC), au sein duquel sont développés des travaux fondamentaux sur la cartographie conceptuelle, produit également un logiciel de construction de cartes conceptuelles – Cmap Tools – disponible librement en ligne (<http://cmap.ihmc.us/>) et qui facilite considérablement l'élaboration graphique des cartes, d'autres logiciels étant disponibles (Pudelko & Basque, 2005).

3.2 Le portfolio

De manière générale, un portfolio peut être défini comme la collection de preuves attestant que des apprentissages ont été développés (Buckley et al. 2009). Comme le soulignent Naccache et al. (2006) :

les définitions qui se réfèrent à l'usage du portfolio en éducation des sciences de la santé ne font pas l'objet d'un consensus. Plusieurs points de vue récents illustrent ces divergences qui témoignent de la variété des usages du portfolio et des contextes d'utilisation. Cole (2005) plaide pour une définition générique minimaliste du portfolio, conçu comme une « collection de données factuelles (*evidence*), développée et présentée pour un but spécifique ». Rees (2005a) considère que cela rend mal compte de la valeur ajoutée attendue du portfolio lorsqu'il est employé en éducation médicale et souligne qu'il est important de distinguer le portfolio d'autres outils moins ambitieux, tel que le simple carnet de bord (*logbook*). Pour la plupart (Snadden & Thomas, 1998 ; Challis, 1999), au minimum, un portfolio doit être une « collection organisée et cumulative de travaux et de réflexions d'un étudiant, qui rassemble des informations sur les compétences qu'il a développées au cours d'une période plus ou moins longue d'apprentissage ». [...] Il semble raisonnable d'admettre avec plusieurs auteurs qu'un portfolio utilisé dans le cadre du développement de l'expertise professionnelle en sciences de la santé doit nécessairement intégrer trois composantes, en lien avec les tâches professionnelles authentiques développées par les étudiants : un support à la planification des apprentissages, un support à l'évaluation formative, un support à la démarche réflexive (Rees, 2005a et b, Mathers, Challis, Howe & Field, 1999).

Par rapport à de telles finalités, le contenu d'un portfolio doit comporter deux types de données :

- des récits de situations professionnelles auxquelles l'étudiant a été confronté, parmi lesquelles à la fois des situations prototypiques et des événements critiques (*critical incident*), qui permettent d'aborder différentes dimensions de l'action professionnelle (diagnostic bioclinique, relation avec le patient et son entourage, éducation thérapeutique, aspects éthiques et déontologiques, etc.). Différentes données peuvent être exploitées pour documenter ces situations (comptes rendus de diverses activités – réunions de service, confrontations anatomo-cliniques, séances de bibliographie, exposés –, comptes

rendu de lectures, d'entretiens formels ou informels avec des personnes-ressources, enregistrements audio-video d'entretiens, de tâches procédurales – gestes techniques –, journaux de bord – relevés plus ou moins systématiques d'activités accomplies).

- une analyse réflexive des expériences rapportées, non seulement en termes de performance (en quoi l'expérience m'a posé problème? Qu'ai-je réussi à accomplir?) mais surtout en termes de détermination des besoins d'apprentissage (que puis-je ou que dois-je apprendre à partir de cette expérience pour être en mesure de mieux comprendre les problèmes posés, de mieux les résoudre?), de planification des activités d'apprentissage (comment puis-je effectuer ces apprentissages? À partir de quelles ressources?) et de retombées de l'ensemble de la démarche (qu'ai-je appris à partir de cette expérience? Comment l'ai-je appliqué? Quelles leçons puis-je en tirer pour ma pratique future?). Des synthèses de travail personnel réflexif peuvent par exemple être présentées sous forme de cartes conceptuelles.

La démarche d'auto-évaluation est une composante essentielle de la démarche de réflexivité. Il est aujourd'hui établi qu'elle ne peut se développer efficacement qu'en lien avec une évaluation formative externe, à solliciter auprès de ses pairs, quelle qu'en soit la modalité (par exemple en recourant à des superviseurs, mentors, précepteurs ou à des groupes de pairs) mais aussi auprès d'autres professionnels de santé, ainsi qu'auprès des patients (Sargeant, Mann, van der Vleuten & Metsemakers, 2008). On considère qu'elle est documentée lorsque, dans son portfolio, l'étudiant : a) choisit, parmi plusieurs essais, le travail qui témoigne le mieux de ses apprentissages et qu'il argumente ce choix ; b) attire l'attention du destinataire de son portfolio au regard d'un aspect particulier d'un travail qu'il y a inséré ; c) décrit les points forts et les points faibles d'un travail qui a été retenu pour son dossier ; d) indique les aspects sur lesquels il lui faut travailler davantage ; e) choisit des essais contrastés (brouillon réalisé au début et version récente) dans le but de mettre en évidence les progrès accomplis dans la réalisation d'une tâche (dossier de progression).

La structuration de ces différents contenus dans le portfolio peut relever de plusieurs types d'architecture (Webb et al., 2002). Les portfolios non-sélectifs (*all inclusive portfolio*), qui documentent de façon exhaustive des réalisations des étudiants pendant une séquence de formation, exigent un temps considérable d'élaboration par les étudiants et d'analyse par les enseignants superviseurs ; ils exposent au risque d'abandon ou de travail superficiel. On recommande plutôt les portfolios sélectifs (*selection portfolio*), construits autour d'objectifs spécifiques, assortis d'un cahier des charges du travail et de critères d'appréciation explicites. Le modèle dit du « grille-pain » (*toast rack*), – portfolio sélectif très structuré et très standardisé, avec des objectifs pré-déterminés, en nombre limité, dérivés de recommandations

curriculaires normatives –, favorise une vision peu intégrée des apprentissages. Le modèle dit de la « colonne vertébrale » (*spinal column*) est très cohérent avec l'approche par compétences, le répertoire de compétences ayant vocation à structurer la démonstration des apprentissages, les compétences étant documentées à l'intérieur de famille de situations spécifiques, dans une perspective d'interdépendance et de cohérence globale (Cf. Chapitre 1, section III : « Développer une ingénierie de la professionnalisation et des compétences dans les organisations de santé : l'exemple d'un référentiel de compétences en kinésithérapie »).

Quelle que soit l'architecture du portfolio, on insiste beaucoup sur la valeur ajoutée liée spécifiquement à l'activité d'écriture pour soutenir la démarche de réflexivité et les apprentissages qui lui sont reliés (Walker, 1985 ; Vanhulle, 2004). Son impact a été documenté dans le cadre de dispositifs de formation de plusieurs professionnels de formation, comme les internes en médecine (Levine, Kern & Wright, 2008) ou les étudiants kinésithérapeutes (Williams & Wessel, 2004). L'écriture favorise ainsi une perception plus « objective » des expériences vécues, grâce à un processus de distanciation, en aidant l'étudiant à distinguer les faits et l'interprétation qu'il en a faite ; elle aide l'étudiant à appréhender la composante affective du processus d'apprentissage ; elle favorise la dynamique d'ancrage des nouveaux apprentissages à partir des connaissances antérieures de l'étudiant ; elle favorise la mise en perspective des apprentissages avec les différentes expériences successivement rencontrées ; elle favorise les interactions entre les étudiants, améliore la qualité de l'interaction de ceux-ci avec leurs formateurs et prépare les interactions qu'ils auront à développer avec les autres professionnels de santé, contribuant ainsi au processus de socialisation professionnelle et de construction de l'identité professionnelle (Michaud & Alin, 2010).

Plusieurs bénéfices de l'utilisation du portfolio pour les étudiants ont été rapportés (Naccache et al. 2006) : développement de la part des étudiants d'une vision positive d'eux-mêmes en tant qu'apprenants ; prise de conscience de la qualité de leurs apprentissages (étendue, profondeur) et des stratégies mises en œuvre ; facilitation des apprentissages significatifs et en profondeur (*meaningful and deep learning*) ; facilitation du transfert des apprentissages ; meilleure appréciation des objectifs de formation professionnelle définis par l'institution ; meilleure exploitation de la rétroaction reçue de la part des différentes personnes ressources ; prise de conscience du rôle positif de l'écriture dans l'apprentissage ; amélioration de la confiance en soi et en ses apprentissages ; meilleure compréhension des exigences de l'apprentissage comme processus continu durant toute la vie (*lifelong learning*) ; amélioration des interactions de l'étudiant avec ses pairs et avec ses différentes personnes ressources.

Cependant, le portfolio est un dispositif vulnérable et plusieurs obstacles menaçant sa viabilité ont été identifiés : le manque de temps ;

l'absence, le déficit pédagogique ou la mauvaise qualité relationnelle de la supervision ; le manque de clarté des consignes du travail attendu ; le caractère non explicite des critères pris en compte pour l'évaluation du portfolio ; la prise en compte du portfolio à un niveau non significatif dans le cadre de l'évaluation sommative. Partant de ces constats, les conditions à mettre en place pour l'implantation réussie d'un dispositif d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation recourant au portfolio ont fait l'objet de recommandations (Driessen, Van Tartwijk, Overeem, Vermunt & van Der Vleuten, 2005) : clarification des objectifs de travail ; consignes claires quant au contenu du portfolio ; flexibilité à l'égard des formats du portfolio, en étant vigilant à l'égard des contraintes et exigences des nouvelles technologies ; exploitation combinée pour l'apprentissage et pour l'évaluation ; accompagnement de l'étudiant par un tutorat expérimenté ; recours à un panel d'évaluateurs adéquatement formés pour les décisions d'évaluation à enjeu important ; intégration du portfolio aux autres activités du curriculum ; introduction progressive et adaptée du dispositif.

4 DES EXEMPLES DE DISPOSITIFS CURRICULAIRES ET PÉDAGOGIQUES FAVORABLES AUX PÉDAGOGIES ACTIVES

Il convient à nouveau de souligner que ce ne sont pas tant les formats des dispositifs curriculaires ou pédagogiques, ni les outils qui y sont utilisés, qui sont essentiels mais les principes directeurs pédagogiques que ces dispositifs permettent de mettre en œuvre. Pour autant, à cet égard, certains dispositifs offrent *a priori* plus de pertinence et davantage de commodité. L'apprentissage par problèmes en tant que dispositif structurant d'un curriculum, et la formation au cours des stages dans les milieux de santé et les dispositifs recourant à la simulation sont ainsi explicités.

4.1 L'apprentissage par problème

L'apprentissage par problème est un format d'intervention pédagogique en petit groupe, initialement codifié dans le cadre de la formation médicale initiale à la faculté de médecine de l'Université McMaster (à Hamilton, en Ontario au Canada), fondée à la fin des années 60 avec un mandat explicite d'innovation. Parce qu'elle bouleversait à la fois l'architecture et les modalités traditionnelles – « flexnériennes¹ » – de l'enseignement de la médecine (clivage entre l'enseignement des sciences fondamentales et celui des sciences cliniques, organisation disciplinaire des enseignements, activités d'enseignement quasi exclusivement transmissives), cette

1. Du nom d'Abraham Flexner, auteur en 1910 d'un rapport sur l'enseignement de la médecine aux États-Unis et au Canada.

innovation est devenue emblématique du courant des pédagogies actives dans le cadre de la formation médicale, au point parfois de le résumer de façon réductrice.

L'apprentissage par problèmes est fondamentalement une méthode pédagogique caractérisée par l'utilisation du contexte de problèmes de santé, présentés le plus souvent sous la forme d'une vignette clinique et sur un support papier pour : a) étudier en profondeur un domaine de contenu ; b) apprendre les procédures de résolution de problèmes et c) acquérir des connaissances à la fois dans le domaine des sciences fondamentales et dans le domaine des sciences cliniques (Albanese & Mitchell, 1993).

Un problème est constitué par la description d'un ensemble d'évènements observables ou de phénomènes qui méritent une explication. Les problèmes sont organisés autour d'un thème plutôt que d'une discipline. Ils sont préparés par une équipe d'enseignants qui ont des compétences complémentaires. Les problèmes auxquels sont exposés les étudiants sont peu structurés : ils contiennent assez d'informations pour que les étudiants puissent activer leurs connaissances antérieures et initier un raisonnement mais jamais suffisamment pour qu'ils puissent le résoudre sans un travail d'étude complémentaire approfondi. Les problèmes ne peuvent jamais être résolus par une simple formule mais nécessitent la mise en œuvre d'un raisonnement et d'une stratégie de résolution ; il peut d'ailleurs y avoir plusieurs manières de résoudre le problème.

Au cours d'une première séance, sous la supervision d'un tuteur, les étudiants ont pour tâche de discuter le problème en identifiant des indices et en émettant des hypothèses explicatives et/ou résolutive. Pour ce faire, ils activent leurs connaissances antérieures et les questions en suspens deviennent des objectifs d'étude. Ces derniers orientent les activités d'apprentissage des étudiants au cours d'une période de travail personnel (correspondant en général au moins à une vingtaine d'heures de travail). Au cours d'une deuxième séance, toujours sous la supervision du tuteur, les étudiants confrontent et mutualisent leurs apprentissages et discutent de façon contradictoire les solutions alternatives du problème qui ont été envisagées. Au cours des deux séances d'une séquence d'apprentissage par problèmes, les interventions du tuteur sont essentiellement des questionnements, centrés sur l'explicitation des stratégies cognitives employées par les étudiants et sur leurs résultats ; elles visent aussi à susciter et exploiter le conflit socio-cognitif à l'intérieur du groupe (confrontation des différents processus et représentations cognitifs élaborés respectivement par chaque étudiant à l'intérieur du groupe).

En tant que format d'enseignement et d'apprentissage, l'apprentissage par problèmes permet la mise en œuvre de plusieurs principes de pédagogie active : en exposant les étudiants à un problème à résoudre et les plaçant en situation de conflit socio-cognitif, il sollicite fortement la réactivation

et l'auto-évaluation des connaissances antérieures des étudiants ; en créant une similitude entre le contexte d'apprentissage et le contexte d'usage ultérieur des connaissances et en créant des liens entre sciences fondamentales et sciences cliniques, en favorisant l'intégration de connaissances d'action aux connaissances déclaratives ainsi que la construction de diverses représentations cognitives (prototypes, scripts, réseaux sémantiques, etc.), il prépare le transfert des apprentissages ; en optimisant la perception de la valeur de la tâche et en augmentant leur perception de leur contrôlabilité par rapport à celle-ci – puisque les étudiants identifient eux-mêmes les objectifs d'apprentissage et travaillent de façon autonome, il favorise la motivation des étudiants.

4.2 Les dispositifs de formation par les stages

Les dispositifs de formation par les stages constituent de façon constante une partie importante des cursus de formation des professionnels de santé, quelle que soit la profession de santé concernée. Ils sont volontiers organisés dans le cadre de dispositifs d'alternance, où se succèdent, selon une périodicité variable (de quelques jours à quelques semaines ou mois), des activités en stage (notamment à l'hôpital, mais aussi en communauté ou en contexte de soins primaires) et des activités d'enseignement et d'apprentissage « théoriques » (par exemple à la faculté ou dans une école professionnelle).

Ils présentent théoriquement de nombreux atouts pour que soient mis en œuvre les principes de pédagogie active, notamment au regard de l'authenticité du contexte d'enseignement et d'apprentissage qu'ils constituent. Ils offrent en outre l'opportunité d'articuler les savoirs « savants » théoriques et les savoirs d'action, en favorisant un va-et-vient constant entre l'expérience et la réflexion. Cependant, plusieurs faiblesses de l'exploitation pédagogique sont régulièrement dénoncées, par exemple dans le cadre du stage d'externat au cours des études de médecine (Langevin & Hivon, 2007) ; elles concernent à la fois l'organisation des stages, la qualité de l'évaluation et de la rétroaction fournie aux stagiaires, la qualité didactique du stage et la pertinence de l'exposition clinique proposée aux étudiants. La simple juxtaposition de moments de stages et de moments de formation théorique ne suffit à garantir la viabilité pédagogique ni des uns ni des autres. De fait, « il ne suffit pas, pour l'étudiant, d'accumuler des expériences de soins, fut-ce en contexte professionnel authentique ni, pour l'enseignant-formateur, de vérifier que les tâches professionnelles proposées ont été correctement exécutées, pour que soit garantie la qualité des apprentissages attendus dans la perspective du développement de la compétence professionnelle. Il faut encore que les interactions sociales et pédagogiques que cela implique suscitent chez les étudiants la nécessité d'un dépassement cognitif et professionnel » (Jouquan & Bail, 2003).

La perspective d'exploiter les dispositifs de formation par les stages d'une manière optimale, afin qu'ils suscitent des apprentissages

en profondeur, au service d'une pratique réflexive, conduit ainsi à considérer les deux modalités d'intervention pédagogique qui sont réellement spécifiques au contexte de stage : a) la fonction de modèle de rôle, lorsque l'étudiant observe le formateur en interaction avec un patient, l'entourage de celui-ci ou d'autres professionnels du milieu ; b) la fonction de supervision, lorsque la situation est inversée (Chamberland & Hivon, 2005).

Dans un cas comme dans l'autre, la place et le rôle des superviseurs et maîtres de stage sont jugés comme essentiels (Mann et al., 2009 ; Beckers, 2007 ; Donnay & Charlier, 2008 ; Lafortune, 2008). Il s'agit d'une part, de rendre explicites, les compétences mobilisées et les processus mis en œuvre, de rendre accessibles à l'étudiant les connaissances qui sont sollicitées dans tous les domaines (cognitifs, métacognitifs, réflexifs, psycho-affectifs, etc.) et enfin de nommer et d'analyser les compétences mobilisées durant l'action professionnelle (Chamberland & Hivon, 2005 ; Beckers, 2007). Il s'agit, par ailleurs, de soutenir le développement de « la professionnalité [qui] se construit dans l'expérience et la pratique sur le terrain, mais avec l'aide d'un médiateur qui facilite la prise de conscience et de connaissance, participe à l'analyse des pratiques, dans une démarche de co-formation (Altet, 1996) ». Dans cette logique, le superviseur ou maître de stage adopte dès lors une posture enseignante différente, celle de compagnon réflexif, de *coach*, de guide, pour encourager la mise en œuvre d'une démarche réflexive chez le futur professionnel.

La supervision clinique – ou professionnelle – à finalité pédagogique est ainsi une guidance fournie à l'égard d'un étudiant en formation – ou d'un professionnel, par le biais d'une rétroaction (*feedback*) concernant son développement personnel, professionnel et éducationnel, dans le contexte d'une expérience de soins dispensés à un patient avec sécurité et de manière appropriée (Kilminster, Cottrell, Grant, & Jolly, 2007).

Au plan opérationnel, la supervision peut succéder à une observation directe de l'étudiant, une rétroaction immédiate ou à court terme étant fournie par le superviseur. La supervision peut également s'exercer sans observation directe de l'étudiant, le superviseur étant absent au moment de la pratique clinique ; la rétroaction est alors différée et effectuée à partir de la présentation du cas par l'apprenant (Martineau, Girard & Boulé, 2008)

Différentes stratégies, recourant à différents types d'entretiens de débriefing ou de rétroaction entre l'enseignant et l'étudiant peuvent être organisés périodiquement dans une telle perspective (Martineau et al. 2008 ; Kilminster et al. 2007). De telles activités peuvent aussi être organisées dans le cadre de dispositifs d'apprentissage en petits groupes (Mann et al., 2009 ; Hatton & Smith, 1995). En formation médicale, certaines modalités de supervision brève ont été développées. C'est le cas, par exemple, du format dit de « la minute du superviseur », qui, à condition de ne pas être utilisé comme une recette technique, peut apporter des repères utiles aux enseignants cliniciens lorsqu'ils

doivent, dans le cadre de contraintes de temps importantes, concilier leur deux rôles professionnels de clinicien et de formateur (Audetat & Laurin, 2010 ; Jouquan, 2010). Le tableau V fournit quelques exemples de techniques de questionnement utilisables par un enseignant dans le cadre de la supervision clinique, pour favoriser la réflexivité d'un étudiant et orienter ses apprentissages.

De nombreuses formations professionnalisantes en santé sont organisées, au moins partiellement, selon des dispositifs curriculaires dits en alternance, où se succèdent des activités formelles (cours, travaux dirigés, etc.) proposées au centre de formation (faculté ou école) et des périodes de stage en milieu professionnel (hôpital, milieu communautaire, cabinets libéraux, etc.). Dans ce cas, quelles que soient les modalités adoptées, il est essentiel que les moments de supervision soient exploités pour que l'alternance soit authentiquement intégrative. Des liens entre les apprentissages développés respectivement dans les deux contextes doivent ainsi être développés, par exemple en argumentant explicitement au nom de quels arguments les pratiques réelles que les étudiants observent en stage diffèrent parfois significativement des pratiques professionnelles recommandées dans certaines ressources didactiques. Il ne faut pas sous-estimer l'exigence d'une telle supervision, ce qui implique en toute rigueur que les professionnels du terrain à qui sont confiés de telles tâches aient reçu une formation pédagogique adaptée.

Tableau 5. Techniques de questionnement utilisables par un enseignant dans le cadre de la supervision clinique pour favoriser la réflexivité d'un étudiant et orienter ses apprentissages à partir de l'étude d'un problème de santé (Adapté d'après Cristensen, 1991)

Type de questions	Exemples
Questions ouvertes	Que penses-tu du problème de Mme Kervella ? Quels aspects de ce problème te semblent-ils les plus intéressants de ton point de vue ? Quelles difficultés éprouves-tu à l'égard de ce problème ?
Questions diagnostiques	Quelle est ton analyse du problème ? Quelles conclusions tires-tu de ces données ? Pourquoi penses-tu avoir été aussi efficace dans la résolution de ce problème ?
Questions d'information	Quelles sont les recommandations des sociétés savantes sur ce sujet ? Quels sont les effets secondaires reconnus de ce traitement ?
Questions à visée argumentative	Pourquoi penses-tu cela ? Quelles données objectives accréditent ton interprétation ? Quelles données objectives rendent-elles ton interprétation moins vraisemblable ?

Type de questions	Exemples
Questions d'action	Que faut-il faire pour mettre en œuvre cette recommandation ? Qui est concerné par la mise en œuvre de cette décision ?
Questions de priorisation	Tu mentionnes trois objectifs thérapeutiques à atteindre ? Sont-ils tous aussi importants ? Lequel serait à atteindre d'abord ? Pourquoi ?
Question de prédiction	Comment penses-tu que le mari de Mme Kermarec va réagir à l'annonce de cette nouvelle complication ? Penses-tu que son état s'améliore rapidement ?
Questions hypothétiques	Comment aurait pu évoluer cette tumeur si Mme Le Gall n'avait pas accepté l'intervention ?
Questions d'extension	Penses-tu que le dernier remplaçant de ton maître de stage aurait pris la même décision que toi ? Pourquoi ?
Questions de généralisation	Compte tenu de ce que tu as dû apprendre pour traiter le problème de Mme Le Gac, quelle serait désormais ta prise en charge de première intention de ce type de complication ?

De telles techniques de questionnement sont particulièrement adaptées à la supervision clinique en stage. Elles peuvent également être employées dans le cadre d'activités d'enseignement et d'apprentissage en petits groupes, tels que les dispositifs d'apprentissage par problème ou leurs variantes

Des dispositifs complexes à visée intégrative, planifiés en cohérence avec des référentiels de compétences, eux-mêmes traduits en référentiels de formation et d'évaluation, associent parfois de façon éclectique des activités de stages, des activités d'enseignement et d'apprentissage en petits groupes recourant à des formats variés et des travaux personnels soutenus par divers outils, tels que le portfolio ou les cartes conceptuelles. L'exemple d'un parcours de formation clinique en gynécologie-obstétrique organisé pour les étudiants en médecine de l'Université de Liège (Belgique) est fourni dans l'encadré 1.

Encadré 1. Un parcours de formation clinique en gynécologie-obstétrique avec les étudiants en médecine de l'Université de Liège (Belgique) Illustration du portfolio envisagé comme outil d'apprentissage, d'accompagnement et de co-évaluation

La faculté de médecine de l'Université de Liège a initié il y a une quinzaine d'années un processus de révision curriculaire important (Boniver, 2004), en introduisant notamment des dispositifs d'apprentissage par problèmes au cours de

premières années du cursus. Les premières insertions des étudiants en milieu clinique authentique, sont organisées à la même période que des séances d'apprentissage par problèmes en gynécologie-obstétrique. En suivant l'exemple de dispositifs d'apprentissage organisés en alternance, il était opportun d'aligner les stages sur les mêmes processus pédagogiques professionnalisants fondés sur les concepts de pédagogie active. Pour optimiser le transfert des apprentissages, développer les postures réflexives et faciliter le processus de reconnaissance professionnelle, un système contextualisé s'est dessiné progressivement tout en organisant petit à petit un changement autour et au sein du parcours clinique des externes en gynécologie-obstétrique. En proposant un recours judicieux à certaines modalités pédagogiques (Langevin & Hivon, 2007) fondées sur les concepts décrits précédemment, ce projet a pour but de favoriser la qualité de l'apprentissage en profondeur.

La planification de ce dispositif a été développée selon un processus cyclique en suivant cinq étapes :

- Analyse du contexte, de ses besoins, de ses limites, forces et faiblesses.
- Élaboration, avec les acteurs du terrain, **d'un référentiel de compétences professionnelles**, nommé « Guide d'apprentissage et d'accompagnement », qui décrit les compétences à acquérir progressivement sur l'ensemble du parcours clinique.
- Élaboration d'un **référentiel de formation**, qui explicite les formations et ateliers destinés à faire acquérir les compétences aux stagiaires. Les résultats d'apprentissage attendus (*learning outcomes*) à l'issue de chaque année d'externat sont explicités pour chaque palier d'apprentissage.
- Élaboration d'un **référentiel d'évaluation**, qui propose des grilles de repères afin de faciliter l'auto-évaluation et la co-évaluation. Les exigences pour la validation sommative de la formation clinique en gynécologie-obstétrique sont elles aussi définies dans ce cadre.
- Évaluation itérative du dispositif innovant.

Comme cela a été explicité précédemment, lors des séances d'apprentissage par problèmes, l'enseignant adopte une posture de tuteur. Afin de main tenir une cohérence pédagogique, il est souhaitable que sur le terrain de stage le superviseur adopte, lui aussi, une posture d'accompagnement réflexif similaire à celle adoptée par le tuteur tandis que les apprenants adoptent eux-mêmes une posture réflexive lors d'actions et de recherches individuelles et/ou collectives. À l'instar de Perrenoud (2009), nous insistons sur la posture réflexive à adopter lors de situations vécues en stage : « *Les situations complexes, toujours singulières, appellent une démarche de résolution de problème plutôt que l'application d'un répertoire de recettes ou de réponses préprogrammées ou encore le recours à un algorithme fondé sur une connaissance théorique générale.* » Ces mêmes postures, adoptées de part et d'autre, dans le contexte des stages témoignent d'un souci de transfert entre l'apprentissage des matières théoriques et les pratiques professionnelles, dans un processus d'alternance.

Afin de distinguer les indicateurs et les conditions de fonctionnement de cette posture d'accompagnement dans différents contextes d'apprentissages, Frenay et Bédard (2004) ont développé le concept d'apprentissage et d'enseignement contextualisé authentique (AECA), explicité précédemment. Le dispositif curriculaire professionnalisant exposé dans cet encadré est fondé sur ce cadre conceptuel (Vierset, Bédard, Frenay & Nisolle, 2013) et s'articule autour de trois axes principaux :

Axe 1. Authenticité des situations d'apprentissage et méthodes de formation :

Lors du processus de formation, la méthode d'analyse méthodique d'incidents critiques (événements fortuits et imprévisibles, qui modifient le déroulement attendu et normal des choses, qui impliquent des prises de positions et des décisions à forts enjeux) est privilégiée. Elle est utilisée dans une perspective d'explicitation, de développement d'un système de pensée critique et de (re)connaissance (voire de transformation) de pratiques professionnelles tout en préservant l'authenticité du contexte. Ainsi, au cours de ces stages, les étudiants participent à différents ateliers, co-animés par un médecin clinicien, un psychologue et une psycho-pédagogue qui répondent aux principes du compagnonnage cognitif. Trois ateliers sont proposés :

- des ateliers **d'apprentissage de la communication clinique** : les thématiques sont apportées par les stagiaires qui ont participé, soit à l'annonce d'une mauvaise nouvelle, soit à une relation avec une patiente non compliant, soit à un deuil d'un bébé, soit à toutes autres gestions de consultations difficiles. Nous proposons une contextualisation à partir de ces cas cliniques pour, ensuite, les décontextualiser en construisant une carte conceptuelle avec les stagiaires et, enfin, leur proposer un exercice de recontextualisation lors d'un prochain vécu clinique, et ainsi de suite.
- des ateliers **d'apprentissage du raisonnement clinique** : les thématiques sont apportées par les stagiaires qui ont participé à un raisonnement clinique et à la définition d'un diagnostic lors d'une consultation. La prévalence des hypothèses est envisagée pour construire progressivement le diagnostic final et aboutir, en fin d'atelier, à l'élaboration d'une carte conceptuelle. Celle-ci est complétée après chaque cas clinique analysé.
- des ateliers **d'apprentissage de pratique réflexive** : ces ateliers concernent l'exercice, la rétroaction, la régulation et la co-évaluation de la compétence « *Conduire une consultation clinique* » (questionnements biomédicaux, raisonnement clinique, communication clinique), ainsi que la co-évaluation de la compétence « *Exercer la pratique réflexive* » s'y référant. Selon Donnay et Charlier(2008), une fracture épistémologique s'ouvre face aux divergences d'attitudes entre la formation d'un praticien conforme à des modèles d'actions prescrits et l'inscription de ce futur praticien dans une trajectoire de développement professionnel. Le fonctionnement en duo, psychopédagogue et médecin, facilite cette prise de conscience lors de l'exercice de la pratique

réflexive et du transfert des connaissances. Ces ateliers prennent plusieurs formes : tour de salle interactif, exposé-débat d'un cas vécu, réunion réflexive autour d'un *log book*, d'un portfolio ou d'un rapport d'observation réflexive. Ainsi, est proposée une modélisation de la pratique réflexive en alternance avec le terrain clinique.

Axe 2. Postures d'accompagnement :

Pendant les stages, les différents superviseurs sont attentifs à adopter deux types de postures fondamentales facilitant l'adoption par l'étudiant de sa propre posture réflexive :

- une **posture de compagnonnage cognitif**, (au sens explicité par Frenay et Bédard (2004) dans le cadre de l'AECA). Des formations destinées aux superviseurs sont organisées à ce sujet. Le cadre tout à la fois très structuré et très souple de l'AECA permet de s'intéresser simultanément à la posture de l'accompagnateur et à la posture de l'étudiant ; l'analyse de l'interaction interpersonnelle et la cohésion relationnelle sont facilitées.
- une **posture de reconnaissance** professionnelle des étudiants par l'accompagnant, en accord avec la conception développée par Jorro et De Ketele (2011) : « *la reconnaissance professionnelle est liée à la façon dont le professionnel donne du sens à son action et se reconnaît dans ce qu'il fait. Le processus de reconnaissance opère à partir d'un double mouvement : une compréhension de soi dans l'action et une visibilité de soi par le regard d'autrui.* ». Ceux-ci soulignent l'importance de cette posture de reconnaissance en s'appuyant également sur Ricœur (2004) : « *pour être pleine et entière, la reconnaissance comprend trois dimensions qui devraient être indissociables : l'identification (reconnaît en tant qu'autre), l'acceptation (accepte en tant qu'autre) et la gratitude (remercie d'être ce qu'il est).* »

Axe 3. Portfolio :

Dans le cadre du dispositif rapporté, le portfolio est envisagé comme outil, support d'apprentissage, d'accompagnement et de co-évaluation de la progression des stagiaires au cours d'un parcours de formation clinique de quatre années successives. Les étudiants y sont invités à faire des liens, à donner des preuves d'apprentissage et à documenter la construction progressive des compétences attendues. Ce portfolio fait l'objet d'entretiens co-évaluatifs entre le stagiaire et le superviseur qui l'accompagne sur son parcours professionnalisant. Des situations vécues (par exemple : déni de grossesse, hystérectomie, placenta prævia) doivent y être développées, analysées, documentées, questionnées et argumentées. Le stagiaire doit proposer une prise de position face aux décisions cliniques prises ainsi qu'une formulation d'une prise de conscience relative aux compétences acquises/non acquises ;

Lorsque la professionnalité « émerge » (Jorro & De Ketele, 2011) chez le stagiaire par la réalisation d'une « œuvre » telle que le portfolio, la posture de l'accompagnant

consiste à alimenter un sentiment d'accomplissement et de reconnaissance de soi dans la profession qu'il a choisie. Ainsi, tout en lui donnant l'occasion d'être acteur et co-réalisateur de sa formation, il lui donne l'occasion de mettre en œuvre les capacités et les ressources qu'il possède pour donner un sens à son parcours de la première à la quatrième année. Le portfolio peut être considéré, dans ce cas, non seulement comme un outil d'apprentissage, d'accompagnement et de co-évaluation mais aussi comme un outil de reconnaissance d'une professionnalité émergente.

4.3 Les dispositifs pédagogiques recourant à la simulation

Dans le champ de l'éducation en sciences de la santé, le terme de simulation désigne toute tâche ou situation professionnelle reconstruite à l'aide de divers moyens et exploitée dans le cadre d'un dispositif pédagogique à des fins d'enseignement, d'apprentissage ou d'évaluation. Les moyens utilisés pour « simuler » la tâche ou la situation sont variables. Il peut s'agir de segments de corps artificiels (membre, pelvis, cavité buccale, etc.), de mannequins corps entier plus ou moins sophistiqués, notamment au regard du matériel électronique qui les pilote, de salles techniques entièrement reconstituées et équipées (salles de réanimations, blocs opératoires), de réalités virtuelles modélisées sur ordinateurs mais il est aussi possible de recourir à des ressources humaines et notamment à des acteurs, entraînés pour jouer de façon plus ou moins standardisée des rôles de patients ou de professionnels de santé, dans le cadre de divers scénarios pédagogiques. Il est devenu habituel de distinguer les dispositifs de simulation à basse ou haute fidélité, selon le degré de réalisme (visuel, tactile, auditif, etc.) et de sophistication avec lequel la situation professionnelle est reconstruite.

Les bases rationnelles à l'origine du recours à la simulation dans le cadre d'activités d'enseignement et d'apprentissage n'ont pas toujours été parfaitement explicites. Pastré (2005) rappelle que depuis que l'enseignement existe, « les individus cherchent à reproduire pour apprendre ». Ainsi, il s'est souvent simplement agi de favoriser l'apprentissage par imitation, reproduction et entraînement répétitif. L'introduction, à grande échelle de la simulation dans le cadre de la formation des professionnels de santé, depuis une vingtaine d'années, a notamment résulté de la démonstration de sa remarquable efficacité au service de la formation des divers professionnels en aéronautique et notamment des pilotes. Les thématiques ont ainsi évolué, en s'orientant en particulier sur les mises en situation centrées sur la gestion en équipe des situations critiques (Gaba, Howard, Fish, Smith & Soub, 2001). Un champ de développement important a aussi résulté du souci d'objectivation des apprentissages dans les domaines opératifs et socio-affectifs et du recours, pour ce faire, aux « patients standardisés », notamment en lien avec la formalisation du format des examens cliniques objectifs structurés (ECOS) (Cleland, Abe & Rethans, 2009)

Les arguments qui rendent légitime que l'on recoure à la simulation dans le cadre de la formation des professionnels de santé sont maintenant assez clairement identifiés dans la littérature (McCaghie, Issenberg, Petrusa & Scalese, 2010). Ils concernent respectivement : 1) la nécessité de « sécuriser » les expériences d'enseignement et d'apprentissage au regard des conséquences délétères qu'elles pourraient comporter vis à vis des patients (éthique de la formation) (Ziv, Wolpe, Small & Glick, 2003) ; 2) les solutions qu'offre la simulation pour pallier les difficultés croissantes des étudiants à accéder à certaines expériences d'apprentissage (situations rares ou exceptionnelles, situations non disponibles dans l'institution de formation), la simulation étant alors envisagée en tant que ressource didactique complémentaire ou alternative ; 3) la capacité reconnue à la simulation, sous certaines conditions, de contribuer à optimiser l'ingénierie pédagogique, dans le but de favoriser la réutilisation ultérieure des apprentissages en contexte professionnel authentique (problématique du transfert).

Une activité de simulation comporte schématiquement plusieurs temps : un briefing, une exposition à la situation simulée, selon un scénario plus ou moins complexe et plus ou moins flexible, un débriefing. La manière de concevoir et d'organiser pédagogiquement chacune de ces séquences est cependant variable. Elle a été influencée par les évolutions des divers cadres conceptuels développés successivement dans le cadre des sciences de l'apprentissage. Des pratiques diverses co-existent. Certaines restent très ancrées sur la perspective behavioriste de l'apprentissage et favorisent les tâches répétitives, segmentées, très standardisées, organisées selon un gradient allant du simple au complexe, en sollicitant au moment du débriefing une rétro-action purement comportementaliste.

L'évolution récente est cependant marquée par une référence de plus en plus explicite aux perspectives cognitiviste et socioconstructiviste et notamment par la prise en compte des principes de la perspective de l'enseignement et de l'apprentissage contextualisés. Les scénarios recourent ainsi d'emblée à une certaine complexité, même si une progression graduelle selon des niveaux de complexité croissante est planifiée. En cohérence avec les connaissances relatives à la problématique du transfert, les temps de débriefing sont notamment exploités pour rendre explicites les représentations cognitives des apprenants, accéder par exemple à leurs conceptions erronées et leur fournir à cet égard une rétro-action explicite, selon les principes du compagnonnage cognitif (Collins, Brown & Newman, 1989). Il s'agit alors de débriefing de durée nettement plus longue, où peuvent être sollicitées chez l'étudiant, grâce notamment au travail de verbalisation à voix haute suscitée par des interventions adéquates, les stratégies cognitives et métacognitives de haut niveau taxonomique (Rudolph, Simon, Raemer, & Eppich, 2008). Si les situations professionnelles reconstruites sont caractérisées par un haut niveau d'authenticité (qui n'est pas forcément lié à la haute-fidélité

de la simulation, au sens technologique, mais à la reproduction des dimensions « critiques » de la situation professionnelle), il est également possible d'engager les étudiants dans une démarche de réflexivité. C'est notamment le cas lorsque, au-delà des aspects strictement bio-cliniques, sont abordés au cours de la simulation les dimensions de gestion d'équipe en situation de crise (*Crisis Resource Management*) (Paige et al., 2007).

En référence à l'échelle hiérarchique de Kirkpatrick (1959), qui propose quatre niveaux d'effets démontrés d'une intervention éducationnelle (satisfaction, apprentissage, comportement, effet réel), l'impact bénéfique de la simulation sur l'amélioration de la santé d'une population n'était à ce jour réellement documenté que par quelques études, notamment dans le domaine de l'acquisition d'habiletés techniques ou non techniques en chirurgie (Flin et al., 2007). Cependant, les auteurs d'une récente revue systématique (McCaghie et al., 2010) considèrent que la simulation pourrait favoriser les apprentissages en profondeur (c'est-à-dire hautement transférables) à certaines conditions, parmi lesquelles : la fourniture systématique d'une rétroaction aux étudiants, l'intégration du dispositif dans le curriculum, la formulation d'objectifs visant l'acquisition de compétences, la formation des équipes et des instructeurs aux théories de l'apprentissage. Certains auteurs se sont aussi intéressés à la possibilité de recourir à la simulation en tant qu'activité de substitution de certains terrains de stage ou activités cliniques, dont la capacité à influencer les apprentissages, appréciée par les résultats des étudiants aux examens, semblait faible ou inexistante (Watson et al. 2012).

Le recours à la simulation dans les dispositifs de formation des professionnels semble ainsi inéluctablement appelé à se développer et des revues récentes en confirment l'intérêt en tant que ressource permettant de mieux traiter certains problèmes éducatifs (gestion de l'erreur médicale, sécurité du patient, entraînement des équipes professionnelles en santé, substitution à des ressources moins efficaces ou peu accessibles, par exemple) (Cook et al. 2011). Il faut cependant garder à l'esprit que, en tant que soutien aux apprentissages en profondeur et à la pratique réflexive, la pertinence du dispositif pédagogique, au regard des principes de l'apprentissage et du développement professionnel est une caractéristique plus essentielle que les possibilités techniques des outils de simulation. Une revue récente confirme ainsi que le recours à des techniques de simulation de haute-fidélité n'apporte, en soi, aucun bénéfice tangible sur les apprentissages des étudiants par rapport à l'utilisation de matériel à basse fidélité (Norman, Dore & Grierson, 2012). Pédagogiquement parlant, l'un des intérêts majeurs du recours à la simulation réside ainsi sans doute dans la capacité qu'il offre de développer des interventions pédagogiques cohérentes avec les modèles du compagnonnage cognitif (Collins, Brown & Newman, 1989), celui de la pratique délibérée et intentionnelle (Ericsson, 2004 ; McGaghie, Issenberg, Cohen, Barsuk & Wayne, 2011), dans la perspective plus large de l'enseignement

et de l'apprentissage contextualisés authentique (Bédard, Frenay, Turgeon & Paquay, 2000). Il est à cet égard cohérent de constater que les plus récents cadres conceptuels proposés cherchent expressément à favoriser l'intégration des activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation (Ellaway, Kneebone, Lachapelle & Topps, 2009).

5 CONCLUSION

Énoncées parfois de manière purement rhétorique, les notions d'apprentissage en profondeur et de pratique réflexive sont aujourd'hui explicitées au regard de plusieurs cadres conceptuels appropriés, issus de travaux de recherche conduits dans de nombreux champs scientifiques. Ces cadres fournissent des orientations particulièrement pertinentes et fécondes pour aider une communauté enseignante à élaborer des hypothèses de solutions opérationnelles, lorsqu'il s'agit de mettre en place des dispositifs curriculaires et pédagogiques dédiés au développement de l'expertise professionnelle en santé.

Le courant dit de la pédagogie active fait référence aux activités d'enseignement et d'apprentissage, aux méthodes d'intervention et aux procédés qui créent les conditions favorables à un engagement et à une persévérance des étudiants dans de tels apprentissages et qui les orientent vers de telles finalités. Sauf à les dénaturer de façon réductrice, il faut considérer qu'elles doivent se caractériser davantage par les principes pédagogiques qui les sous-tendent et par les activités socio-cognitives qu'elles permettent de susciter que par un recours orthodoxe à des formats d'intervention ou à des outils spécifiques.

Les dispositifs curriculaires et pédagogiques qui se réclament du courant de la pédagogie active, et qui recourent aux méthodes qu'il inspire, impliquent un engagement important à la fois de la part des étudiants et de celle des formateurs ; faute d'un accompagnement adéquat des uns et des autres, de tels dispositifs peuvent se révéler fragiles. Quels qu'en soient le support et le contexte, l'apprentissage en profondeur et signifiant, ainsi que l'exercice de la réflexivité, sont en effet des activités exigeantes pour les étudiants, tout comme l'est le rôle qui consiste, de la part des enseignants, à leur apporter la supervision nécessaire pour qu'ils y réussissent. Si tels sont bien les objectifs des uns et des autres, le temps à y consacrer est, en tout état de cause, une dimension irréductible dont il faut prendre toute la mesure.

Chapitre 2

Évaluer les apprentissages dans la formation des professionnels de la santé

*Jean-Marie DE KETELE**

1 ET SI L'ON PARTAIT DES PRATIQUES

Une longue expérience m'a appris que l'on ne peut jamais être sûr d'avoir compris en profondeur un objet de connaissance si l'on se contente de l'approcher sur le seul plan théorique ou sur le seul plan de la pratique. Elle m'a appris aussi qu'une démarche de formation qui veut conduire au professionnalisme aboutissait à de meilleures performances sur le terrain si elle était inspirée du paradigme « pratique / théorie / pratique » (P / T / P) et non simplement du paradigme « théorie / pratique » (T / P : concrètement, la théorie puis l'illustration ; ou les cours théoriques puis les stages). Le paradigme P / T / P ne signifie pas nécessairement de commencer par des stages, suivis de cours théoriques et de nouvelles périodes de stages mais suppose surtout de commencer par identifier, décrire et analyser des pratiques, pour ensuite s'apercevoir que l'on a besoin de procéder à une théorisation et à une conceptualisation, jugées nécessaires pour une meilleure connaissance

* Université catholique de Louvain (Belgique)
Université Cheikh Anta Diop, Dakar (Sénégal), Chaire UNESCO en sciences de l'éducation

des problèmes posés et des processus de résolution plus efficaces, et enfin essayer de mobiliser et de transférer les acquis sur d'autres situations.

Quand il s'agit de l'évaluation comme objet de connaissance, on peut faire un double constat : les formations (dans le domaine de la santé ou ailleurs) l'abordent peu, voire pas du tout ; si elles l'abordent, c'est le plus souvent sur la base d'un paradigme T / P. C'est pourquoi nous tenons beaucoup à commencer ce chapitre par extraire de divers dispositifs d'évaluation un certain nombre de pratiques, choisies avec le dessein de générer un besoin de théorisation et de conceptualisation.

Personne ne contestera qu'à un certain moment de la formation du personnel de santé, des questions d'évaluation du type suivant (que nous appellerons par nécessité d'exploitation plus loin : extrait 1) portent sur des acquis fondamentaux :

- « Situer sur une carte muette les organes indiqués par une flèche ».
- « Énoncer les comportements adéquats à adopter vis-à-vis d'une mère de famille qui amène au service d'urgence son enfant gravement brûlé ».

Tout aussi fondamentaux sont les exemples de tâches suivantes à un certain moment de la formation (extrait 2) :

- « Calculer le dosage d'une injection spécifique donnée, dont les paramètres vous sont fournis ci-dessous ».
- « Écrire les références de votre mémoire (ou d'un rapport) en respectant les règles convenues dans votre institution ».

Quelque peu différentes de l'extrait précédent sont les tâches suivantes où l'étudiant(e) se trouve dans un service hospitalier où il a accès aux dossiers des patients qu'il a en charge (extrait 3) :

- « Préparer le dosage d'une injection spécifique donnée pour le patient X appartenant au service Y ».
- « Valider l'hypothèse selon laquelle le poids de l'enfant X ne serait pas conforme à son âge ».

Dans les tâches suivantes, l'étudiant se trouve en situation mais on ne lui donne pas directement la tâche à effectuer, il doit la découvrir après analyse de la situation (extrait 4) :

- « Vous avez en votre possession le dossier du malade. Suite à un malaise, le patient vous appelle. Qu'allez-vous faire ? » (il s'agit en fait de faire une injection bien spécifique). »
- « Après consultation des dossiers de deux enfants de même âge, donnez les indications nécessaires pour les repas de ces enfants » (ces enfants sortent des normes de développement). »

Le ou la responsable des stagiaires fait et note les observations suivantes lors d'une visite de supervision (extrait 5) :

« Chaque fois que Pierrette est au service d'urgence et qu'elle doit accueillir une maman angoissée parce que son enfant se trouve gravement blessé, elle est dépassée par les événements, contrairement à Jacqueline ».

« Dès qu'il a la moindre difficulté, Xavier demande à l'infirmière chef ce qu'il doit faire ».

Dans le cadre d'une formation du personnel de santé, on demande fréquemment des tâches, telles les suivantes (extrait 6) :

« Faire une enquête auprès d'une famille dont certains membres sont fréquemment hospitalisés ».

« Rédiger un portfolio de nature méta-réflexive ».

Lorsque l'on soumet à un groupe de personnes en formation ces types d'extraits, on récolte de nombreux commentaires intéressants comme : « tous les extraits ne sont pas de même niveau de complexité », « certaines tâches sont de l'ordre de la connaissance, d'autres sont des savoir-faire, d'autres encore sont de l'ordre des attitudes » ... De nombreux étudiants font référence à des concepts qu'ils ont entendus ou lus, comme : « connaissances déclaratives », « connaissances procédurales », « résolution de problèmes », « applications », « études de cas », « projet »... Mais, si tous ces commentaires sont intéressants et exploitables par le formateur, on identifie rarement un cadre conceptuel cohérent qui puisse servir de référence pour la suite de la formation. C'est là qu'intervient le besoin d'un temps de conceptualisation.

2 ET SI L'ON CONCEPTUALISAIT

La conceptualisation se base sur la comparaison des caractéristiques qui différencient les extraits et sur la tentative de donner du sens à chacun d'entre eux. Dans ce cas, il est particulièrement important de s'attacher aux démarches requises pour effectuer chaque type de tâches plutôt que de s'attacher au seul produit.

Ainsi, la confrontation des deux premiers extraits amène les étudiants à dire que le premier consiste à savoir redire ou à se remémorer une connaissance enseignée ou lue ou recherchée dans un ouvrage de référence, tandis que le deuxième demande à appliquer une démarche apprise. La confrontation entre le deuxième et le troisième extrait permet de voir que ces tâches sont chaque fois des applications mais que, dans le troisième extrait les données nécessaires à l'application ne sont pas directement données dans l'énoncé de la tâche (il faut les rechercher parmi un ensemble

d'informations disponibles), alors que dans le deuxième elles sont présentées comme des données à prendre en considération. On connaît d'ailleurs la propension des étudiants à vouloir utiliser à tout prix toutes les informations données dans un énoncé, même celles qui ne sont pas pertinentes, parce qu'ils ont eu l'habitude de recevoir des énoncés entièrement fermés. C'est pourquoi, il nous semble important de distinguer des applications fermées (scolaires comme certains disent) et des applications habillées ou contextualisées, qui demandent de distinguer ce qui est pertinent de ce qui ne l'est pas, compte tenu de la tâche demandée.

Avec l'extrait 4, on passe à un niveau de complexité supérieure car, contrairement à l'extrait 3 où il s'agit d'appliquer une démarche apprise pour exécuter une tâche explicitée avec des données fournies dans l'énoncé, l'étudiant se trouve face à une situation dont le problème n'est pas nécessairement circonscrit et qui nécessite une analyse pour déterminer à la fois ce qu'il faut mobiliser et la manière de le faire pour tenter de résoudre le problème. Si, dans certains cas, le problème peut avoir une réponse unique, il existe bien des situations où plusieurs processus de résolution et plusieurs réponses existent ; en matière de problème de santé, c'est même quasiment la règle. Même si, dans les deux cas (extrait 3 et 4), il existe une situation contextualisée, on n'est plus dans le domaine de l'application mais dans celui d'une résolution de problème ; trop d'enseignants confondent encore application et problème à résoudre.

Avec l'extrait 5, les étudiants se rendent vite compte que l'on est dans un autre registre, tant dans la forme de l'extrait que du fond. Les concepts d'attitude et de savoir-être sont souvent évoqués mais ils éprouvent de grandes difficultés à les conceptualiser. S'ils se rendent compte qu'il s'agit de comportements observés par l'évaluateur (mais n'est-ce pas aussi le cas du calcul du dosage d'une injection ?), ils ne détectent pas vite que les mots clés de ces extraits sont « chaque fois que » et « dès qu'il a la moindre difficulté » ; ces expressions indiquent que ce sont des comportements passés dans l'habitude intériorisée de la personne et qui caractérisent profondément son agir et son être. On est bien dans le registre du « savoir-être en situation authentique » ; il s'agit bien d'un savoir-faire (adopter les comportements adéquats en situation) mais qui est passé dans une habitude intériorisée désormais spontanée : beaucoup d'étudiants sont « capables de » mais « ne prennent pas spontanément l'habitude de ». Si le savoir-faire peut être évalué par une observation ponctuelle, le savoir-être nécessite des observations répétées.

Dans l'extrait 6, réaliser de façon autonome une enquête ou rédiger un portfolio sont évidemment des tâches encore plus complexes et qui impliquent de mobiliser de nombreuses ressources : des connaissances, des savoir-faire simples – de l'ordre de l'application – ou complexes – de l'ordre de la résolution de problèmes et des savoir-être. Il s'agit de

« macro-compétences » qui intègrent de nombreuses ressources (extraits 1, 2 et 3), capacités (extrait 4) et savoir-être (extrait 5). Ce genre de tâches sont des objectifs à poursuivre dans la durée et que l'on peut très justement appeler « objectifs continués d'intégration » (Cf. chapitre 1, section III : « Développer une ingénierie de la professionnalisation et des compétences dans les organisations de santé : l'exemple d'un référentiel de compétences en kinésithérapie »).

Sur le terrain de la pratique et dans de nombreux ouvrages, de nombreuses dénominations sont utilisées pour désigner les différents niveaux de complexité des acquis de l'apprentissage, ce qui montre qu'il n'existe pas de conceptualisation ni de terminologie unanimement arrêtées. C'est pourquoi, dans le tableau synthèse suivant, nous indiquons dans la dernière colonne les termes les plus fréquemment utilisés par les uns et les autres. Ce qui compte à nos yeux n'est pas le « jargon » employé mais ce à quoi ils se réfèrent, que nous consignons dans les colonnes précédentes

Tableau 1. Les niveaux de complexité des acquisitions des étudiants pendant et à l'issue d'une formation

Extraits	Démarches requises	Explicitations	« Jargon »
1	Savoir restituer fidèlement.	Reconnaître un « objet », nommer, définir, énoncer... refaire un geste ou un ensemble de gestes coordonnés.	« Connaissance » « Connaissance déclarative » « <i>Savoir restituer</i> ».
2	Savoir appliquer une démarche (algorithme, règle, procédure).	Appliquer hors contexte une démarche apprise (l'énoncé indique la démarche à appliquer et toutes les données sont présentes).	« Connaissance procédurale » « Habileté » « Applications scolaire » « Application académique » « Application fermée » « <i>Savoir-faire de base hors contexte</i> ».
3	Savoir appliquer une démarche (algorithme, règle, procédure) dans un contexte.	Appliquer une démarche dans une situation authentique, mais la démarche à appliquer est indiquée et toutes les données sont disponibles.	« Application habillée » « <i>Savoir-faire de base en contexte</i> ».

Extraits	Démarches requises	Explicitations	« Jargon »
4	Savoir mobiliser les savoirs et savoir-faire de base pertinents dans une situation problème.	Mobiliser les savoirs et savoir-faire de base dans un contexte qui ne mentionne pas les savoirs et savoir-faire à mobiliser, ce qui demande une analyse de la situation problème.	« Savoir-faire complexe » « Tâche complexe » « Résolution de problème » « Traitement de la situation » « <i>Compétence</i> ».
5	Se comporter et adopter des attitudes qui sont passés dans l'habitude intériorisée.	Des savoir-faire appris passent dans l'habitude intériorisée et sont des signes du système de valeurs de la personne.	« Comportements » « Attitudes » « Posture » « <i>Savoir-être</i> ».
6	Se mettre en projet, concevoir le projet, le réaliser, l'ajuster, le communiquer, le défendre.	Identifier toute une série de ressources, de compétences et de savoir-être pour réaliser un projet et le défendre.	« Projet » « Chef d'œuvre » « <i>Savoir-devenir</i> ».

Dans ce premier essai de conceptualisation, on retrouve la plupart des concepts utilisés dans la littérature sur le sujet. Ainsi, on y retrouve la triade connaissance « déclarative / procédurale / conditionnelle », la triade « connaissance / habileté / attitude » ou encore la triade « savoir / savoir-faire / savoir-être ». Mais la confrontation de ces triades au tableau 1 montre qu'aucune de ces triades ne couvre l'ensemble des extraits (exemple : la savoir-devenir qui relève du projet ne peut être comparé à des applications ou à des connaissances procédurales simples). Une lecture du tableau met aussi en évidence, notamment à travers la distinction entre les extraits 2 et 3, l'importance d'introduire la dimension contextuelle avec ses trois grandes modalités : (i) pas de contextualisation, (ii) contextualisation par une situation (si possible authentique) rapportée, (iii) contextualisation par une mise en situation authentique réelle (comme dans le cadre d'un stage en responsabilité). Ainsi, les extraits 1 et 2 ne sont pas contextualisés ; les extraits 3 et 4 sont contextualisés grâce à des situations rapportées ou simulées ; les extraits 5 et 6 supposent que la personne soit placée dans une situation authentique.

Une autre distinction importante, de plus en plus fréquente dans la littérature (voir, par exemple, Jouquan, 2002) est jugée essentielle dans l'approche par compétences intégrée (APCi) présentée dans cet ouvrage.

C'est celle qui relève des domaines : (i) cognitif, (ii) psychomoteur ou opératif, (iii) psycho-affectif (domaine où il nous paraît important d'expliciter la dimension émotionnelle, comme le soulignent Parent et al. (2012)), (iv) méta-cognitif ou réflexif (que les études sur la formation et le développement professionnels jugent important). Le tableau 1 n'est pas contradictoire avec une typologie selon des domaines, mais trop de personnes assimilent trop facilement les domaines à des démarches (exemple : le savoir-redire relèverait uniquement du domaine cognitif), alors que les domaines relèvent de l'objet et que chacun d'entre eux peut être travaillé à différents niveaux de démarches comme essaie de le montrer le tableau 2¹.

Tableau 2. Croisement entre les démarches et les niveaux d'une activité d'évaluation des apprentissages

DÉMARCHES	DOMAINES			
	COGNITIF	PSYCHOMOTEUR	PSYCHO-AFFECTIF	MÉTA-COGNITIF
Savoir-redire (connaissance déclarative)	Énoncer les composantes d'une injection X.	Énoncer les étapes nécessaires pour réaliser le soin X.	Énoncer les comportements (communication ou émotion) à adopter face à une situation X.	Énoncer les étapes de la démarche réflexive selon Kolb.
Savoir-faire (habileté, capacité)	Calculer les dosages d'une injection X.	Démontrer sa capacité à réaliser une injection X (dosages et injection).	Démontrer sa capacité à manifester les comportements adéquats face à une situation X.	Démontrer sa capacité à analyser une situation vécue en utilisant la démarche réflexive de Kolb.
Savoir-être (habitude intériorisée, disposition comportementale)	Prendre l'habitude de se référer aux connaissances acquises.	Prendre l'habitude d'exécuter les gestes techniques avec précision et soin.	Prendre l'habitude d'adopter les comportements adéquats face à un certain type de situations.	Prendre l'habitude d'analyser les situations problèmes de sa pratique.
Savoir-devenir (projet inédit)	Mener un projet en recourant de façon intégrée aux différents types de démarches et aux différents types de domaines.			

2. Le croisement du tableau 2 est une première façon de répondre à certaines ambiguïtés dénoncées par Guibert (2001) dans son article sur l'ensorcelante ambiguïté de « savoir-être et savoir-faire ».

Il importe de souligner, dans le cadre de l'APCi, l'importance du processus d'intégration tant des différents types de démarches que des différents domaines et des différentes modalités de contextualisation². Fort de cette conceptualisation construite de façon participative avec l'appui du formateur comme personne ressource, l'étudiant est alors amené à construire un éventail de tâches évaluatives dans différents champs de la santé. Il a parcouru un processus obéissant au paradigme P / T / P qui donne sens à ses acquis.

3 ÉVALUER QUOI, QUAND, POUR QUOI ET COMMENT ?

Il est bon de rappeler quelques évidences trop souvent oubliées :

- la formation et les apprentissages qui la composent sont des processus qui s'inscrivent dans la durée mais sont balisés sur le plan organisationnel par des moments forts : la décomposition en années d'études, des moments plus spécifiquement réservés à l'apprentissage proprement dit, d'autres à des certifications intermédiaires, d'autres encore à la certification finale en vue du diplôme professionnel.
- Les acquis, non seulement ne sont pas de même complexité, mais obéissent à certaines relations hiérarchiques : ainsi, les connaissances physiologiques ou les connaissances relatives aux produits entrant dans des injections (extrait 1) sont nécessaires pour exécuter certains savoir-faire de base comme le calcul des composantes d'une injection hors contexte (extrait 2) ou en contexte (extrait 3) ; la résolution de problèmes ou l'effectuation de tâches complexes (que ce soit des études de cas ou l'exercice du métier, comme dans les extraits de niveau 4) nécessitent la mobilisation de ces connaissances et de ce savoir-faire de base et la maîtrise de ceux-ci ne signifie pas nécessairement que l'étudiant est capable de les mobiliser en situation ; l'adoption des savoir-être n'est pas possible si au départ la personne n'est pas capable de mettre en œuvre le comportement, puisque le savoir-être (extrait 5) est l'adoption spontanée et régulière en situation d'un comportement appris ; la mise en projet et sa réalisation (extrait 6) supposent l'identification et l'intégration de nombreuses connaissances, savoir-faire et savoir-être de façon cohérente et originale.

2. Notons que le croisement de ces différentes dimensions mérite un travail plus fouillé. Ainsi, Parent et al. (2012) faisant référence aux compétences émotionnelles, croisent les démarches précitées dans le tableau 2 (connaissance déclarative, habileté ou capacité, disposition en situation) avec deux autres dimensions : (1) les démarches plus fines d'identification, de compréhension, d'expression, de régulation et d'utilisation ; (2) la cible de la compétence émotionnelle, soi ou autrui. On peut évidemment faire le même travail pour d'autres types de compétences, comme ont tenté de le faire de nombreux taxonomistes. Ceci est une seconde façon de répondre aux ambiguïtés dénoncées par Guibert (2001).

- Si tous ces niveaux d'acquisition sont nécessaires dans une formation de nature professionnalisante, ce qui compte en fin de course réside dans la maîtrise de derniers niveaux ; la maîtrise des ressources (extrait 1 à 3) ne suffit pas pour former un professionnel.

Ces évidences posent la question de la répartition des différents niveaux d'acquisition (le quoi ?) dans le temps (le quand ?). Cela est vrai, non seulement pour gérer l'apprentissage, mais aussi le dispositif d'évaluation dans ses différentes fonctions (le pour quoi ?) et démarches (le comment ?). Ici encore, nous avons besoin d'une théorisation adéquate pour résoudre concrètement ces problèmes.

Dans différents écrits, De Ketele (2010) a tenté de montrer les apports des travaux sur l'évaluation à travers les dernières décennies mais aussi les confusions qui subsistent et les dérives qui en découlent. Parmi les clarifications à apporter, la plus connue est la distinction entre évaluation formative (ce qui est de l'ordre de la fonction) et l'évaluation sommative (qui est de l'ordre de méthode). De cette analyse, il ressort qu'il faille identifier et croiser trois fonctions et trois démarches principales de l'évaluation.

La fonction la plus connue et la plus étudiée est sans aucun doute celle relative à la nécessité requise par l'institution (les autorités responsables de la formation) et les bénéficiaires (étudiants, parents et professionnels) de valider les acquis de la formation. Nous l'appellerons la fonction de *certification*. Elle devrait essentiellement porter sur la maîtrise des compétences professionnelles visées au terme d'une période donnée de formation ; la certification en vue de l'attribution d'un diplôme devrait quant à elle porter sur les compétences terminales de la formation qui, en principe, sont de l'ordre des macro-compétences, intégrant un maximum de ressources, de compétences et de savoir-être indispensables au métier et permettant de continuer le processus de développement professionnel tout au long de la vie.

Une seconde fonction a émergé sur le plan scientifique avec les travaux de Scriven (1967), de Bloom & al. (1971) et les travaux de l'Association pour le développement des méthodologies de l'évaluation en éducation dès les années 70 (voir le livre collectif : Allal, Cardinet & Perrenoud, 1978). Elle est désormais très justement appelée *évaluation formative* et a pour fonction d'améliorer l'apprentissage en cours (donc non encore entièrement achevé). L'évaluation formative sert donc directement l'apprentissage en train de se faire et permet de prendre deux grands types de décisions en interaction : des décisions qui concernent directement le comportement de l'apprenant et des décisions qui concernent directement le comportement du formateur ou la modification de l'environnement de l'apprentissage. Les travaux actuels de chercheurs britanniques (Stobart, 2011) dénoncent une série de dérives dans la compréhension

et dans les pratiques de l'évaluation formative : elles restent beaucoup trop des évaluations des apprentissages et pas assez des évaluations pour l'apprentissage.

Une troisième fonction, trop négligée actuellement malgré l'insistance que Bloom lui a accordé en avançant le concept d'évaluation diagnostique, porte sur l'évaluation qui précède la mise en œuvre d'un processus de formation ou d'une nouvelle période de formation ou d'une nouvelle séquence d'apprentissage. Il s'agit de faire porter l'évaluation sur ce qui permet au formateur de préparer ces nouvelles actions avant de les mettre en œuvre. L'évaluation des prérequis (encore faut-il les avoir identifiés de façon pertinente) à maîtriser avant de commencer la nouvelle action ou les leçons que tire le formateur sur la base de ses expériences antérieures sont deux des objets clés d'une telle évaluation. Il s'agit de *l'évaluation d'orientation*, terme plus adapté que celui d'évaluation diagnostique, car le diagnostic caractérise autant l'évaluation formative que l'évaluation d'orientation.

Nous sommes donc en présence de trois fonctions importantes qui balisent trois moments forts de toute formation : la préparation de l'action, l'amélioration de l'action en cours et l'évaluation institutionnelle des acquis de l'action. Mais quelles démarches faut-il utiliser pour ces trois fonctions ?

La seule démarche pratiquée, malheureusement, par la plupart des formateurs évaluateurs est la *démarche sommative*³. Elle consiste à faire des sommes (ou des soustractions), au sens arithmétique du terme, éventuellement pondérées, des scores obtenus à partir des différentes composantes du dispositif d'évaluation (nombre de questions réussies, nombre de critères satisfaits, nombre d'indicateurs présents ; plus largement, sommes des parties d'une épreuve ou somme des scores obtenus sur des disciplines différentes ou sommes ou moyennes des résultats trimestriels...). Il est bon de rappeler que, plus on agrège de nombreux éléments dans la somme, plus on perd le sens de ce qui la compose, plus la perte d'information est grande (Schuwirth & van der Vleuten, 2006). Faut-il aussi se remémorer les nombreux biais mis en évidence par les travaux docimologiques. Se souvient-on que les opérations d'addition et de soustraction nécessitent que l'échelle de notation obéisse aux caractéristiques d'une échelle d'intervalles égaux (la distance entre 1 et 2 sur 20 est égale à la distance entre 19 et 20 sur 20 ou de tout autre intervalle de 1 point, ce qui est vrai de l'échelle mathématique, mais pratiquement jamais de l'échelle de perfor-

4. Sur ce point, il faut à nouveau faire le constat d'une variabilité terminologique puisque, alors que nous l'utilisons ici pour désigner une démarche méthodologique, le même terme est parfois utilisé pour désigner la fonction certificative de l'évaluation, la locution anglaise « *summative evaluation* » étant souvent traduit en français par « évaluation certificative », indépendamment du fait que les informations prises en compte fassent l'objet d'un traitement quantitatif ou qualitatif.

mances). De telles sommes (les notes, communément confondues avec les scores) ne sont donc toujours que des estimations, plus ou moins fiables lorsqu'il s'agit de connaissances ou de savoir-faire élémentaires (auquel cas le postulat de l'équivalence de ceux-ci peut encore être tenu pour acceptable) mais de moins en moins valides et fiables lorsque les objets évalués se complexifient. Il est donc difficile d'évaluer par une démarche sommative – au sens métrologique – des compétences, des savoir-être, des projets, puisque ceux-ci sont par nature multi-dimensionnels, alors que l'échelle des notes est par définition unidimensionnelle (voir la démonstration faite par De Ketele & Gerard, 2005 ; Cf. aussi le chapitre 1, section IV : « Promouvoir les pédagogies actives comme soutien à la pratique réflexive et à l'apprentissage en profondeur »).

Préconisée par ceux qui ont conscience des dérives de la démarche sommative et qui sont soucieux de disposer d'un maximum d'informations pertinentes pour conduire des évaluations formatives ou d'orientation, la seconde démarche est *descriptive* : il s'agit d'identifier et de décrire les objets de l'évaluation : les acquis maîtrisés, les difficultés rencontrées, les procédures heureuses ou malheureuses, les conditions favorables pour tel type d'apprentissage... Des commissions ou des agences de certification la recommandent également pour la certification en utilisant des arguments, tels : les employeurs savent qu'une même note pour deux candidats différents ne signifie pas le même profil de compétences et ils préfèrent donc un certificat mentionnant et décrivant les compétences certifiées maîtrisées. Ce n'est pas souvent le cas dans le système éducatif traditionnel où surtout les parents préfèrent des bulletins avec des notes et une moyenne générale qui classent les élèves, plutôt que des bulletins descriptifs (voir sur ce sujet les études canadiennes de Bélair et Dulude, 1984, ainsi que celle de Paradis, 1992, ainsi que les débats actuels en France sur l'usage des notes). Ce débat renvoie de fait à une autre distinction classique entre évaluation dite à « interprétation normative » et évaluation dite à « interprétation critériée ». La première renvoie à une démarche sommative qui vise à produire un score ou une note permettant de situer l'un étudiant (ou un pays dans les classements internationaux, tels ceux du Programme for international student assessment – PISA) par rapport à un groupe d'étudiants (ou de pays). La seconde, faite à partir d'informations quantitatives (démarche sommative) ou qualitatives (démarche descriptive), situe l'étudiant par rapport à une norme de performance sans référence aux autres étudiants. Quoiqu'utile, car mettant en évidence deux conceptions différentes de l'évaluation et plus largement de l'éducation (la sélection à travers le classement par rapport à une norme de population pour la première ; la maîtrise des tâches requises par rapport à une norme critériée pour la seconde), cette distinction est discutable sur un plan terminologique pour au moins deux raisons : (i) elles sont toutes les deux normatives (les normes

sont évidemment différentes) et critériées (on ne peut évaluer sans critères (explicites ou implicites) ; (ii) on peut retrouver les deux types d'interprétation dans chacune des fonctions, même s'il est vrai que l'interprétation critériée se révèle plus informative pour l'évaluation formative et la plupart des évaluations d'orientation (ce qui semble aller facilement de soi), et même pour l'évaluation certificative si l'on veut être informé de ce qui est certifié et comment.

Les derniers développements sur l'évaluation (Jorro, 2007 ; De Ketele, 2010) réactualisent une démarche inspirée des travaux piagétiens. Il s'agit de la démarche « clinique » ou encore « herméneutique » ou encore « *interprétative* ». Elle consiste à relever une série d'indices divers (qualitatifs ou/et quantitatifs) qui mis ensemble de façon cohérente permettent de donner du sens à l'objet évalué (tout objet est situé dans l'espace et le temps) et de justifier les décisions prises au terme du processus évaluatif, que ce soit pour orienter l'action, l'améliorer ou en certifier les résultats. L'attribution du sens et le processus de justification sont au cœur de la démarche interprétative. Comme le soulignent van der Vleuten et Schuwirth (2005), l'évaluation des compétences professionnelles dans le monde médical requiert tant une information quantitative et qualitative qu'un jugement professionnel, mais suppose aussi que l'on s'interroge sur les problèmes de validité et de fiabilité posés par le dispositif d'évaluation.

Le croisement de ces trois fonctions et de ces trois démarches permet d'évoquer neuf catégories de dispositifs d'évaluation (tableau 3).

Tableau 3. Le croisement des fonctions et des démarches : quelques exemples

Fonctions → Démarches ↓	Orientation Préparer une nouvelle action	Régulation Améliorer une action en cours	Certification Certifier le résultat d'une action
Sommativie Mettre une note	Ex. 1 : Attribuer une note à un test de prérequis. Ex. 2 : Analyser l'évolution des profils de notes d'une année antérieure pour préparer l'année suivante.	Ex. 1 : Attribuer une note à une interrogation en cours d'apprentissage sur un des aspects de la matière. Ex.2 : Noter sur 10 points un « quizz test » de 10 questions de compréhension d'une fonction donnée.	Ex.1 : Attribuer une note à un portfolio. Ex.2 : Noter en fin d'année un test composite (ressources, compétences).

Fonctions → Démarches ↓	Orientation Préparer une nouvelle action	Régulation Améliorer une action en cours	Certification Certifier le résultat d'une action
Descriptive Identifier et décrire	Ex.1 : Identifier parmi 10 prérequis ceux qui sont déjà maîtrisés par un étudiant. Ex.2 : Identifier dans les questions d'examen de l'an dernier les questions qui posent problème.	Ex.1 : Repérer dans la classe les étudiants qui n'ont pas réussi un exercice individuel. Ex.2 : Organiser un test diagnostique sur un apprentissage important pour repérer les démarches erronées communes à un sous-groupe d'étudiants.	Ex.1 : Remplir un bulletin descriptif (cocher dans une liste d'objectifs ceux qui sont atteints de façon stable). Ex.2 : Rédiger un certificat mentionnant et décrivant les compétences acquises lors de la formation.
Interprétative Donner sens	Ex. 1 : Orienter un étudiant vers un lieu de stage sur la base de nombreux indices (résultats, observations, entretien). Ex.2 : Analyser finement en début d'année un premier stage en vue de préparer les premières séquences de formation.	Ex.1 : Observer et analyser les productions des étudiants pendant une séquence de travail individuel en classe. Ex.2 : Analyser les résultats d'un test diagnostique à la lumière d'une analyse de la façon dont les séquences d'apprentissage antérieures ont été réalisées.	Ex.1 : Préparer une délibération sur la base d'un portfolio des productions significatives de ses étudiants. Ex.2 : Certifier le passage à une année supérieure, non seulement sur la base des notes obtenues en fin d'année, mais en tenant compte d'autres indices pertinents.

Un regard analytique des composantes de ce tableau nous permet de dégager un certain nombre de conclusions en référence à une formation qui se veut professionnalisante.

4 LA FORMATION ET L'ÉVALUATION : UNE QUESTION DE « FAMILLES » ET D'« INTÉGRATION »

Les métiers de la santé s'exercent dans différents lieux plus ou moins importants pour la formation selon les pays : hôpital aux nombreux services, hôpital de brousse, maison médicale, cabinet privé, à domicile, institutions

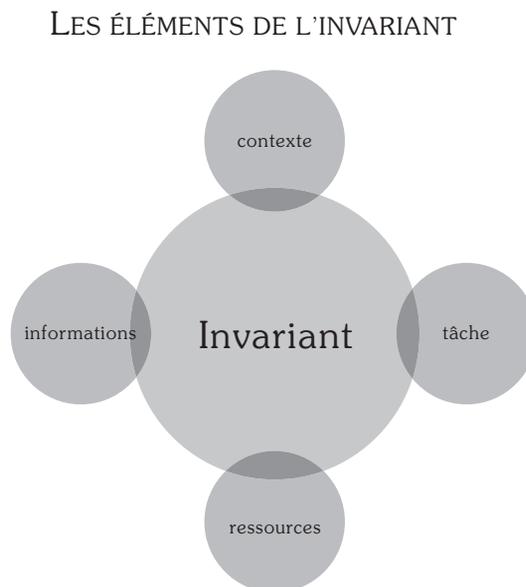
de prévention ou d'éducation à la santé... Ces lieux ou champs d'exercice du métier se caractérisent par la confrontation à des situations problèmes spécifiques et d'autres qui sont communes à plusieurs champs. Clarifions ce concept de situation problème. Deux composantes la caractérisent et chacune d'elles comprend deux éléments :

- une situation complexe, c'est-à-dire :
 - un contexte
 - un ensemble d'informations
- une tâche complexe, c'est-à-dire :
 - un problème à analyser
 - un processus de résolution débouchant sur un produit.

Les situations complexes et les tâches complexes sont nombreuses. L'inventaire complet est d'ailleurs difficile à dénombrer, d'autant plus que le métier évolue. Il est donc impossible de les prendre toutes en compte dans le processus de formation et, à plus forte raison, dans l'évaluation. Heureusement, certaines d'entre elles ont cependant des points communs. C'est ici que le concept de famille de situations problèmes entre en jeu. Une première façon de voir les choses serait de considérer une même famille comme un ensemble situations problèmes : (i) de niveau de difficulté plus ou moins équivalent et (ii) qui sollicitent les mêmes macro-capacités et capacités. À l'examen de la réalité, on doit bien constater que deux situations problèmes ne sont jamais strictement équivalentes, ni objectivement ni subjectivement. Par ailleurs, une même formulation de compétence peut correspondre à des niveaux de difficulté radicalement différents selon les étapes de la formation, répondant respectivement à une très grande complexité dans les premières étapes de la formation ou à une pratique devenue ensuite relativement aisée par la rencontre fréquente de telles situations et grâce au caractère intégratif des situations problèmes rencontrées au fil de la formation (comme le montrent très bien les études comparant des novices et des experts).

Une seconde façon de voir les choses est de considérer qu'une famille de situations problèmes regroupe des situations : (i) caractérisées par un même invariant mais (ii) par des habillages différents. L'invariant est l'ensemble structuré des caractéristiques communes incontournables de toutes les situations problèmes de la même famille et qui permettent de dire qu'elles ont un socle commun de niveau plus ou moins équivalent. Par contre, l'habillage comprend tout ce qui permet de générer des situations apparemment différentes, mais cependant de même niveau car de même invariant. La figure 1 représente cette façon de voir les choses.

Figure 1. Représentation d'une famille de situations problèmes en tant qu'invariant enrichi d'habillages différents



On peut illustrer comme suit les éléments de l'invariant des situations problèmes d'une même famille :

- le type de contexte
 - par exemple : hôpital versus service de santé de brousse
 - par exemple : curatif versus préventif
- les informations fournies ou non fournies
 - par exemple : les antécédents sont ou ne sont pas donnés
 - par exemple : le problème est énoncé versus il est à découvrir
- le type de tâche demandée
 - par exemple : faire un diagnostic impliquant le seul médecin versus faire un diagnostic impliquant plusieurs autres médecins
 - par exemple : faire un bilan pour soi versus rédiger un rapport pour une instance donnée
- les ressources à mobiliser et leur combinaison
 - par exemple : les ressources cliniques classiques (température, auscultation, palpation, entretien...) versus les ressources cliniques classiques + les examens techniques
 - par exemple : besoin ou non de rechercher de l'information.

Notons avec insistance que les éléments de l'invariant ne sont pas strictement indépendants. Ainsi, à un niveau intermédiaire de formation, l'hôpital ou, au contraire, le service de brousse constituent chacun un contexte différent qui peut amener des informations, des tâches et des ressources spécifiques à mobiliser ; à ce niveau de formation, cela conduit à considérer deux familles différentes de situations problèmes, car deux macro-capacités différentes. Par contre, à un niveau terminal de formation, ces différences feront partie sans doute de l'habillage et non de l'invariant, car nous sommes en présence d'une même macro-compétence très englobante.

Cette façon de voir est inspirée de deux sources de travaux. Les études sur les différences entre les novices et les experts (Dreyfus, 1992) ont bien montré que les premiers éprouvent beaucoup de difficultés à faire face à des situations et des tâches complexes et à distinguer les éléments d'habillage et la structure invariante à prendre en considération, tandis que les seconds les repèrent très rapidement. D'autre part, les travaux sur l'intégration (De Ketele & Roegiers, 1993 ; Roegiers, 2011) montrent qu'à l'image des phénomènes biologiques, les situations problèmes et les acquisitions s'intègrent et s'emboîtent les unes dans les autres : complexes au départ, elles deviennent des éléments relativement simples dans une structure plus complexe.

Quelles sont les implications de cette façon de voir pour la formation et l'évaluation ? L'important n'est pas la profusion de familles de situations problèmes, mais le besoin d'une vision claire qui se caractérise par les exigences suivantes :

- il est nécessaire d'identifier les quelques familles de situations problèmes qui permettent l'évaluation certificative au terme de la formation et qui explicitent donc les macro-capacités à rechercher. Ceci requiert de bien spécifier pour chacune d'elle l'invariant et les différentes façons de l'habiller offertes par l'environnement. La comparaison des invariants de ces familles de situations problèmes permet de découvrir aisément des capacités transversales appartenant aux champs cognitif, métacognitif, opératif, social et psychoaffectif (Cf. chapitre 1, section III : « Développer une ingénierie de la professionnalisation et des compétences dans les organisations de santé : l'exemple d'un référentiel de compétences en kinésithérapie »).
- De ces familles de situations problèmes qui caractérisent ce qui est recherché et évalué au terme de la formation, on peut déduire les quelques familles de situations problèmes intermédiaires qui baliseront certaines étapes clés de la formation et sur lesquelles porteront les évaluations certificatives requises. Ici encore, il ne suffit pas de les nommer, mais d'en décrire les invariants.

- Dans le processus de formation, il est souvent efficace de faire découvrir par les étudiants eux-mêmes l'invariant de chacune des familles de situations problèmes et comment, au fil de leur rencontre dans le processus évolutif de la formation, ces invariants s'emboîtent dans des situations problème plus complexes, certains éléments des invariants antérieurs devenant des éléments d'habillage. Cette démarche donne du sens aux apprentissages et façonne progressivement l'expertise du futur professionnel de santé. Encore faut-il que les formateurs eux-mêmes aient emprunté cette démarche, si possible de façon participative, pour mieux accompagner les étudiants (Cf. chapitre 1, section IV : « Promouvoir les pédagogies actives comme soutien à la pratique réflexive et à l'apprentissage en profondeur »).
- Cette démarche permet aussi de prendre conscience que, si l'éventail des connaissances et savoir-faire de base représente une base de données importantes, un certain nombre de ces ressources apparaissent de façon récurrente et deviennent incontournables pour la formation. Elles méritent donc une attention spéciale dans les évaluations d'orientation (car il s'agit de prérequis) et dans les évaluations formatives (non seulement leur maîtrise en cours de formation, mais aussi la capacité des étudiants à les mobiliser dans des situations problèmes progressivement plus complexes).

5 QUELQUES CONCLUSIONS

Le monde du vivant caractérise le champ d'exercice des personnels de santé. C'est un monde dont l'organisation se caractérise par l'intégration des éléments et des structures relationnelles dans des systèmes de plus en plus complexes. *Ce n'est donc pas un monde de la juxtaposition.* Pourquoi donc continuer à façonner la formation et l'évaluation de façon exclusivement sommative et juxtaposée : juxtaposition bureaucratique des disciplines, des années, des contenus, des aspects théoriques, des aspects de la pratique ?...

Comme le rappellent van der Vleuten & Schuwirth (2005), les travaux de la psychologie cognitive ont clairement démontré qu'on ne peut développer des compétences professionnelles sans disposer d'une base de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être bien maîtrisés et rappelables en mémoire de travail. Ces mêmes auteurs montrent aussi qu'on ne peut certifier des compétences professionnelles sur cette seule maîtrise. Ils reconnaissent aussi qu'il est bien plus facile d'obtenir des bons indices de validité et de fiabilité avec des épreuves portant sur des savoirs et savoir-faire élémentaires, présentées avec des questions à choix multiples ou des questions à réponse courte et traitées avec des démarches sommatives ;

mais c'est au détriment du critère de pertinence (adéquation entre ce qui est évalué et ce qu'il faut évaluer pour certifier des compétences professionnelles). Il est donc nécessaire de penser et l'apprentissage et l'évaluation certificative selon un modèle d'intégration qui porte à la fois sur les objets évalués, les fonctions de l'évaluation et les démarches de l'évaluation :

- les objets de l'évaluation : comme le montre l'analyse des extraits présentés en entrée de ce chapitre, les différents types de « savoir » sont de plus en plus complexes et s'intègrent les uns dans les autres ; les premiers sont des prérequis des suivants et doivent être considérés comme tels dans l'évaluation certificative.
- Les fonctions de l'évaluation : l'évaluation certificative des compétences professionnelles les plus complexes repose sur la qualité des évaluations formatives qui, elles-mêmes, reposent sur la qualité des évaluations d'orientation.
- Les démarches de l'évaluation : les démarches interprétatives (ou cliniques) reposent sur des démarches quantitatives (sommatives) et qualitatives (descriptives) valides et fiables ; mais elles nécessitent, pour répondre au critère de pertinence, des processus d'attribution de sens aux indices quantitatifs et qualitatifs recueillis pour pouvoir valider un décision de certification des compétences requises par la profession.

Comment mettre en place ce modèle basé sur une triple intégration (des objets, des fonctions et des démarches), alors que les pratiques reposent encore trop exclusivement sur un modèle de la juxtaposition ? Le dispositif d'évaluation mis en place à la Faculté de médecine de Maastricht est, parmi d'autres, intéressant mais encore insuffisant. Il est intéressant dans le sens où il comprend deux composantes importantes : des tests progressifs étalés sur toute la durée de la formation médicale à raison de trois tests par an et portant sur les connaissances de base nécessaires au médecin, avec l'exigence de taux de maîtrise de plus en plus grands ; des épreuves portant sur le raisonnement diagnostique dans des locaux aménagés à cet effet. Ce sont là deux paliers importants, la réussite du deuxième reposant sur celle du premier. Mais il manque un troisième palier, celui de la mobilisation des acquis évalués dans ces deux paliers dans des situations professionnelles authentiques, assez fortement accompagnées dans les premiers temps (fonction formative) et progressivement en situation de plus en plus grande autonomie (indispensable pour la fonction certificative). À cet égard, l'APCi (où le « i » est important) suppose que l'on ne se limite pas aux seules approches sommatives (métrologiques ou non) et que l'on recoure à des démarches cliniques qui utilisent plusieurs types de démarches. À ce niveau, la seule observation par des tuteurs évaluateurs ou des évaluateurs externes ne suffit pas. Par contre la combinaison du portfolio présentant un ensemble de pratiques professionnelles analysées par

l'étudiant lui-même (faisant référence aux connaissances de base et au raisonnement diagnostic développé) et des jugements interprétatifs des évaluateurs (dont certains ont observés certaines des pratiques évoquées dans le portfolio) permet de certifier la capacité des étudiants à mobiliser les acquis prérequis pertinents (ceux des deux premiers paliers, parmi lesquels on peut prévoir des cartes conceptuelles, comme le suggère le chapitre précédent) sur des situations professionnelles authentiques. Encore faut-il être attentif à plusieurs conditions : l'éventail des situations qui garantissent la couverture des compétences professionnelles requises à certifier ; l'analyse du portfolio par un éventail de plusieurs évaluateurs ; une concertation des évaluateurs sur les critères essentiels à prendre en considération (voir le chapitre 1 de la section 3) ; la distinction entre le portfolio d'apprentissage à fonction formative et le portfolio d'évaluation à fonction certificative. Notons enfin que les dispositifs d'évaluation mis en œuvre ont une grande influence sur les apprentissages des étudiants et sur la conception future de la profession.

En marge de la section

La recherche en éducation médicale : un regard épistémologique

*Thierry PELACCIA**

La recherche en éducation médicale¹ est un champ scientifique situé au croisement de nombreuses disciplines, appartenant essentiellement au domaine des sciences humaines et sociales. Son essor a été considérable au cours des dernières années, tel qu'en témoigne l'accroissement remarquable de la production scientifique qu'elle génère. La multiplication des média grâce auxquels le corpus de savoirs qui en est issu est rendu disponible, qu'il s'agisse des publications périodiques « traditionnelles », des revues en ligne ou des manifestations scientifiques, constitue à cet égard un indicateur de cette dynamique de développement.

Un effort de clarification des finalités de ce champ de recherche s'impose d'abord si l'on souhaite aider le lecteur à mieux en comprendre les difficultés et à mieux en saisir les évolutions et les transformations, au-delà de ses seuls mécanismes de construction et de structuration, dans le cadre d'un processus de disciplinarisation en cours.

* *Laboratoire de recherche en pédagogie des sciences de la santé
Université de Strasbourg (France), Faculté de médecine,*

1. La locution « éducation médicale » est employée pour désigner, de façon générique, l'ensemble des activités d'éducation dédiées à la formation des divers professionnels de santé et non seulement les médecins.

1 DES FINALITÉS DISTINCTES POUR LES DIFFÉRENTS SAVOIRS PRODUITS PAR LA RECHERCHE

De façon très générale, la recherche en éducation médicale peut être considérée comme une activité ayant pour objectif principal de donner du sens aux « faits éducatifs » dans le champ de la santé et de les rendre intelligibles, respectivement, auprès de deux communautés. Il s'agit, d'un côté, de celle des enseignants en sciences de la santé, qui ont la préoccupation d'améliorer leurs pratiques d'enseignement ; la production scientifique qui s'inscrit dans cette perspective est alors destinée aux « utilisateurs » (Albert, 2004 ; Albert, Hodges & Regehr, 2006). Il s'agit, de l'autre, de la communauté des chercheurs en éducation médicale, désireux de pouvoir fonder leurs travaux sur la base de théories, de méthodes et d'outils, construits et produits au sein même du champ auquel ils appartiennent ; on parle alors de production pour les « producteurs » (Albert, 2004 ; Albert et al. 2006).

Il importe d'abord d'indiquer que le champ de l'éducation médicale dépasse très largement celui de la seule « pédagogie médicale », tel qu'on l'entend au sens commun, et il convient, en ce sens, de ne pas en restreindre l'objet aux seules activités de planification pédagogique, d'enseignement et d'évaluation des apprentissages. Une telle posture, pourtant souvent adoptée par les acteurs du champ et notamment ceux issus du domaine des sciences de la santé, serait en effet beaucoup trop réductrice (Pelaccia, Dory & Denef, 2011).

Il convient ensuite de se convaincre que le fait éducatif, en tant qu'objet de recherche en éducation médicale, fait référence à une réalité caractérisée fondamentalement par sa complexité. Cette complexité est inhérente au fait que les phénomènes en cause résultent d'interactions entre des enseignants, des étudiants, des professionnels de santé et des patients, situés dans des contextes sociaux ouverts et interdépendants. Ces différents acteurs interagissent à travers la mobilisation de processus cognitifs, d'expériences, de jugements, d'émotions, de comportements et de réactions, qui ne peuvent s'inscrire ni se prédire par des lois intangibles, en raison de la non-linéarité et de la non-univocité des relations qui unissent chaque « variable » structurant le système.

Ce constat, qui s'applique à d'autres champs de l'activité humaine, relève des théories qui tentent de rendre compte de la « complexité » ou du « chaos », selon le degré possible d'identification des variables en cause et de leurs interactions et selon le caractère plus ou moins prédictible des résultats de ces interactions (Norman, 2011). Or, si le constat de la complexité ou du chaos est en lui-même simple à établir, sa compréhension – la recherche de sens – constitue un défi bien plus difficile à relever ; la recherche en éducation est ainsi tenue par beaucoup comme étant l'une des « sciences les plus complexes » (Berliner, 2002). Comme le souligne

aussi Regehr (2010), et même si les phénomènes éducatifs n'en ont pas l'apanage, « le problème [...], c'est que quand tout interagit, rien n'est simple », l'effet d'une variable étant transformé par ses interactions avec les autres variables et que ces interactions sont en outre extrêmement dépendantes du contexte dans lequel elles se produisent, qui est lui-même hautement spécifique et soumis à une extraordinaire variabilité (Berliner, 2002).

Un tel constat discrédite à l'avance toute tentative de recherche d'une vérité sur le fait éducatif ou pédagogique, qui comprendrait celle-ci comme une réalité unique, universelle, simple et généralisable à toutes les situations d'apprentissage et à tous les milieux. La perspective épistémologique réductionniste, qui conduit à décomposer un objet complexe en éléments simples et qui est tenue comme une méthode indispensable à la science positiviste, risquerait, si elle était tenue pour être la seule légitime, de restreindre l'application des connaissances produites au seul milieu où elles ont été établies (Regehr, 2010). Une telle perspective est de fait absurde et incohérente, au regard de la réflexion menée précédemment quant à la finalité des activités du champ de la recherche en éducation médicale.

2 LA NÉCESSITÉ DE RÉFÉRENCES ÉPISTÉMOLOGIQUES PLURIELLES

Le paradigme positiviste de la recherche scientifique, hégémonique dans les sciences de la vie et des sciences physiques, reste encore largement dominant dans le domaine de l'éducation médicale. Il s'y est peu à peu imposé en raison de la volonté de fournir aux décideurs et aux praticiens une alternative aux arguments d'opinion ou aux arguments d'autorité, lorsqu'il s'agit d'éclairer les choix à faire et les décisions à prendre en matière d'éducation. Il a conduit parfois à une conception très radicale de la notion de preuve (*évidence*), réduite aux données issues de démarches expérimentales (Eva, 2009). Cette évolution a conduit le champ de la recherche en éducation médicale vers des préoccupations de nature essentiellement praxéologique, visant à faciliter la prise de décision (Regehr, 2010), en entretenant par ailleurs souvent, comme c'est le cas en matière d'évaluation des pratiques professionnelles en santé, une dommageable confusion entre évaluation et recherche évaluative (Cf. chapitre 3, section III : « Les enjeux épistémologiques et méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles en santé »).

En postulant en outre que seuls les faits analysables objectivement peuvent constituer un objet de recherche, une telle posture, illustrée notamment dans le cadre du courant de l'éducation fondée sur les faits démontrés (*evidence-based education*), tend à restreindre le champ des pratiques éducatives accessibles, évaluables et donc, *in fine*, « recommandables » aux seuls phénomènes facilement mesurables. Elle privilégie les résultats des travaux

présentant des « garanties méthodologiques » maximales, tels que les essais contrôlés, si possible randomisés, en inférant par ailleurs un mode de raisonnement quasi exclusivement fondé sur le processus hypothético-déductif.

Les appels à un éclectisme scientifique, invitant à solliciter de manière judicieuse différents paradigmes pour orienter les pratiques de recherche en éducation médicale, sont récurrents depuis le début des années quatre-vingt-dix (Pelaccia & Paillé, 2011). Ils visent à mieux appréhender la complexité du fait éducatif en (ré)-conciliant autour d'un objectif commun, défini au début de cet encadré, des ancrages épistémologiques et des approches méthodologiques variés, et en énonçant que le choix parmi les différentes options à cet égard devrait fondamentalement dépendre de la nature de la question de recherche. Or, celle-ci n'a pas vocation à se restreindre, de façon réductrice, à une quête de « l'explication », de la preuve et de la généralisation mais doit pouvoir s'ouvrir à des perspectives plus compréhensives. Il s'agit alors, pour le chercheur, de faire dans certains cas le choix d'une posture interprétative, notamment lorsqu'il s'agit, par exemple, d'examiner et de porter des jugements sur l'évolution des pratiques d'évaluation (Cf. à cet égard le chapitre 2 de la section IV : « Évaluer les apprentissages dans la formation des professionnels de la santé »).

Ainsi, donner du sens aux faits éducatifs ne signifie pas forcément et d'emblée les expliquer ni vérifier l'existence de liens entre les variables qui les structurent. Il peut aussi s'agir, et c'est d'ailleurs parfois un préalable indispensable, de mieux les comprendre et de mieux comprendre les acteurs impliqués dans la construction du fait étudié.

La réflexion quant aux outils utilisables pour évaluer des apprentissages, lorsque l'on souhaite favoriser l'apprentissage en profondeur et la pratique réflexive, fournit à cet égard un exemple privilégié (Cf. chapitre 1, section IV : « Promouvoir les pédagogies actives comme soutien à la pratique réflexive et à l'apprentissage en profondeur »). Elle illustre nécessité d'aller au-delà de la démonstration de l'efficacité de ces outils sous l'angle des résultats ou des produits (performances) ; il est en effet tout aussi important d'appréhender ce qui se passe chez l'apprenant en termes de processus, notamment sur le plan cognitif, et d'identifier comment ces outils produisent les effets observés, de déterminer les conditions d'obtention des effets souhaités et de documenter les liens entre ces outils et les phénomènes observés, au regard des cadres conceptuels, des théories ou des paradigmes de l'apprentissage. De fait, comme le souligne Regehr (2010), « il y a toujours une meilleure question que “est-ce que ça a marché ?” et il y a toujours une meilleure réponse que “oui” ».

Un autre exemple concerne la démonstration d'effets réguliers qui pourraient être attribuables à tel ou tel dispositif curriculaire spécifique. Il est tentant de vouloir reproduire les protocoles expérimentaux

ou quasi-expérimentaux, tels qu'ils sont utilisés dans le cadre des essais thérapeutiques et dont l'essai contrôlé randomisé (*randomised control trials* – RCT –) constitue le *gold standard*. Norman (2003) met pourtant en garde à l'égard de la part d'utopie scientifique qu'il peut y avoir lorsque certains chercheurs s'astreignent à vouloir vérifier à l'aide de telles approches si des curriculums recourant à l'apprentissage par problèmes (APP) produisaient de « meilleurs médecins » que des dispositifs conventionnels. Détournant l'acronyme, il argumente que de tels projets s'exposent au risque de ne générer que des « résultats confondants et triviaux » (RCT !), tant il est difficile de contrôler les différentes variables indépendantes dans le cadre de tels protocoles et tant il était prévisible que ces études soient obérées par un manque de puissance. Comme le rappelle Jouquan (2009) :

une telle réserve ne doit pas être comprise comme un rejet de la nécessité d'études expérimentales en éducation, notamment lorsqu'il s'agit de valider la légitimité de certaines innovations. Elle invite en revanche à bien identifier le niveau auquel les expérimentations doivent être conduites. Dans le cas de l'APP, il est sans doute plus pertinent d'en argumenter l'efficacité à partir des résultats de multiples études soigneusement contrôlées, conduites en laboratoire de psychologie cognitive expérimentale, concernant la problématique du transfert des apprentissages, plutôt qu'à partir de vains et souvent fort coûteux essais comparatifs contrôlés de *curricula*. De nombreuses autres études (voir par exemple les revues de Rothman & Page, 2002 et de Koh *et al.*, 2008), relevant davantage du champ de l'évaluation de programme et utilisant des approches méthodologiques variées, ont documenté à la fois les impacts positifs de l'APP chez les étudiants, les enseignants et sur les institutions mais aussi ses exigences et ses difficultés, permettant d'identifier les conditions à mettre en place pour une implantation réussie lorsque, à partir d'hypothèses de solution fondées sur des cadres conceptuels issus de la recherche en éducation, une faculté envisage une telle orientation pour son *curriculum*.

Cette volonté de mieux comprendre les faits éducatifs s'inscrit évidemment dans une extraordinaire diversité contextuelle. Lorsque la recherche est destinée aux « utilisateurs » des travaux scientifiques du champ, il est nécessaire qu'elle s'appuie sur une réflexion quant aux possibilités et aux modalités d'appropriation des connaissances produites, dans leurs environnements de pratique, tels qu'on peut les anticiper. La recherche en éducation médicale doit, de fait, conduire les « utilisateurs » à se questionner et ne pas se limiter à leur offrir des réponses et des solutions immédiatement applicables dans leur milieu (Regehr, 2010). Les praticiens du champ de l'éducation médicale devraient ainsi accepter que la production scientifique des chercheurs soit parfois assimilable à une forme de connaissance « brute », qui devra faire l'objet d'une interprétation et d'une transformation par l'utilisateur pour qu'elle soit exploitable dans son milieu de pratique, ce qui revient à considérer *in fine*,

sur un plan ontologique et épistémologique, que les réalités sont multiples et que la connaissance est le fruit d'une co-construction par les individus.

3 DES DÉBATS FONDATEURS D'UNE IDENTITÉ SCIENTIFIQUE ET PROFESSIONNELLE

Les débats épistémologiques quant à la « bonne science » et la « bonne recherche » font rage depuis plusieurs années parmi les chercheurs en éducation médicale (Eva, 2009 ; Lingard & Kennedy, 2010 ; Mennin, 2010 ; Norman, 2003 ; Norman, 2011 ; Pelaccia & Paillé, 2011 ; Regehr, 2010 ; Wilson 2010). La diversité de leurs ancrages disciplinaires pourrait assez naturellement conduire à porter un regard simpliste et réducteur sur les origines et les causes des désaccords et des affrontements, indubitablement marqués par des enjeux de pouvoir et de légitimité au sein d'un champ en plein processus de disciplinarisation (Pelaccia et Triby, 2011) (Cf. l'encadré proposé en marge de la section II : « L'éclairage des théories du conflit intergroupes pour penser et mettre en œuvre l'interprofessionnalité en santé »).

Ces débats sont salutaires. Dans un paysage chaotique de la production scientifique en éducation médicale, qui traduit en fait la complexité des phénomènes éducatifs à étudier, ils questionnent les chercheurs sur les fondements mêmes de leur démarche et sur les finalités qu'ils poursuivent. Bien qu'ils revêtent parfois un aspect conflictuel, voire polémique, qui peut favoriser les divisions, ils sont indubitablement un moteur de la disciplinarisation des pratiques de recherche en éducation médicale, marquée par son caractère aléatoire et incertain (Pelaccia & Triby, 2011).

L'acceptation, par la communauté des chercheurs en éducation médicale, de la nécessité d'un élargissement des postures ontologique (quelle est la nature des phénomènes éducatifs à explorer ?), épistémologique (comment appréhender la signification des informations recueillies?), avec pour corollaire un éclectisme méthodologique (quelles sources d'information faut-il explorer et quels moyens faut-il mettre en œuvre ?), constitue selon nous une condition de la survie disciplinaire. Un ancrage strictement positiviste ou post-positiviste, au prétexte d'une poursuite obstinée de la vérité objectivée par la démonstration expérimentale et de la quête d'une généralisabilité idéalisée, condamnerait ainsi à une approche très réductrice des faits éducatifs en tant qu'objets de recherche, alors qu'ils résultent fondamentalement de constructions sociales, par nature historiquement et culturellement situées.

Section 5

ÉVALUER UN PROGRAMME
ET ACCOMPAGNER
UN PROCESSUS
DE CHANGEMENT

AU CŒUR DE CETTE SECTION

Intention générale

Exposer les enjeux et les problèmes méthodologiques associés au développement, à la maintenance, à la consolidation et à l'évolution d'un curriculum. Examiner et illustrer les conditions à mettre en place au regard des exigences de la démarche de qualité et de la perspective de l'apprentissage organisationnel.

Intentions spécifiques

Chapitre 1 : Élaborer un curriculum de formation et en assurer la qualité.
Marc Demeuse

Clarifier la notion de curriculum en tant que dispositif articulé d'un ensemble d'opportunités d'apprentissage et examiner les conditions favorables à son développement, à son adaptation et à sa pérennité.

Messages clés

- Le concept de curriculum élargit la notion de programme de formation bien au-delà de l'inventaire des savoirs à enseigner ou du répertoire des apprentissages dont il faut vérifier la maîtrise.
- Selon qu'elles relèvent de décisions plus ou moins planifiées, plus ou moins formelles, ou plus ou moins explicitées, les expériences qui influencent effectivement les apprentissages des étudiants sont constitutives, respectivement, d'un curriculum prescrit (formel ou officiel), d'un curriculum presté (implanté), d'un curriculum maîtrisé (réalisé ou appris) ou d'un curriculum caché.
- Parmi les facteurs exerçant une influence sur la mise en œuvre d'un curriculum, on a été identifiés : le contexte général, les besoins des acteurs, le fonctionnement de l'institution d'enseignement ou de formation, le cadre normatif et les pratiques sociales de référence.
- Entendu au sens générique, la notion de révision curriculaire désigne toute démarche explicite et formelle visant à faire évoluer un curriculum. Il est important d'identifier s'il s'agit, selon les cas, d'un changement, d'une innovation ou d'une amélioration.
- Les décisions de pilotage du curriculum qui sont en jeu relèvent du cadre classique de l'évaluation de programme mais s'inscrivent désormais de plus en plus souvent dans le cadre d'une démarche qualité qui va au-delà de la vérification de conformité et concerne autant les résultats que les processus.

Chapitre 2. Développer des dynamiques d'apprentissage organisationnel au sein des organisations de santé.

Caroline Letor

Développer une perspective de projet basée sur le principe de participation des acteurs en situation

- La notion d'apprentissage collectif et organisationnel rend compte de la dynamique et des processus mis en œuvre au sein des organisations de la santé pour favoriser que se développent des compétences, que celles-ci y soient partagées, transmises, et adoptées par les professionnels de la santé, qu'elles y perdurent tout en répondant aux demandes de l'environnement et aux missions de santé.
- L'apprentissage organisationnel implique que soient aménagés des lieux d'objectivation et de controverse, à l'intérieur desquels peuvent être confrontées les théories professées et les théories effectivement en usage, ces dernières n'étant identifiables qu'à travers une investigation organisationnelle.
- La mutualisation de différents types de connaissance, associée à leur conversion itérative, grâce à l'explicitation des connaissances tacites ou grâce à l'intériorisation de connaissances explicites, lorsqu'elle résulte d'un projet d'organisation, est un processus qui participe à l'apprentissage organisationnel.
- Plusieurs conditions, liées notamment au leadership et à la gestion des organisations et au respect de principes socio-organisationnels facilitant l'expression de la controverse et la construction d'un climat de confiance collectif, autour de problèmes significatifs à résoudre, sont identifiées comme pouvant favoriser l'apprentissage organisationnel.

Chapitre 1

Élaborer un curriculum de formation et en assurer la qualité*

*Marc DEMEUSE***

1 D'UNE LISTE DES MATIÈRES À ENSEIGNER AU CONCEPT DE CURRICULUM

1.1 Un terme de plus en plus employé

Depuis une dizaine d'année, le monde francophone utilise de manière assez systématique le terme « curriculum » pour désigner la manière de formaliser la réflexion autour d'un programme de formation dès lors que ce dernier est d'une certaine ampleur qui permet de le distinguer d'un simple dispositif pédagogique ponctuel (Jonnaert & M'Batika, 2004 ; Depover & Noël, 2005 ; Audigier, Crahay & Dolz, 2006 ; Demeuse & Strauven, 2006 ; Audigier & Tutiaux-Guillon, 2008 ; Ettayebi, Operti & Jonnaert, 2009 ; Jonnaert, Ettayebi & Defise, 2009, pour ne citer que des ouvrages publiés en français). Sans qu'il existe de lien de cause à effet, cet usage semble s'être développé parallèlement à l'approche par compétence qui tend à exercer une influence de plus en plus significative sur les démarches de planification pédagogique. Peut-être le lien entre cet usage et cette approche

* Ce chapitre s'inspire largement de l'ouvrage de Demeuse et Strauven (2006) et du chapitre de Demeuse, Derobertmasure et Dehon (2009).

** Université de Mons (Belgique)
Institut d'Administration scolaire

doit-il être recherché dans une certaine quête de sens qu'une approche trop technocratique, liée à la *pédagogie par objectifs*, avait estompé.

1.2 Un concept très riche

Pour Demeuse et Strauven (2006), un curriculum consiste en un plan d'action qui s'inspire des valeurs qu'une société, une organisation ou une institution souhaite promouvoir. Ces valeurs s'expriment dans les finalités assignées à l'ensemble des formations, mais aussi à travers le fonctionnement habituel de l'organisation. Le curriculum ainsi conçu offre une vision d'ensemble, planifiée, structurée et cohérente des directives pédagogiques selon lesquelles il s'agit d'organiser et gérer l'apprentissage en fonction des résultats attendus.

Le curriculum s'articule autour de six composantes :

1. les apprentissages à installer ;
2. les stratégies pédagogiques et les processus didactiques à mettre en œuvre ;
3. les supports didactiques ou les aides pédagogiques destinées d'une part, aux utilisateurs, d'autre part, aux apprenants (les documents dont les manuels, le matériel didactique, l'outillage, ...), ainsi que les directives concernant leur utilisation ;
4. les contenus-matières ou contenus disciplinaires ;
5. les résultats effectivement attendus et les modalités d'évaluation auxquelles il convient de recourir afin de vérifier dans quelle mesure les apprentissages sont maîtrisés ;
6. les modalités de gestion du curriculum (y compris, par exemple, la formation initiale et continue nécessaire à sa mise en œuvre par les formateurs).

Ce concept ne se limite donc pas à la juxtaposition de matières prescrites dans un programme, comme on le conçoit encore trop souvent dans l'enseignement supérieur, ou même à la notion de programme comme ensemble de savoirs, savoirs faire et savoirs être ou de compétences à (faire) acquérir, dans le cadre d'un enseignement obligatoire¹.

1.3 Entre œuvre originale et outil technique

Élaborer un curriculum constitue une œuvre originale. Toutefois, ce caractère ne signifie pas qu'il puisse être le produit unique de conceptions et d'initiatives personnelles, même si ses constructeurs bénéficient d'une marge de liberté parfois importante. Un curriculum nouveau se trouve,

1. Nous distinguerons ici le terme « programme de formation » qui consiste en la mise en œuvre pratique d'un curriculum et le « programme » au sens du document qui prescrit aux enseignants ce qui doit être enseigné.

dans une certaine mesure du moins, dans la continuité de celui auquel il succède ; s'il concerne un objet d'étude ou de formation d'apparition récente, il s'inspire de la somme des réflexions menées à propos de cet objet. Par ailleurs, les compétences dont sont capables de faire preuve les constructeurs peuvent être en partie bridées par des contraintes diverses auxquelles ils ne peuvent se soustraire complètement, même s'il est frustrant pour eux de penser qu'« ils auraient pu faire mieux ».

Dans la mesure où il bouscule les pratiques pédagogiques en vigueur et remet en cause certaines conceptions tenues jusque-là pour acquises, un nouveau curriculum exige une restructuration de schèmes de pensée et d'action, une redéfinition des critères de référence et un repositionnement par rapport à ces derniers. Une telle situation suscite généralement quelque angoisse ou inquiétude de la part des personnes chargées de sa mise en œuvre. La résistance à l'innovation est ainsi prévisible et doit être considérée comme une réaction naturelle et normale, et non pas subversive (Cf. chapitre 1, section III : « Développer une ingénierie de la professionnalisation et des compétences dans les organisations de santé. L'exemple d'une expérience de terrain et des enjeux professionnels dans l'application d'un référentiel de compétences en kinésithérapie »). La présence de leaders capables d'amener les responsables politiques et administratifs à libérer les ressources nécessaires, de persuader les utilisateurs du bien-fondé de l'entreprise et de dynamiser le changement joue un rôle déterminant pour sa réussite (Cf. chapitre 2, section V : « Développer des dynamiques d'apprentissage organisationnel au sein des organisation de santé »).

Un curriculum est donc un produit éminemment culturel, c'est-à-dire relatif à un ensemble contingent de significations (Cf. chapitre 1, section II : « Considérer la dimension interculturelle dans les formations professionnalisantes en santé »), même dans les domaines les plus techniques en apparence. Il puise ses racines dans les finalités du système d'éducation, dans l'histoire du système éducatif et de la société considérés ; ses contenus sont tributaires de besoins particuliers auxquels il s'efforce de répondre efficacement. C'est la raison pour laquelle la transplantation pure et simple d'un curriculum d'un environnement à un autre risque fort de conduire à l'échec, même s'il a réussi parfaitement dans le premier environnement.

S'il est primordial d'accorder une attention soutenue à son élaboration, sa mise en œuvre et le suivi de celle-ci au fil du temps sont des aspects essentiels. Ce suivi, que nous nommons « pilotage » (Demeuse et Strauven, 2006), parce que cette opération dépasse la seule évaluation de programme et qu'elle est orientée vers la décision et l'action, mérite d'être précisé, comme nous le ferons par la suite. La méthode adoptée pour assurer ce pilotage n'est naturellement pas anodine et correspond à la manière dont l'organisation conçoit les rapports entre les acteurs, mais aussi la manière dont elle évalue son fonctionnement et imagine ses modes d'intervention.

Cela interdit naturellement une approche indépendante de toute valeur (*value-free*) de l'évaluation (Stufflebeam, 1994).

2 DU PRESCRIT AU RÉALISÉ

2.1 Articuler les différents types de curriculums

Si un curriculum n'est pas un programme, au sens des « programmes d'études » que nous pouvons rencontrer dans l'enseignement formel, il convient d'examiner les réalités qu'il recouvre et la manière dont il peut se décliner effectivement. La littérature distingue classiquement quatre types de curriculums.

Le premier type, baptisé « curriculum formel », « manifeste », « officiel » ou encore « prescrit » est le curriculum tel qu'il est formulé explicitement dans les textes légaux ou officiels ; il s'agit, par exemple, des « parcours scolaires prévus, dans leur différenciation par niveau et par branche, indiquant la longueur des cycles et les bifurcations, les disciplines ou les programmes et leur allocation horaire, la nature des cours et des exercices prescrits et leurs changements » (Danvers, 1992, p. 68).

Le second type est qualifié de « curriculum implanté » ou « presté ». Il s'agit du curriculum qui est effectivement mis en œuvre par les enseignants et les formateurs.

Le troisième type de curriculum peut être diversement qualifié : « maîtrisé », « réalisé » ou encore « appris ». Il désigne la partie du curriculum formel effectivement maîtrisée par les apprenants. Les résultats obtenus aux épreuves d'évaluation permettent de tirer des conclusions à ce sujet, même si les apprenants peuvent également maîtriser d'autres éléments non évalués (voire non prévus mais véhiculés, par exemple, à travers le curriculum caché).

Le curriculum « caché »², « implicite » ou « latent », comprend des expériences, des actions d'éducation ou de formation, intentionnelles ou non, observables ou non : il s'agit de situations ou d'événement inopinés, d'intérêts particuliers manifestés par les apprenants dont on tire parti ou des valeurs véhiculées par les formateurs en dehors des recommandations officielles. Lempp et Seal (2004), dans le domaine de la formation médicale, définissent le « curriculum caché » comme « un ensemble d'influences qui opèrent au niveau de la structure et de la culture organisationnelle, incluant, par exemple, les règles implicites pour survivre dans l'institution, comme les coutumes ou les rites ». À ce niveau, il convient de distinguer les éléments « informels » qui peuvent être mobilisés en formation, par exemple à travers des « tours de main » non prévus explicitement dans les manuels, mais bien utiles pour les novices, des éléments réellement cachés qui peuvent pourtant

2. « *hidden curriculum* », en anglais.

influencer durablement les apprentissages et les apprenants. C'est dans la seconde catégorie que l'on placera, par exemple, les valeurs qui sont instillées à travers des pratiques en apparence anodines, qu'il s'agisse de valeurs jugées positives (rigueur, honnêteté, ponctualité...) ou, au contraire, négatives (estompement des normes, solidarité de corps au détriment des usagers...). Ainsi, c'est aussi à travers la manière dont les apprenants vivent la formation pratique et pas seulement lors des cours théoriques qu'ils développent ou non, par exemple, une éthique professionnelle (Hafferty et Franks, 1994). C'est parfois aussi dans la manière d'organiser les parcours de formation qu'une partie du curriculum implicite se niche (Soetewey, Duroisin et Demeuse, 2011).

2.2 Articuler les différents niveaux de décision

Pour Rosier & Keeves (1991), le curriculum formel renvoie généralement au niveau des décideurs et du pouvoir central alors que le curriculum implanté renvoie au niveau des lieux de formation (écoles, centres de formations, classes) et que, finalement, le curriculum maîtrisé se rapporte à l'apprenant lui-même. Le passage du curriculum formel au curriculum effectivement maîtrisé conduit à certaines réductions. On peut ainsi remarquer bien souvent que les groupes les plus faibles (ou perçus comme tels par les formateurs) sont « moins poussés », que la matière est allégée et que les objectifs sont revus à la baisse, alors que les groupes forts bénéficient parfois de certains dépassements. Même si le curriculum latent peut compenser certaines lacunes du curriculum formel, ces apprentissages non planifiés n'entrent en principe pas en considération lors des évaluations formelles, ni dans la délivrance d'une certification ou d'une qualification officielle. Certaines valeurs ou manières de faire s'installent parfois de manière durable chez les apprenants, malgré les souhaits explicités par l'autorité.

2.3 Identifier les facteurs contextuels qui influencent la mise en œuvre du curriculum

Roegiers (1997) identifie quatre facteurs contextuels qui peuvent intervenir, lors de la mise en œuvre d'un curriculum : 1) le contexte général ; 2) les besoins des acteurs ; 3) le fonctionnement de l'institution d'enseignement ou de formation ; 4) le cadre normatif. Nous ajoutons à ces quatre facteurs : 5) les pratiques sociales de référence.

Le contexte général (1) revoie au cadre politique, socio-économique et culturel qui affecte, directement ou indirectement, le fonctionnement de l'ensemble du système de formation (Cf. par exemple les chapitres 1 et 3, section I : « Une perspective économique et politique des systèmes d'éducation et de formation » ; « Responsabilité sociale des facultés de médecine »). Cela concerne, par exemple, la place accordée à l'enseignement technique

et professionnel dans les pays en développement par rapport au secteur non formel ou informel (King & Palmer, 2011).

La réflexion autour de la conception d'un curriculum doit aussi prendre en compte la notion de besoin (2) et pas seulement celle de demande et ce, à deux niveaux : les besoins des apprenants, à la fois comme citoyens et comme travailleurs potentiels, et les besoins de l'organisation susceptible de les employer et de la société dans son ensemble. Il n'est pas toujours aisé de faire la part des choses entre les véritables besoins et les demandes. Ainsi, les employeurs peuvent-ils souhaiter disposer de travailleurs hautement qualifiés alors même que les salaires qu'ils peuvent offrir, mais surtout les tâches à effectuer, ne le requièrent pas. De la même manière, les apprenants peuvent-ils par exemple désirer suivre certaines formations, alors même qu'elles ne leur permettront pas d'obtenir un emploi ou qu'elles ne correspondent pas aux métiers qu'ils imaginent exercer.

Le fonctionnement des institutions d'enseignement et de formation (3) ne peut être négligé. Ainsi, alors même que certaines écoles déclarent viser l'autonomie de leurs apprenants, celles-ci peuvent mettre en place des procédures tatillonnes et dé-responsabilisantes qui interdisent toute initiative.

La législation en vigueur (4), qui fournit un cadre normatif à la formation ou, plus simplement, les moyens disponibles, agit en tant que contrainte sur le curriculum et limite la liberté des concepteurs et des acteurs ou, au contraire, comme un élément favorable.

À ces éléments s'ajoutent un dernier facteur à prendre en compte dans la démarche d'élaboration du curriculum : les pratiques sociales de référence (5). Il s'agit ici de prendre en compte la manière dont les tâches sont effectivement assurées dans la vie professionnelle réelle, la culture de l'organisation et les normes et coutumes de celle-ci. Cet aspect est d'autant plus important qu'il s'agira d'élaborer un curriculum qui pourrait être mis en œuvre dans des contextes très variés ou d'adapter un curriculum existant à un autre contexte, parfois très différent. On devra ainsi s'interroger sur la manière de former des médecins qui seront amenés à travailler seuls, de manière isolée dans des régions très peu peuplées et très défavorisées, alors même qu'ils auront par exemple effectué tous leurs stages dans un contexte urbain, bénéficiant d'un large réseau hospitalier.

3 ÉVALUER LA QUALITÉ D'UN CURRICULUM DE FORMATION ET DE SA MISE EN ŒUVRE

3.1 De la conception du curriculum à son pilotage

On peut espérer que plus les utilisateurs se familiarisent avec la mise en œuvre du curriculum, plus les résultats obtenus vont s'améliorer

pour se rapprocher des résultats attendus, mais ce n'est pas le cas nécessairement. Même si les résultats sont dans un premier temps satisfaisants, il est fréquent, au bout d'un laps de temps plus ou moins long, que le caractère novateur du curriculum perde son attractivité et que les utilisateurs, consciemment ou non, tendent à revenir à d'anciennes pratiques. Si certaines pratiques relatives à sa mise en œuvre s'améliorent effectivement, d'autres peuvent, au contraire, se dégrader. On considère qu'il y a détérioration si les résultats obtenus s'éloignent des résultats attendus de manière significative pour l'ensemble des apprenants, pour certains établissements d'enseignement ou centres de formation ou encore pour des sous-groupes particuliers de la population-cible. Il convient alors d'identifier les causes de ces détériorations et d'expliquer par quels mécanismes elles influencent les résultats. Par ailleurs, d'autres facteurs peuvent altérer la qualité du curriculum, comme les transformations qui affectent la société et qui génèrent des attentes inédites à l'égard de ses membres, suscitant des besoins nouveaux en matière d'apprentissage, besoins auxquels le curriculum peut s'avérer incapable de répondre dans sa configuration initiale.

L'un des aspects essentiels du passage du concept de programme comme inventaire d'apprentissages à faire acquérir à celui de curriculum réside donc dans la manière dont on envisage sa conception, mais surtout son adaptation, à travers le pilotage de la formation et pas seulement la vérification de sa mise en œuvre à travers l'inspection et le contrôle de conformité (Cf. également le chapitre 3, section III : « Les enjeux épistémologiques et méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles en santé »).

3.2 Au-delà du contrôle de conformité

Ce pilotage repose d'abord sur le recueil d'informations. Il faut pouvoir disposer d'informations fiables et utilisables, appréhendées au travers de ce que nombre d'auteurs nomme les « indicateurs ». Un indicateur résulte de l'opérationnalisation de critères (Demeuse, 2006b). Sa fonction est de donner des renseignements sur les résultats ou sur le comportement d'un système d'enseignement. Les indicateurs peuvent être utilisés pour informer les parties prenantes (décideurs, enseignants, élèves, parents et le public en général – Bottani & Tuijman, 1994) et pas seulement pour sanctionner les écarts à la norme. Les indicateurs fournissent également une base permettant de susciter de nouvelles visions et de nouvelles attentes.

Il apparaît que la distinction entre statistique et indicateur dépend de la nature et de l'utilisation des données récoltées. Les prises d'informations pertinentes pour le pilotage d'un système sont par conséquent des indicateurs alors que toutes les informations récoltées ne peuvent prétendre à ce statut mais « l'évaluation est en réalité une pratique sociale contextualisée, régie par des normes, des coutumes et des valeurs qui

ne s'inscrivent pas toute dans la logique d'une totale rationalité. Comme toute pratique sociale, elle n'échappe pas à des jeux d'acteurs nombreux, et l'implicite y règne de manière évidente permettant aux différents acteurs de détenir une part de pouvoir à préserver jalousement : toute tentative de clarification est perçue avec un risque de mise en péril d'un équilibre social toujours fragile » (Dauvisis, 2006, p. 58). Il convient donc, pour éviter au maximum les malentendus, de disposer d'un référentiel ou d'en construire un, qui servira de base à chaque évaluation du curriculum et de bien documenter à la fois les critères (les grandes dimensions évaluées, comme la pertinence ou l'efficacité) et les indicateurs qui seront utilisés (Demeuse, Duroisin et Soetewey, 2012). C'est ce que Figari & Tourmen (2006) nomment « référentialisation ». Ce concept implique, comme en principe pour toute démarche d'évaluation, les caractéristiques suivantes :

- *définir l'objet à évaluer ;*
- *le situer dans un contexte et en repérer les acteurs ;*
- *en fixer les référents (c'est-à-dire attribuer à tels ou tels éléments extérieurs à l'objet une fonction de « comparants » par rapport auquel il sera mesuré) ;*
- *élaborer des critères et des indicateurs d'évaluation (c'est-à-dire des qualifiants de l'appréciation et des traces de leur existence ou de leur importance) ;*
- *renseigner les indicateurs avec des données (par le recours aux questionnements et aux observations) ;*
- *interpréter et restituer les résultats (c'est-à-dire élaborer une phase d'intégration des diagnostics et des recommandations en prévoyant les interactions avec les partenaires de l'évaluation).*

3.3 Modéliser un processus complexe

En ce qui concerne les critères à prendre en compte, il existe plusieurs manières de les définir. Pour notre part, nous recourons assez généralement au modèle proposé par Bouchard et Plante (2002), deux auteurs québécois qui articulent neuf dimensions essentielles (critères) qu'ils qualifient de « qualités transversales » parce qu'elles sont présentes quel que soit le curriculum évalué³, dans un modèle analytique de l'évaluation de la qualité d'une action de formation. Ils envisagent ainsi : la pertinence, l'à-propos,

3. Contrairement, par exemple à l'équité qui est contingente à certains curriculums, compte tenu des valeurs qui les sous-tendent, et pas à d'autres. Pour le dire autrement encore, si toute mise en oeuvre d'un curriculum peut ou non atteindre ses objectifs déclarés (efficacité), le fait que tous les apprenants maîtrisent ou non certaines compétences peut être considéré comme un objectif particulier lié à la manière de concevoir la formation (on pourrait lui préférer une sélection drastique des meilleurs et une élimination des élèves les moins performants).

l'efficacité, l'efficience, l'impact, la cohérence, la synergie, la durabilité et la flexibilité. Chaque qualité transversale est donc évaluée en examinant le degré de correspondance entre deux dimensions (par exemple, l'efficacité est évaluée en examinant le rapport entre les objectifs déclarés et les résultats obtenus grâce au programme). L'évaluation de chacune des qualités transversales permet de modéliser, de manière multidimensionnelle, la qualité globale d'un curriculum. Le recours à des indicateurs pour chacune des dimensions permet d'opérationnaliser l'analyse et de sortir d'une impression floue.

La **pertinence** est l'une des qualités transversales qui impose une définition précise et opérationnelle des objectifs du curriculum et des besoins des individus. C'est évidemment la première qualité d'un curriculum : les intentions et les objectifs doivent répondre à des besoins clairement identifiés.

L'**à-propos** d'un curriculum, ou de l'une de ses composantes, est une notion proche. L'évaluer consiste à examiner dans quelle mesure les contraintes liées au contexte et au terrain ont été prises en compte dans l'élaboration du curriculum.

L'**efficacité** est :

« le lien [...] entre les objectifs visés par [un programme de formation] et les résultats effectivement obtenus. Elle peut être considérée comme l'expression du degré d'atteinte des objectifs réellement visés ou encore comme le nombre d'objectifs effectivement atteints parmi l'ensemble des objectifs effectivement visés. » (Bouchard & Plante, 2002, p. 230)

L'**efficience** d'un programme de formation concerne son optimisation, une fois son efficacité avérée. Les auteurs précisent que :

« Pour être considéré comme efficient, un organisme ou une institution éducative doit satisfaire à l'une ou l'autre des deux conditions suivantes :

- *augmenter le degré d'atteinte des objectifs visés sans accroître les moyens alloués dans le fonctionnement pour y parvenir ;*
- *diminuer les moyens alloués pour son fonctionnement, sans diminuer le degré d'atteinte des objectifs visés, c'est-à-dire, sans réduire son efficacité. »* (Bouchard & Plante, 2002, p. 231)

Dans certains domaines, un programme de formation peut avoir des résultats qui n'étaient pas prévus et qui ne correspondent pas à des objectifs poursuivis officiellement. Il peut s'agir de l'influence d'un curriculum caché ou, plus largement, de l'effet inattendu, positif ou négatif, de certaines composantes du curriculum. On peut définir, de manière générale, le critère qui

recouvre cette idée et que les auteurs québécois baptisent “**l’impact**” en le définissant comme :

« le lien [...] entre les résultats attribuables [au curriculum], mais non voulus ou non visés de façon explicite à travers ses objectifs, et les exigences sociales, économiques, sociétales, physiques, psychologiques et autres de l’environnement dans lequel il agit et interagit. L’impact prend ainsi en considération la nature des effets non prévus [...] en lien [...] avec les attentes des divers environnements » (Bouchard & Plante, 2002, p. 232).

L’évaluation de la **cohérence** correspond à l’examen des ressources mobilisées afin d’atteindre les objectifs. Ces ressources regroupent les moyens humains et matériels mis en œuvre. Si les intentions pédagogiques sont bel et bien pertinentes, il convient encore de s’assurer de l’adéquation des moyens et de la compatibilité de ceux-ci entre eux. Par exemple, les enseignants ou les formateurs ont-ils des qualifications adéquates et complémentaires ? Le matériel qui leur est fourni peut-il leur être utile pour atteindre les objectifs de l’enseignement ou de la formation ? Les instructions qui sont fournies à chacun sont-elles compatibles ? Chacun partage-t-il bien les valeurs et les objectifs communs ? Voilà quelques questions qui permettent d’examiner concrètement la cohérence d’un programme.

La **synergie** évalue la mise en place et la coordination des moyens humains. Ce sont l’action collective de l’équipe et sa dynamique qui sont évaluées. À la prise en compte des aspects économiques des moyens (que l’on retrouve dans l’évaluation de l’efficacité), la synergie ajoute la prise en compte des actions et des caractéristiques des personnes, comme condition susceptible de concourir à l’efficacité. La synergie concerne la coordination, les communications, les attitudes, le climat organisationnel, bref, tout ce qui relève de la nature humaine et des interactions entre acteurs.

Cohérence et synergie ne sont donc généralement pas évaluées pour elles-mêmes mais plutôt dans le but de mieux identifier les causes de l’inefficacité, avec pour optique d’en limiter les effets négatifs.

Bouchard et Plante (2002, p. 230), définissent la **durabilité** comme *« le lien [...] entre les objectifs visés [...] et le maintien, dans le temps, des résultats obtenus »*. Ainsi, au-delà des résultats à court terme, la durabilité permet de prendre en compte le fait que *« les enseignants et les autres acteurs espèrent sans doute produire des effets à long terme et inscrire la formation dans un horizon temporel d’une certaine ampleur : les formations scolaires ne visent pas uniquement à permettre de réussir les examens de l’année scolaire en cours, mais à préparer les adultes de demain »* (Demeuse & Stauven, 2006, p. 205).

Enfin, la **flexibilité** correspond à la capacité d'adaptation et de changement du curriculum, compte tenu de ses conditions de mise en œuvre. Cette qualité transversale peut être envisagée comme une « méta » qualité. En effet, elle prend en compte les capacités d'adaptation au changement d'un curriculum et pas seulement son fonctionnement « ordinaire », dans des conditions stabilisées et à un moment donné. Plusieurs constats peuvent être établis dans l'analyse de la flexibilité. La « flexibilité efficiente » (Bouchard & Plante, 2002) correspond à la meilleure des situations car cela signifie que le curriculum est suffisamment souple pour permettre des améliorations sans un « détricotage complet ». Par contre, on parle de « flexibilité en rupture » lorsque des lacunes sont constatées et qu'une solution ne paraît pas envisageable dans le cadre initialement prévu. C'est la flexibilité qui permet d'assurer la pérennité sans nécessiter de réformes en profondeur. Cela ne signifie pas que les curriculums doivent être flous et les enseignants ou les formateurs versatiles, mais qu'un curriculum bien pensé, en fonction de l'identification de besoins, permet une certaine marge de manœuvre, pourvu que les acteurs concernés soient réflexifs. Un curriculum doit, par exemple, permettre de tenir compte de réalités locales et de contraintes prévisibles sans qu'il soit nécessaire de procéder à une refonte de l'ensemble. Ainsi, l'arrivée de nouveaux groupes d'élèves ne doit pas nécessairement remettre en cause la totalité du curriculum.

4 GÉRER, MAIS AUSSI PILOTER LA MISE EN ŒUVRE D'UN CURRICULUM DE FORMATION

4.1 Gérer et piloter

Au-delà de la gestion/administration quotidienne, deux fonctions majeures sont attribuées au pilotage d'un programme de formation : la première concerne l'identification des dysfonctionnements (pouvant survenir au cours de la conception, du développement ou de l'exécution du projet) et l'orientation vers les mesures nécessaires à prendre pour y remédier ; la seconde, en lien avec la première, consiste à identifier et analyser les causes de ces dysfonctionnements pour les éviter ou les réduire. Sur le plan général, le pilotage assume une fonction de régulation, grâce aux *feedbacks* recueillis, voire une fonction de prévention et de prospective. C'est aussi ce que certains auteurs appellent « mettre sous assurance qualité » (Dennery, 1999).

Le concept de pilotage permet également d'articuler les différentes fonctions de l'évaluation (Demeuse, 2006a ; Demeuse & Baye, 2001) et ne se distingue pas de l'évaluation orientée vers la décision envisagée par Stufflebeam, si on considère celle-ci comme un processus continu

et permanent. Entamer un débat sur l'importance ou sur la part respective de l'évaluation qualitative et de l'évaluation quantitative serait anachronique car ces deux approches sont complémentaires. L'essentiel est de savoir quand et pourquoi recourir à l'un ou à l'autre processus, selon les objectifs visés, les questions d'évaluation identifiées ou les décisions consécutives à prendre et, en conséquence, la nature des informations à recueillir.

Le pilotage consiste en un processus dont l'évolution est spiralee au sens où, après chaque cycle, impliquant prise d'informations, diagnostic, détermination des actions à entreprendre et mise en œuvre de celles-ci, d'autres cycles se succèdent tant que se poursuit le processus de formation.

Si la détermination des objectifs est centrale dans le modèle de pilotage, ceux-ci peuvent également évoluer dans le temps. Cela ne veut pas dire qu'ils changent constamment, au gré des contingences, mais qu'ils se transforment aussi, notamment en fonction de la réalité, des aspirations des acteurs et des contraintes. Cette adaptation relève de la flexibilité efficiente décrite par Bouchard et Plante.

L'évaluation vise à porter un jugement sur les contenus du curriculum et à déterminer dans quelle mesure des changements intentionnels et planifiés se réalisent effectivement ; néanmoins, elle ne peut ignorer des événements qui surgissent de manière inattendue, ni les dérives ou les effets pervers dont le curriculum est susceptible d'être victime.

4.2 Changer, améliorer, innover

Avant d'aller plus loin, il convient sans doute de préciser l'usage de quelques mots qui sont parfois utilisés de manière indifférenciée. Il en est ainsi, par exemple des termes « *changement* », « *innovation* » et « *amélioration* ». Ward (1969, p. 627), par rapport aux termes anglais correspondants⁴, distingue bien le sens précis qu'il convient de leur accorder. Ainsi, un changement implique uniquement une modification de la situation initiale, alors qu'une innovation constitue un changement conduisant à l'introduction d'éléments nouveaux ou rendant la situation nouvelle. La nouveauté peut être relative à un contexte donné : l'usage de l'informatique dans l'enseignement primaire en Belgique peut être considéré comme une innovation au sens où, même si l'informatique a déjà été introduite dans l'enseignement primaire dans d'autres systèmes éducatifs, c'est une nouveauté dans le système belge, à un moment donné. Le terme « *innovation* » est donc plus spécifique que le terme « *changement* ». De même, le terme « *amélioration* » introduit davantage de précision. Une amélioration implique en effet

4. Respectivement, « *change* », « *innovation* » et « *improvement* ».

trois composantes : 1) le changement d'une situation initiale jugée inadéquate ; 2) le changement en vue d'un modèle attendu et 3) l'évaluation des résultats obtenus par rapport à la situation initiale.

La distinction que nous venons d'opérer n'est cependant pas toujours bien perçue. Pour le dire autrement, il ne suffit plus de proposer « du neuf », il faut que le changement poursuive clairement des objectifs d'amélioration. Inbar (1996, p. 16) précise que « le véritable défi [de l'innovation] est celui de la capacité à faire passer les idées nouvelles dans la pratique, de la compréhension, de la volonté, de la compétence et de la possibilité de persévérer et de maintenir l'amélioration. » Cependant le terme « amélioration », en français du moins, reste peu employé, peut-être à cause d'une faible culture de l'évaluation puisque, pour parler d'amélioration, il faut pouvoir évaluer les résultats obtenus et les comparer aux résultats escomptés. Ceci suppose, à la fois, de disposer d'une définition opérationnelle des objectifs et des outils nécessaires. Windham (1996, p. 10) est encore plus sévère. Il précise en effet que « l'attrait pour la rhétorique de la réforme (et de l'innovation)⁵ est avant tout politique. L'utilisation de ces termes amène à penser que le changement est en cours ; ils servent à remettre à plus tard la nécessité de rendre des comptes – il faut attendre que la réforme ait été menée à son terme pour pouvoir évaluer les responsabilités. Bien entendu, quand on en arrive là, il sera temps d'envisager une nouvelle réforme. »

D'autres termes permettent d'affiner la discussion. S'inspirant des travaux de Cros, Bédard et Bécharde (2009, pp. 33-34) évoquent ainsi la « novation » qu'ils définissent comme « une invention, une nouveauté certifiée et objective [...] originale et [qui] représente une création qui n'avait auparavant aucune existence ». À titre d'exemple, les deux auteurs québécois citent l'apprentissage par problème (APP – *problem-based learning*) proposée à l'Université McMaster en Ontario à la fin des années 1960 dans le domaine de la formation médicale. Pour les deux auteurs, une innovation n'est rien d'autre que l'implantation d'une novation dans un autre milieu que le milieu d'origine de celle-ci (par exemple, l'adoption, aujourd'hui, de l'apprentissage par problèmes dans une quelconque université). Une rénovation, dans ce cadre, consiste en la révision d'une innovation ou d'une novation dans une perspective d'amélioration,

5. Inbar (1996, p. 23) définit les réformes comme « des actions importantes qui doivent être approuvées par la législation » alors que (p. 24) « l'innovation consiste à induire des changements fonctionnels par des moyens nouveaux. C'est le réaménagement des domaines d'action habituels pour les adapter à des situations nouvelles, et la création de nouvelles façons de percevoir et d'aborder les problèmes. L'innovation est en partie l'exploitation des occasions et des possibilités par des moyens créatifs qui font appel à l'improvisation. [...] L'innovation s'appuie sur l'adaptation souple, l'expérimentation et le changement orienté. »

cette rénovation pouvant ou non être cyclique. La réforme, pour sa part, consiste en un changement initié par une autorité hiérarchique et elle se manifeste par des modifications du cadre normatif (lois, décrets...), contrairement à l'innovation qui est initiée par « la base ». Compte tenu de sa relative autonomie, l'université connaît sans doute davantage d'innovations que de réformes.

4.3 S'intéresser au processus mais aussi aux résultats

La réussite de la mise au point d'un curriculum dépend des résultats obtenus, en regard des objectifs assignés, mais aussi de l'efficacité de la gestion des opérations successives à exécuter. Trop souvent, malheureusement, c'est à ce seul contrôle de processus que les systèmes éducatifs francophones se résument. À l'inverse, l'orientation vers les objectifs, exprimés en termes de résultats, ne doit pas, par un mouvement de balancier, dispenser de l'examen des processus et, notamment, de la gestion de l'innovation elle-même, cela d'autant plus que les objectifs sont parfois formulés à très long terme. Cette gestion comprend deux types d'activités complémentaires qui sont la gestion proprement dite du projet et son suivi ou son pilotage (*monitoring*).

Les activités de gestion et de pilotage doivent être intégrées dans la planification du projet, conçues et préparées en même temps que ce dernier. Il convient de s'assurer qu'un projet, même parfaitement élaboré, implique un suivi dès sa mise en œuvre. L'idée de l'innovation, et même l'arsenal législatif ou administratif, ne suffisent pas à sa concrétisation. Il s'agit de déterminer dans quelle mesure les composantes du curriculum continuent de répondre efficacement aux besoins du public-cible, étant donné l'évolution des besoins de la société, liés aux impératifs de son développement politique, économique, technologique, social et culturel⁶ (Cf. chapitre 1 et 3, section I : « Une perspective économique et politique des systèmes d'éducation et de formation » et « Responsabilité sociale des facultés de médecine »).

On pourrait résumer les principales questions à se poser lors de chaque évaluation du curriculum :

- Les valeurs que le curriculum s'efforce de promouvoir méritent-elles d'être revues, régénérées, réinterprétées, enrichies en fonction des constats réalisés, de l'évolution des besoins sociétaux et/ou de l'apparition de besoins nouveaux ?
- Les contenus des apprentissages restent-ils valides ou certains sont-ils devenus obsolètes, voire erronés, en raison de l'évolution des connaissances et des techniques ; cette évaluation s'avère particulièrement cruciale pour les disciplines scientifiques et leurs retombées

6. L'ordre de cette énumération ne correspond pas à une hiérarchie des valeurs.

techniques et technologiques et pour les formations fortement saturées dans ces composantes?

- Les moyens disponibles (matériel didactique, technologies de la communication, outillage...) sont-ils toujours adaptés ?
- Les stratégies didactiques et pédagogiques utilisées restent-elles d'actualité, compte tenu des connaissances les plus récentes acquises en sciences de l'apprentissage ?
- Les contenus du curriculum continuent-ils de répondre aux intérêts ou aux préoccupations du public-cible ?
- Le curriculum reste-t-il pertinent, compte tenu de l'évolution de son contexte d'implantation ?

5 CONCLUSION PROVISOIRE

Il est fréquent que les étapes et les opérations nécessaires à l'élaboration cohérente d'un curriculum de formation et à son pilotage ne soient pas mises en œuvre, et cela pour diverses raisons : délais d'exécution trop courts, manque ou faiblesse des compétences nécessaires, insuffisance des ressources financières, matérielles ou humaines, enjeux institutionnels et politiques, ... Toutefois, aussi modestes ou précaires que soient leurs conditions de travail, les concepteurs ainsi que les personnes chargées de piloter le programme de formation, et pas seulement de l'administrer, se doivent de rester attentifs à la qualité du système de formation et de faire preuve d'esprit critique à l'égard de leur production.

Parmi les conditions influençant le succès de la mise en œuvre d'un curriculum, le sens que lui donneront les institutions d'enseignement ou les organismes de formation concernés, les personnes chargées de son administration, ses utilisateurs et ses bénéficiaires, leurs capacités respectives à s'approprier le projet vont jouer un rôle déterminant ; jouent également un rôle capital la présence d'une réelle volonté politique de la part des décideurs et des responsables, les manifestations de leur intérêt à l'égard du projet et l'appui concret qu'ils lui apportent.

Tout curriculum possède sa propre dynamique ; c'est un produit évolutif, soumis aux progrès des connaissances réalisés dans la discipline ou dans le secteur de formation concerné et en psychologie de l'apprentissage, mais il est également tributaire des changements survenant dans l'environnement de l'institution ou de l'organisme de formation, dans les secteurs politique, économique, social, technologique et culturel de la société. La durée de vie d'un curriculum est donc limitée et sa révision régulière s'impose en vue de son actualisation.

La généralisation d'un curriculum à l'ensemble des institutions concernées ne garantit ni une égalité, ni une uniformisation des apprentissages, que ce soit sur le plan qualitatif ou quantitatif. Bien que les enseignants ou

les formateurs disposent d'un même « prêt à l'emploi », leur habileté à en tirer parti varie suivant la lecture qu'ils en font et leurs compétences pédagogiques. En outre, l'intérêt des apprenants et leurs réactions spontanées, les possibilités d'exploitation qu'offre l'environnement ainsi que l'apparition de situations imprévues interviennent également.

On ne saurait trop insister sur l'utilité de promouvoir une culture du pilotage et d'intégrer cette procédure dans la gestion des activités de développement et d'évaluation du curriculum. Or, l'importance de cette décision, déterminante pour la réussite du projet, est trop souvent encore sous-estimée.

Enfin, la conception, la rédaction et la présentation matérielle du document curriculaire doivent retenir une grande attention et faire l'objet d'un soin particulier ; il s'agit en effet de fournir aux utilisateurs un outil de référence fonctionnel et attractif, de consultation aisée et agréable à manipuler, sans jargon inutile mais sans simplification outrancière.

Chapitre 2

Développer des dynamiques d'apprentissage organisationnel au sein des organisations de santé

*Caroline LETOR**

1 INTRODUCTION

De nombreux projets sont développés dans les organisations de la santé comme dans les organisations de formation. À travers ceux-ci, les professionnels de la santé comme les formateurs cherchent à acquérir des compétences, à les partager, les transmettre et les faire adopter au sein de leur organisation de manière à ce qu'elles s'y développent et y perdurent. Ce faisant, ces professionnels de santé et ces formateurs développent des apprentissages collectifs et organisationnels.

Dans ce chapitre, nous développons les conditions qui permettent de faire des organisations de santé ou des centres de formation, des lieux d'apprentissage organisationnel. De manière à bien comprendre de quoi il s'agit, nous clarifions d'abord ce que signifie concevoir, mettre en œuvre et piloter des dynamiques d'apprentissage organisationnel pour les organisations de santé. Dans un deuxième temps, nous abordons des conditions qui favorisent la mise en œuvre de dynamiques d'apprentissage collectif

* Université catholique de Louvain (Belgique)
Groupe interdisciplinaire de recherche sur la socialisation, l'éducation et la formation

en organisation pour, enfin, expliciter la question de la conduite de ces processus et celle, plus spécifique du *leadership*.

2 QU'EST-CE QUE L'APPRENTISSAGE ORGANISATIONNEL ?

Il n'est pas rare que des innovations soient mises en place dans les organisations de santé ou dans des centres de formation des acteurs de la santé. À la recherche de l'amélioration des pratiques, les professionnels cherchent à mettre en œuvre des programmes, des méthodes, des techniques, des habitudes, qu'il s'agisse de l'habitude de se laver les mains, de l'amélioration du confort du patient ou de tout projet local dans une organisation de la santé ou qu'il s'agisse encore, à un autre niveau, d'instaurer une méthode d'enseignement particulière (pédagogie centrée sur l'apprenant, par étude de cas, par exemple) ou une réforme de programmes d'enseignement dans un centre de formation (approche intégrée par exemple). Il n'est pas évident de faire adopter de nouveaux projets par l'ensemble du personnel d'un service ou par l'ensemble des enseignants d'un domaine. Souvent, ceux-ci ne survivent pas au noyau de personnes qui les ont mis en œuvre. Les compétences développées ne se propagent pas dans l'organisation et s'évanouissent avec le départ de leur initiateur ou de leur commanditaire. Lorsqu'au contraire l'innovation se met en place au sein de l'organisation, s'y développe et se généralise, on assiste à ce que nous appelons un apprentissage organisationnel.

Nous définissons l'apprentissage organisationnel comme l'acquisition et le développement collectif et organisé de compétences partagées au sein d'une organisation. Cet apprentissage passe par les individus et les collectifs qui composent l'organisation et la font vivre à travers leurs interactions. Lorsque ces processus font partie des stratégies de l'organisation, celle-ci devient une organisation apprenante, c'est à dire un « système d'actions qui s'organise pour apprendre en permanence, capitaliser ses savoir-faire et ses compétences, pour les transmettre et se transformer volontairement, pour atteindre ses objectifs en fonction des évolutions de son environnement, de ses ressources, de sa culture, des représentations des acteurs en son sein » (Bouvier, 2004).

Comme on l'aura compris, développer des dynamiques d'apprentissage organisationnel relève de deux logiques apparemment opposées. Cela implique d'une part, une logique d'innovation et, d'autre part, une logique contribuant à la pérennité de celle-ci. Repérer, transférer, partager les savoirs, les savoir faire et les savoir être dans l'organisation et gérer cette production de connaissance sont les actions qui concourent à l'adaptation de l'organisation aux changements de son environnement et qui répondent aux intentions et aux missions que les acteurs de l'organisation se proposent de poursuivre.

3 CONDITIONS D'APPRENTISSAGE ORGANISATIONNEL AU SEIN DES ORGANISATIONS DE LA SANTÉ

Les organisations dont l'objet est la santé sont très variées en taille, en configurations, en missions. Elles dépendent de secteurs différents (public/privé). Elles dépendent de commanditaires de natures variées et s'adressent à une variété de bénéficiaires. Un réseau de dispensaires, une organisation non gouvernementale internationale, un hôpital citadin, un ministère de la santé, etc. sont autant d'organisations distinctes. Le travail ne s'y organise pas de la même manière.

Pourtant, ces organisations partagent un ensemble de missions essentielles liées aux soins aux personnes. Ces organisations ont également en commun des logiques de travail qui reposent à la fois sur une organisation professionnelle et une organisation mécaniste-bureaucratique. La première se reconnaît à l'esprit de collégialité qui anime les professionnels, à l'autonomie qu'ils se ménagent dans l'organisation de leur travail et à la faible hiérarchie instaurée entre eux. Les normes et les procédures sont internalisées par les professionnels, notamment au cours de leur formation qui contribue à une standardisation des qualifications et des connaissances. Le contrôle est non formel et se concrétise essentiellement par le regard critique des pairs. C'est la logique qui prévaut dans les équipes et les conseils de médecins et de soignants. La seconde logique sur laquelle repose l'organisation du travail en organisation de santé se caractérise par une importante division du travail (à chacun son service, sa spécialisation, son patient) et une ligne hiérarchique importante entre le sommet stratégique et les différents opérateurs (les uniformes en sont l'expression). Elle s'exprime par une formalisation des procédures pour coordonner le travail et par une standardisation des procédures. Cette dimension mécaniste des organisations de la santé s'est accentuée ces dernières décennies avec l'avènement d'une nouvelle forme de management venant du secteur privé (Merrien, 1999). Les organisations de la santé partagent à des degrés divers ces deux configurations, du moins dans leurs logiques. En effet, si les organisations intègrent d'autres manières de s'organiser (par exemple, autour d'un projet), ces logiques restent prégnantes dans les esprits et sont invoquées lorsque les personnes argumentent leurs actes, leurs choix ou leurs souhaits.

Weick (1976) synthétise cette double logique à travers le concept de « système faiblement articulé » (*loosely coupled system*). Un tel système se caractérise par :

- l'absence de lien fort entre les unités de l'organisation : chaque service fonctionne relativement indépendamment ;
- une faible coordination entre ces unités juxtaposées : il y a peu de lieux et de moments de coordination ;

- un certain degré d'isolement des parties : les professionnels connaissent peu l'activité de leurs collègues (chaque médecin a ses patients, chaque formateur a sa classe) ;
- des *feed-backs* peu présents : l'évaluation des actes est rare ;
- une grande autonomie des acteurs : chacun a autorité dans son domaine, son service, sa classe.

Cette faible articulation est en général perçue par le patient en hôpital s'il souffre de pathologies relevant de services différents, qui peuvent le conduire à des parcours mal coordonnés d'une structure à l'autre. Les organisations de formation qui se rapprochent de la forme scolaire partagent ces caractéristiques. C'est ainsi l'étudiant qui doit faire les liens entre les disciplines et les cours si l'intégration de ces contenus n'est pas prévue dans le curriculum. Dans ce cas, c'est le groupe « classe » qui constitue l'unité du système : chaque enseignant y agit avec une grande autonomie et avec peu de liens avec ses collègues. Pour illustrer ces organisations, nous faisons appel à l'image de boîtes à œufs (Lortie, 1975) où chaque service hospitalier, chaque classe, est représentée par une case. Un centre de santé ou un système éducatif peuvent être imaginés à partir de boîtes à l'intérieur desquelles les œufs ne s'entrechoquent pas et restent relativement isolés. Il ne s'agit pas d'un défaut d'organisation mais d'un type d'organisation. Les dimensions formelle et mécanique garantissent l'efficacité : ainsi, notamment, lorsqu'une décision est prise par le « *top management* », elle est rapidement transmise à la base de l'organisation. Dans des situations d'incertitude, d'urgence ou devant des situations inédites, les dimensions professionnelles deviennent particulièrement pertinentes : les compétences des professionnels et leur autonomie garantissent des solutions *ad hoc*.

Cette modélisation permet de rendre compte du constat selon lequel un grand nombre de micro innovations sont générées par des personnes isolées ou des groupes restreints dans ces organisations. Par contre, les changements à grande échelle sont difficiles à y implanter. Mettre en place des dynamiques d'apprentissage organisationnel dans de telles organisations constitue un défi lorsque l'on sait que celles-ci impliquent des modes flexibles de travail (tel que du travail par projets), des ajustements interpersonnels constants, ainsi que des moments de débats ouverts et argumentés.

Dans la section suivante, nous exposons les principes d'apprentissage organisationnel, de manière à mieux comprendre les freins et les leviers d'innovations dans ces organisations. La lecture habituelle attribue les freins au changement à des facteurs individuels (résistance, faiblesse de la motivation des personnels, personnalités peu collaboratrices). Dans ce chapitre, nous attirons l'attention sur les dimensions organisationnelles qui médiatisent les comportements des professionnels, de manière à identifier et à mettre en place des pistes organisationnelles et qui favorisent le développement et la généralisation d'innovations au sein de l'organisation.

4 DES PRINCIPES POUR DÉVELOPPER DES DYNAMIQUES D'APPRENTISSAGE ORGANISATIONNEL

L'étude de ces dynamiques dans les organisations bureaucratiques et professionnelles (Lator, Bonami et Garant, 2006) nous a permis de mettre en évidence des conditions de développement de connaissances partagées au sein de telles organisations. À partir d'une recherche effectuée dans le système scolaire, nous avons extrait quelques principes théoriques à vocation herméneutique. Le but était de mettre en évidence les processus au cœur de cet apprentissage ainsi que les conditions qui y prévalent. Ceux-ci ont été validés au cours d'interventions de formation et de conseil en organisations non marchandes.

Afin de caractériser et illustrer la mise en place de dynamiques d'apprentissage organisationnel, nous prendrons l'exemple du développement d'un référentiel de compétences en kinésithérapie, tel qu'il a été exposé précédemment dans cet ouvrage (Cf. chapitre 1, section III : « Développer une ingénierie de la professionnalisation et des compétences dans les organisations de santé : l'exemple d'un référentiel de compétences en kinésithérapie »). Nous exposons en profondeur les trois principes qui sont au cœur du processus : le principe d'objectivation et de controverse, le principe d'identification d'une situation significative et le principe d'appropriation par les acteurs. Nous présentons également, mais plus succinctement¹, les principes qui sous-tendent le pilotage de tels processus, définis comme dynamiques d'apprentissage collectif et organisé, à savoir : le principe relatif à la mise en place de logique de projets, celui concernant la remise en question de l'ordre ancien qu'implique tout changement organisationnel et, enfin, le principe de gestion de la connaissance.

4.1 Créer des lieux d'objectivation et de controverse

La production ou la création de connaissances partagées au sein d'une organisation passe par un important travail collectif d'explicitation des savoirs, des croyances, des valeurs, des attitudes, des méthodes, des manières d'agir, de communiquer, de décider, etc., en un mot de toute connaissance qui sous-tend l'action des professionnels. Ce travail est délicat parce que d'une part, l'accès à des connaissances automatisées que sont les connaissances pratiques n'est pas aisé et que d'autre part, toute action entreprise comporte des enjeux et des implications qui sont difficilement envisageables *a priori*.

Comme le montre l'expérience de développement d'un référentiel en kinésithérapie, un travail important de récolte de données, d'inventaire

1. Le lecteur curieux trouvera un développement en profondeur de ces principes appliqués aux champs de l'éducation et de la formation dans deux articles : le premier (Bonami, Lator, Garant, 2007) s'attache à décrire les différents principes ; le second Lator (2011) traite de la gestion des ressources humaines (et des risques) de la mise en œuvre de dynamiques d'apprentissage organisationnel.

des activités des kinésithérapeutes, de systématisation de l'information a été mené. Il est décrit comme « un travail méthodique et systématique documenté », les auteures insistant sur « les nombreuses discussions et les échanges » et sur la participation des acteurs à la construction du curriculum.

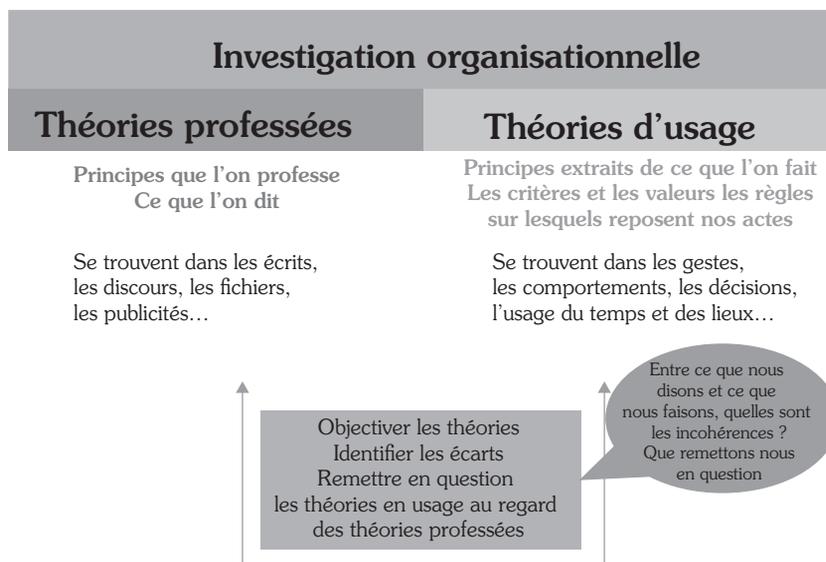
Pour Argyris et Schön (2002), la clé de l'apprentissage réside dans le fait de pouvoir objectiver les « théories d'usage », c'est-à-dire expliciter les théories et les valeurs institutionnelles qui sous-tendent effectivement les actions. Ces théories se distinguent des « théories professées » qui sont celles auxquelles les professionnels se réfèrent lorsqu'ils justifient explicitement leurs actions. L'adage « Fais ce que je dis, pas ce que je fais » illustre cette distinction. Non directement disponibles à la conscience, les « théories d'usage » sont des principes fondamentaux chargés de valeurs et de croyances, qui sous-tendent les actions des professionnels et les règles partagées au sein de l'organisation ; elles se cristallisent dans des objets qui ont une portée symbolique et émotive dans l'organisation. Ce processus d'investigation organisationnelle vise à les mettre en évidence, à confronter les « théories d'usage » aux « théories professées » et éventuellement à les remettre en question (voir figure 1).

Il est possible de constater que la plupart des organisations de la santé recourent à des campagnes de sensibilisation interne, qui passent par un affichage, par le journal interne, par des discours, par des sessions de formation (par exemple, pour la lutte contre les maladies nosocomiales, pour le confort des patients, pour un service de qualité, pour la formation continue, etc.). Ces discours révèlent les théories professées. Mais qu'en est-il dans la pratique ? Qu'est ce qui est effectivement valorisé ? N'y a-t-il pas de contradiction entre ce que ce qui est promu dans l'organisation par les discours et ce qui est promu dans les faits et les décisions ? Que nous enseignent les pratiques de promotion du personnel, les décisions d'allocation des ressources ? Les principes qui se cachent derrière les pratiques effectives constituent les théories en usage.

De même, dans le secteur de la formation, des contradictions entre les discours et les principes sur lesquels se fondent les actions sont perceptibles : c'est le cas, par exemple, lorsque les pratiques d'évaluation des apprentissages, qui constituent des indicateurs des théories en usage, restent cloisonnées autour des savoirs disciplinaires alors que les enseignants revendiquent une approche par compétences intégrée. Dans l'expérience de développement d'un référentiel en kinésithérapie, les auteures pointent le changement de paradigme auquel sont confrontés les enseignants, qui doivent évoluer d'une logique disciplinaire vers une logique de compétences. Elles relèvent que, dans les faits, c'est pourtant au regard de la logique disciplinaire que les enseignants sont recrutés. Dans ce projet, les théories professées pourraient s'énoncer par « pour enseigner dans une approche par compétences, un bon enseignant doit être un expert pédagogique » mais elles se trouvent confrontées aux théories d'usage, selon lesquelles « un bon enseignant est un

expert disciplinaire » (Cf. également la notion de curriculum caché, chapitre 1, section V : « Élaborer un curriculum de formation et en assurer la qualité »).

Figure 1. Principaux concepts de l'apprentissage organisationnel



L'apprentissage organisationnel repose sur une investigation organisationnelle qui permet l'objectivation des théories d'usage et la réflexion critique collective du rapport entre les théories d'usage et les théories professées (Argyris et Schön, 1995)

Les théories en usage ne sont identifiables qu'à travers une investigation organisationnelle. Celle-ci consiste en un exercice rigoureux de recueil et d'analyse de données au sein de l'organisation. Le but de cette investigation est de repérer ce que les auteurs appellent des « boucles défensives » (ou de rétention d'information) en enquêtant de manière à « mettre à plat » l'information, en rassemblant, clarifiant, spécifiant l'information manquante, floue ou ambiguë (Cf. figure 2). De manière à ce qu'elle acquière une dimension organisationnelle, cette investigation est organisée et soutenue par la hiérarchie. Pour plus d'objectivité, elle est opérationnalisée à travers l'usage d'enquêtes, d'entretiens voire à travers l'intervention d'une instance externe (audit). Elle peut faire l'objet d'un travail en équipe et faire l'objet d'une analyse critique et collective. Une telle démarche repose sur une méthodologie comprenant des étapes et des outils de recueil, d'analyse de données au sein de l'organisation ainsi que de validation et de communication des résultats au sein de l'organisation (Letor, 2009)².

2. Dans le guide paru en 2009 chez De Boeck « Comment travailler ensemble au sein des établissements scolaires et de formation ? », nous proposons une méthodologie de mise

Dans l'expérience de développement d'un référentiel de compétences en kinésithérapie, un protocole de récolte et d'analyse de données, organisé par étapes, recourant à des méthodes, sollicitant des phases et des instances de validation, a été mis en place. Un tel protocole n'est pas laissé à l'initiative de quelques professionnels motivés mais il est organisé : des ressources ont été allouées par le sommet stratégique, des intervenants extérieurs ont été sollicités, une politique de communication a été dessinée.

Figure 2. Exemples de boucles défensives identifiables au sein d'une organisation et inventaire des modes de résolution

Repérer et lever les boucles défensives	
Information floue	Spécifier l'information, la préciser, distinguer les éléments, nuancer
Information ambiguë	Clarifier la situation, expliciter les doubles sens, les connotations
Information non vérifiable	Définir des critères et des indicateurs, lever les freins à l'enquête
Rétention d'information	Révéler, expliciter, lever les boucliers
Information dispersée	Rassembler, concentrer l'information
Incohérence/incompatibilité	Identifier les points communs et les différences, les comprendre, distinguer valeurs, faits, motivations, émotions
Sentiment d'incertitude	Enquêter, révéler, anticiper
Impossibilité de débattre	Traduire le problème, identifier des hypothèses, les vérifier, trouver des pistes

Pour Nonaka et Takeuchi (1997), la création de connaissance en organisation repose sur la conversion de connaissances tacites et explicites. Les premières se réfèrent aux connaissances intériorisées, difficilement explicitées, concernant par exemple des habitudes, des modes d'agir, des méthodes, des croyances, des intuitions, des attitudes, etc. Les secondes sont celles qui sont rendues disponibles dans des documents, des discours, des schémas, des fichiers, des fresques, des partitions, etc. L'expérience de développement d'un référentiel de compétences en kinésithérapie illustre

en œuvre d'une investigation organisationnelle centrée sur le travail en équipe dans ces organisations.

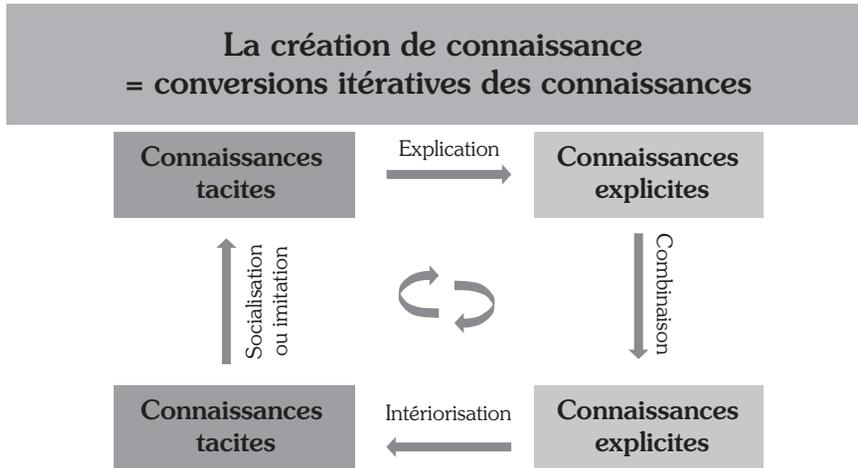
tout à fait cet exercice d'explicitation des savoirs tacites liés aux activités des professionnels de kinésithérapie et leur transposition dans un référentiel de métier.

Figure 3. Les connaissances tacites et explicites

Types de connaissances...	
Connaissances tacites	Connaissances explicites
<ul style="list-style-type: none"> - Impressions, intuitions, croyance, - identifiables dans des objets, des gestes, des attitudes - S'acquièrent par intériorisation, imitation, expérience individuelle - Se partagent par imitation et observation au niveau collectif 	<ul style="list-style-type: none"> - Conscientes, exprimables, communicables - identifiables dans les discours, les documents - S'acquièrent par réflexion et extériorisation individuelle - Se partagent par combinaison ou extériorisation au niveau collectif

D'après ces auteurs, la création de connaissance repose sur la conversion de ces connaissances. Cette conversion implique des interactions interpersonnelles et collectives voire organisationnelles (par exemple entre services ou entre organisations). Les auteurs distinguent quatre modes de conversion de connaissances : expliciter des connaissances tacites (externalisation) dans des conversations, des rapports, des schémas ; intégrer des connaissances explicites (internalisation) notamment en les automatisant ; faire part de connaissances explicites en les synthétisant, en les restructurant (combinaison) lors de conférences, d'exercices d'écriture ou de présentation ; convertir des connaissances tacites d'une personne en connaissances tacites chez une autre personne (socialisation), notamment par imitation. Ces quatre modes de conversion constituent la clé de tout processus de création de connaissance. Ils s'effectuent au cours des interactions entre des individus, des groupes, des départements, qui produisent, transforment, s'approprient et partagent des connaissances. Lorsque ces connaissances sont produites dans le cadre d'un projet organisationnel ou dans l'intention de contribuer à l'organisation, elles acquièrent un caractère organisationnel.

Figure 4. Modes de conversion de connaissances



Les modes de conversion de connaissances d'après Nonaka et Takeuchi, 1997

Expliciter les connaissances tacites, les objectiver de manière à les questionner nécessite une prise de distance outillée d'un recueil systématique du travail quotidien à travers l'observation ou l'enquête. Cette instruction exige également un effort d'explicitation des intuitions et des théories qui sous-tendent l'action. De plus, objectiver ne se fait pas seul mais requiert un exercice de réflexion critique et de controverse, c'est-à-dire une « mise à plat » des problèmes, une discussion ouverte, une critique collective et réflexive.

Dans l'expérience de développement d'un référentiel de compétences en kinésithérapie, les connaissances ont été converties à plusieurs reprises : à travers des phases d'explicitation (faire émerger les compétences, décrire les fonctions, les tâches, les situations, ...) à partir de l'expérience de professionnels et de phases de combinaison successives (production de documents, synthèses et validations successives des documents produits). Les référentiels ainsi obtenus ont pour objectif la formation de futurs kinésithérapeutes. En ce sens, la formation dans son ensemble, mais en particulier les stages, constituent pour les étudiants des occasions d'intériorisation et de socialisation de ces savoirs. Notons également que les conversions (explicitation et combinaison) engagées dans la production du nouveau curriculum ont été réalisées à plusieurs niveaux (micro, méso et macro) engageant un groupe de pilotage, des groupes de travail, des groupes de validation.

Ce qui limite cet exercice réside en partie dans le risque social et affectif que représente le fait d'exposer et de remettre en question ses pratiques au regard des collègues. Dans les professions où le contrôle se fait à travers le regard des pairs, dans les professions où la réputation

est importante, le fait de confier à ceux-ci sa parole, ses difficultés techniques, méthodologiques, relationnelles avec un patient ou un élève représente un risque. La qualité des relations interpersonnelles, faite de respect et de convivialité mais fondamentalement basée sur la confiance et la qualité des modes de communication, sous-tend ces processus et autorise à exposer à la discussion les éléments problématiques qui sont au cœur des pratiques. Un tel processus doit idéalement être favorisé par un *leadership* qui veillera à instaurer un tel climat. Dans l'expérience de développement d'un référentiel en kinésithérapie, les auteurs notent la réticence de certains enseignants à participer au processus. Néanmoins, les modalités organisées du travail de partage de connaissances (groupes de validation mis en place, communication ouverte sur les site Internet de l'école, ...) ont sans doute contribué à créer un climat de confiance organisationnel.

Deux conditions socio-organisationnelles sont au cœur du processus l'objectivation : la controverse et la confiance.

4.1.1 Favoriser la controverse

La controverse est constructive d'apprentissage (Johnson & Johnson, 2009) lorsque la discussion voit les participants chercher ensemble à résoudre une question à propos de laquelle ils ne sont pas d'accord. Elle se distingue du débat ou de la confrontation. Dans la controverse, les participants sont motivés par la recherche d'un consensus alors que dans le débat et la confrontation, il s'agit davantage d'une opposition de points de vue dans laquelle les participants argumentent et défendent leur opinion sans toujours chercher à comprendre celle de l'autre.

Le caractère constructif de la controverse réside dans le fait qu'elle présente des occasions pour les intéressés de se trouver en conflit sociocognitif (Doise et Mugny, 1981). Celui-ci a lieu lorsque les conceptions et les structures cognitives d'une personne sont confrontées à des informations incompatibles avec son système de connaissances préalable. Cette situation l'engage à rechercher un nouvel équilibre cognitif qui tiendra compte des informations perturbantes. La décentration que l'individu peut opérer sur son propre point de vue, l'information supplémentaire que les participants peuvent apporter, la possibilité d'entrevoir des solutions alternatives sont autant de sources d'apprentissage. Quelques conditions favorisent la controverse chez les adultes, *a priori* peu enclins à ébranler leurs convictions (Bourgeois & Nizet, 1997) :

- Il est préférable que les protagonistes partagent un degré faible d'asymétrie relationnelle car celle-ci inhibe la parole et la prise de position. Dans une relation hiérarchique formelle ou informelle ou dans une situation d'évaluation, le conflit ne peut se résoudre sur le plan cognitif ; il se vit sur le plan relationnel. Les (dés)accords aboutissent par complaisance, opposition, résistance, inhibition, ...

- L'intensité de la relation sociocognitive peut favoriser l'apprentissage si la fréquence des interactions verbales et des désaccords entre les personnes et si la qualité de l'argumentation sont suffisantes.
- Le climat social a une influence positive sur la résolution cognitive du conflit et donc sur l'apprentissage.
- Enfin, le degré de préparation des personnes à « entrer » en conflit avec autrui, que ce soit sur le plan cognitif ou sur le plan relationnel, a un effet sur la résolution cognitive de ce conflit. À défaut de former les professionnels de la santé au jeu de l'argumentation, la régulation du dialogue par un tiers ou par quelques règles constitue un atout.

Le respect des principes du dialogue, dans une relation de respect et de sympathie, peut favoriser l'exploitation des controverses dans des conditions qui président à l'apprentissage. Le dialogue, nous disent Martineau et Simard (2011) ce n'est ni du bavardage, dont l'objet est de maintenir un lien social, ni de l'argumentation gratuite, dont le but est d'obtenir gain de cause. Le dialogue est un exercice rigoureux qui vise à mieux comprendre une situation. Il est possible si les protagonistes partagent des codes communs et si ceux-ci acceptent *a priori* l'idée que d'une part, leur interlocuteur est susceptible d'avoir un point de vue légitime et que ce qu'il dit représente un apport potentiel et que d'autre part, leur propre point de vue est faillible.

4.1.2 Construire un climat de confiance collectif et organisationnel

Reprenant Ogien et Quéré (2006), nous avons défini la confiance (Letor, 2009) comme une relation faite de rationalité (cognitif) et de sentiment (affectif) entre au moins deux protagonistes. Cette relation est double puisque chacun des protagonistes croit que l'autre connaît et respecte les règles instaurées, souvent implicites, ainsi que les enjeux. La confiance est avant tout interpersonnelle. Elle peut également être engagée envers soi (confiance en soi), envers un groupe de personnes, envers des mécanismes (la fiabilité d'une voiture), envers des dispositifs sociaux (régulation par les pairs) ou envers une institution (confiance en la justice). Elle se construit avec le temps car elle inclut l'idée de fiabilité. Celle-ci se construit sur la base de la constance du répondant et de la connaissance de ses compétences. Dans les exercices de controverse inhérents au développement de dynamiques d'apprentissage organisationnel, nous avons repéré trois niveaux de confiance sensibles :

- La confiance en soi se fonde sur un sentiment d'auto-efficacité individuel et, dans le cas d'un travail de groupe, un sentiment d'auto-efficacité collective (Bandura, 1997). Elle permet de comprendre comment les individus et les collectifs s'engagent dans des actions.

Elle se construit à partir de la prise de conscience des compétences qu'a acquises l'équipe, de la compétence à travailler ensemble et de la conviction d'être efficaces dans une action commune.

- Pour entrer dans un processus de controverse et de réflexion critique collective, la confiance interindividuelle implique un risque accru : expliciter ses sentiments et ses pensées, dévoiler ses stratégies, exposer son point de vue à la critique, critiquer le point de vue de l'autre. Ces processus d'explicitation supposent que la parole ne soit ni trahie ni détournée, au risque de voir s'installer des boucles défensives (Cf. point 3.1). C'est un processus délicat au cours duquel il est attendu que chacun des protagonistes montre des signes qu'il connaît les règles convenues et qu'il les respecte. En temps normal, le rappel explicite de ces règles peut être interprété comme un manque de confiance et une remise en question des liens établis et ces règles restent tacites. En période de crise ou de changement, le recadrage de ce qui est convenu peut être opportun et sécurisant pour le partage de connaissances entre protagonistes et leur engagement dans des processus relativement risqués.
- Enfin, la confiance dans les dispositifs organisationnels consiste en la confiance dévolue à des structures et des procédures mises en place au sein de l'organisation. Si les logiques bureaucratiques présentes dans les organisations de la santé sont caractérisées par une division du travail tant verticale (hiérarchie) qu'horizontale (division des tâches), ainsi qu'un degré de formalisation important (horaires, titres requis, uniformes), ces caractéristiques ont pour vocation de garantir l'égalité de traitement des personnes. Elles constituent une base organisationnelle de confiance collective et organisationnelle. L'existence de procédures d'accès à certaines ressources (concours, formulaires, etc.), la mise en place de possibilité de recours, la nomination d'un médiateur, l'instauration du vote secret sont autant de dispositifs qui contribuent à construire un climat de confiance organisationnelle, à condition cependant que ces processus ne s'enlisent pas dans des actes procéduriers ou qu'ils ne soient pas détournés dans des jeux d'influence (et de corruption). Plus modestement, se saluer en début et fin de réunion, se présenter (tour de table), établir des règles d'écoute contribuent à instaurer la confiance au cours des réunions. La direction, par son statut et son rôle, représente une autorité garante de dispositifs fiables. Dans ce cadre, elle peut être digne de confiance à la fois en tant que personne et en tant que représentant institutionnel. Son rôle est d'entretenir la confiance en manifestant ses compétences, en agissant de manière constante et équitable, en instaurant ou en rappelant les règles. Dans l'expérience de développement d'un référentiel de compétences en kinésithérapie, l'ingénierie mise en place pour la construction du curriculum,

comprenant des moments, des lieux et des instances de concertation et de validation des connaissances produites, ont certainement contribué à l'instauration d'un climat de confiance autorisant la participation et la controverse.

4.2 Identifier un problème significatif

Selon plusieurs auteurs (Nonaka et Takeushi, 1997, Bouvier 2004), l'apprentissage organisationnel s'inscrit dans une logique de résolution de problèmes. L'identification d'une situation qui mobilise les personnes constitue en soi un enjeu pour entreprendre un processus de transformation profonde et durable de l'organisation. On peut s'attendre à ce qu'une situation qui touche le cœur du métier (« *the core business* ») et qui soit significative aux yeux des professionnels donne lieu à des apprentissages en profondeur. Cependant, des objets plus « périphériques », représentant un défi pour les professionnels, peuvent dans certains cas initier un travail de remise en question si ceux-ci touchent les acteurs, leurs intérêts et leur pouvoir d'action.

Une situation est significative lorsqu'elle mobilise les énergies, suscite des émotions, conduit les acteurs à prendre position les uns par rapport aux autres. Elle comporte des dimensions à la fois cognitives, sociales et affectives. Sur le plan cognitif, suivant Bourgeois et Nizet (1997), problématiser ne se réduit pas à enregistrer les plaintes mais à décrire, conceptualiser et mettre en perspective les éléments mis en évidence avec les objectifs poursuivis, en l'occurrence avec les objectifs du centre ou avec les missions du service de santé. Sur le plan affectif, les situations représentent pour les acteurs des défis à relever, pour lesquels une certaine dose de sentiment de compétence individuel et collectif est requise. Sur le plan social, les situations sont significatives lorsque les acteurs les investissent comme des objets d'intérêt et des lieux où ils ont un pouvoir d'action.

Illustrer ces processus exige une analyse des actions concrètes (de type analyse de cas), que nous n'avons pas réalisée pour l'exemple choisi de développement d'un référentiel de compétences en kinésithérapie. Dans le cadre de nos interventions en organisations, nous avons constaté que certains projets touchent davantage que d'autres. Par exemple, dans un but d'effectuer des économies d'échelle, un centre hospitalier décide d'engager un acheteur principal. Celui-ci a proposé dès son arrivé de centraliser l'achat de matériel dont celui des gants stériles. Le choix de gants plutôt que d'autres a fait l'objet de discussions vives – auxquelles l'acheteur ne s'attendait pas – entre chefs de service, au point qu'il était possible pour l'observateur extérieur que j'étais de se poser la question de savoir si l'objet de tant d'émotions était la qualité des gants (similaires entre les modèles choisis) ou la perte de pouvoir des chefs de service dans le champ des décisions qu'ils avaient à prendre. De même, ouvrir son cours de manière à faire

l'inventaire des contenus dans une perspective de réforme de programme peut donner lieu à des réactions surprenantes, révélatrices de l'attachement des enseignants à certains contenus auxquels ils s'identifient, telle celle d'un enseignant dans l'enseignement secondaire craignant de devoir renoncer à l'enseignement de la digestion du pigeon, non repris dans les nouveaux programmes ...

Le processus d'apprentissage organisationnel ne se programme pas. Il ne s'applique pas selon une procédure linéaire : ces situations peuvent émerger de changements contraignants, perçus comme tels par les acteurs (un contexte politique contraignant, comme dans l'expérience de développement d'un référentiel de compétences en kinésithérapie). Il peut également être introduit à partir d'une mission significative pour les acteurs. C'est ce que nous avons constaté dans le secteur scolaire, proche du secteur santé dans le sens où les activités de ces professionnels traitent de personnes et de leur devenir. Ce sont des métiers d'interactions humaines qui visent la transformation des bénéficiaires et qui nécessitent, contrairement aux métiers de service, leur concours pour y parvenir. Dans l'expérience de développement d'un référentiel de compétences en kinésithérapie, le projet de réformes va au-delà de ce qui est strictement imposé. À la lecture des données, il est possible de pressentir les choix qui ont été opérés, notamment l'introduction d'une perspective intégrée, le mode participatif de la construction du curriculum.

Dans les organisations les problèmes et les défis ne manquent pas. Afin d'identifier et de retenir une situation porteuse d'apprentissage organisationnel, cinq critères peuvent être avancés :

- Une situation significative est celle qui veut dire quelque chose et qui s'intègre dans les systèmes de représentations des personnes.
- Elle est significative parce qu'elle touche et affecte les personnes.
- Elle est significative parce qu'elle attire l'attention des acteurs, fait partie de leurs intérêts et affecte leur pouvoir d'action.
- Elle est significative parce qu'elle donne sens et qu'elle peut en cas de résolution, donner une direction aux actions car elle remet en question les valeurs et la vision de l'organisation.
- Enfin, elle est significative car elle touche un nombre significatif de personnes. Au-delà du nombre de personnes concernées et motivées, il s'agit de repérer quelle est la représentativité des différents corps de métiers, services et départements, des hommes et des femmes susceptibles d'y concourir car elle est susceptible, lors de la résolution, de modifier les rapports sociaux au sein de l'organisation.

En effet, il n'y a pas d'apprentissage organisationnel sans individus qui le portent. L'apprentissage organisationnel ne se résume pas à un simple transfert de connaissances mais à un partage de celles-ci à travers

un processus d'appropriation par les individus et les collectifs qui constituent l'organisation. La pertinence de la situation aux yeux des protagonistes constitue un élément clé d'apprentissage s'il permet l'appropriation du projet.

Figure 5. Ce que problématiser veut dire

Problématiser = ça veut dire	
– Identifier les situations problématiques	Sensibiliser – ça touche ?
– Les conceptualiser <ul style="list-style-type: none"> • en relation avec d'autres éléments 	Faire Sens – ça veut dire ?
– Les traduire : enjeux et alliances <ul style="list-style-type: none"> • buts, intérêts, affects 	Porter le sens – qui portent ?
– Les mettre en perspective <ul style="list-style-type: none"> • par rapport à une vision, un projet 	Donner Sens – quelle direction ?
Pas une simple collecte de plaintes, de dissonances, de dilemmes	

4.3 Créer des zones d'appropriation et des réseaux d'acteurs

Apprendre en organisation comporte une part d'innovation ordinaire (Alter, 2000) et donc d'aléatoire puisque cet apprentissage est fait de boucles de rétroactions, de circulation d'informations qui se transforment au cours de son développement : elles se propagent au cours des interactions entre les personnes et entre les entités de l'organisation. Ces réappropriations successives mettent en jeu un phénomène de « traduction » (Callon, 1986) de la part des acteurs qui leur donnent sens en fonction des intérêts qu'ils poursuivent, des projets qu'ils portent, des spécialisations qu'ils maîtrisent et de l'intensité de leur implication dans l'action collective. Chaque (type d') acteur comprend grâce à ses propres cadres de connaissances et, en fonction de ses intérêts, la situation de départ qui devient un enjeu de pouvoir et de contre pouvoir. L'interaction de ces traductions conduit à ajuster la compréhension de la situation et à partager des codes en partie communs. Par ailleurs, cette traduction s'accompagne de la construction de réseaux socio-techniques : des rapports sociaux faits d'alliances et de conflits se créent, des représentants émergent des groupes et les rapports sociaux se modifient. Ceux-ci sont médiatisés par des objets, des méthodes et des techniques qui les rendent concrets. Les innovations peuvent s'appuyer sur les acteurs réseaux constitués et identifiés.

Dans l'expérience de développement d'un référentiel de compétence en kinésithérapie, les auteurs mettent en évidence l'émergence de « porteurs de projets », l'élargissement progressif de l'équipe de pilotage, l'émergence de nouveaux objets d'attention (les mémoires). L'incertitude perceptible ouvre de nouvelles questions : « continuer à organiser une partie de la formation dans un logique disciplinaire ? ».

Les innovations produites se manifestent dans les représentations, dans les pratiques ou dans des objets : des connaissances professionnelles et organisationnelles (la manière de se comporter face à un patient, la manière d'appliquer des soins, la manière d'enseigner, l'attitude face à un étudiant en difficulté en stage). Elles sont rendues possibles grâce aux zones d'incertitude et de liberté laissées aux acteurs et que ceux-ci investissent : ils peuvent y exprimer leurs compétences, marquer l'organisation de leur passage, participer à l'organisation. Enfin, les objets et les techniques (ou artefacts) jouent un rôle prépondérant en rendant concrètes les idées, les intentions, les décisions, les règles, les représentations, ...

Il s'avère que ces processus d'appropriation prennent du temps, qu'ils sont discontinus, partiellement imprévisibles et peu programmables. Les oppositions et les contre pouvoirs font partie intégrante du processus. Cela ne signifie pas pour autant qu'un encadrement des initiatives soit stérile. Un pilotage comportant une visée et un système de régulation de la part de responsables permet que les actions entreprises par les individus et les collectifs rencontrent au moins partiellement les intérêts et les buts fixés au sein de l'organisation (Garant, 1996).

4.4 Instauration d'un *leadership* de type « gestion inspirée »

Nous avons insisté sur la part émergente des innovations. Pourtant de nombreux facteurs, partiellement du ressort de la direction de l'organisation – ou d'un département d'une organisation – conditionnent le développement de pratiques collectives réflexives (Letor, 2011). Nous pouvons les énumérer :

- l'élaboration et la communication d'une vision à laquelle les professionnels peuvent adhérer ;
- la composition d'une équipe de professionnels aux compétences suffisamment diversifiées et relativement stabilisée ;
- le maintien d'un climat de sécurité et de confiance (collective, interpersonnelle, organisationnelle), de manière à autoriser la participation et la franchise ;
- des dispositifs d'évaluation des actions entreprises ;
- la création de réseaux internes et externes à l'organisation, de manière à rester informé et à pouvoir saisir les opportunités qui se présentent dans l'environnement ;

- un système de communication et d'information envisageant la publicité et la reconnaissance, tant interne qu'externe, des innovations produites ;
- des dispositifs d'intégration des nouveaux professionnels et une politique de développement de leur carrière ;
- la mise en place d'un système de gestion de connaissances, afin de maintenir une sorte de mémoire organisationnelle à travers le stockage ;
- la communication et le partage des connaissances au sein de l'établissement ;
- enfin et simplement la création de conditions de travail collaboratif et d'innovations, notamment à travers des lieux et des temps mis à disposition des équipes, etc.

Dans l'expérience de développement d'un référentiel de compétences en kinésithérapie, plusieurs de ces conditions sont rencontrées. Le lecteur reconnaîtra la présence d'une vision prégnante autour des concepts de compétence et d'intégration des apprentissages, le témoignage qui est fait du soutien des directions des établissements engagés qui assurent autant les ressources humaines que matérielles. Cette vision est relayée par la mobilisation d'experts. Est perceptible également la présence de réseaux internes et externes aux établissements, assurant la représentativité des différents points de vue et type de personnels, la mise en place de dispositifs d'évaluation des actions, d'un système de communication des actions, de dispositifs de partage des connaissances au sein de l'établissement. La mise en évidence de conditions relevant de la direction ne se résume pas pour autant à un processus *top-down*, linéaire et lisse, plusieurs auteurs (Nonaka & Takeushi, 1997 ; Argyris & Schön, 2002) parlant de gestion milieu-haut – bas et recommandant de donner une part importante de *leadership* au management intermédiaire, attentif aux besoins et aux difficultés des opérateurs et informés des desseins de la hiérarchie. La désignation ou l'émergence d'acteurs de régulation intermédiaires, qui agissent en tant que *leader* du processus semble également être déterminant.

Comme l'ont remarqué la plupart des auteurs cités dans ce chapitre, il s'agit d'un processus intentionnel et organisationnel, à la fois incarné par une personne qui, en l'occurrence, représente une autorité légitime de l'organisation. C'est pourquoi nous parlons de gestion inspirée, qui comporte une combinaison de *leadership* et de gestion conjuguant le développement d'une vision qui donne sens aux actions avec une gestion active des conditions de collaboration, soutenant les innovations et les faisant connaître mais incluant également des dispositifs de régulation, de contrôle et d'évaluation de ces mêmes actions (Garant, Letor & Bonami, 2010). Si nous devons qualifier la nature du *leadership* déployé, il s'apparenterait à un *leadership* orientant les actions pour garantir l'efficacité (des soins

dans une organisation de santé, des apprentissages dans une organisation de formation), transformationnel (mobilisant et soutenant les équipes autour d'une vision de service) et distribué (responsabilité collective de l'orientation des actions). Il comprend également un *leadership* prudent qui prévient et protège les professionnels des risques de stress et d'épuisement qu'engendre la poursuite effrénée et aveugle de l'innovation. Dans l'exemple traité, l'incertitude et le malaise que celle-ci provoque sont bien présents. L'enchaînement des innovations est également perceptible : après s'être attaché aux stages, les enseignants commencent un travail de réforme du mémoire. Le risque est de ne pas s'arrêter et d'épuiser les énergies en présence (Lator, 2011).

L'aspect organisé se trouve dans les modes de gestion et de *leadership* développés au sein de l'organisation. C'est en effet lorsque l'apprentissage est orienté intentionnellement pour rencontrer les missions définies au sein de l'organisation que l'apprentissage acquiert un caractère organisationnel. Il se manifeste par les compétences qui se généralisent et perdurent dans l'organisation.

5 CONCLUSION

Mettre en place des dynamiques au sein des organisations de santé ou dans des centres de formation, qui donnent lieu à de l'apprentissage organisationnel n'est ni le fruit du hasard ni un simple exercice qui se résout à coup de recettes, de décrets ou d'injonctions. C'est pourquoi nous avons présenté les conditions d'apprentissage organisationnel sous forme de principes qui, mis en œuvre et traduits dans un contexte organisationnel donné, préfigurent des dynamiques de développement de compétences partagées. Cet exercice reste délicat et représente un défi mobilisateur pour les organisations de la santé.

Nous avons pu mettre en évidence dans ce chapitre quatre principes qui sous-tendent l'apprentissage organisationnel. Le lecteur aura trouvé dans ces lignes l'essentiel des processus mis en évidence (Bonami, Lator & Garant, 2010, Lator, 2009, 2011). En ce qui concerne le principe mettant en évidence une logique de projet implicite aux dynamiques d'apprentissage organisationnel, nous pouvons en quelques mots dire que ces dynamiques induisent une organisation du travail plus flexible, présidée par le cours du projet, mettant en réseau des acteurs internes et externes à l'organisation pour un temps déterminé. En ce qui concerne le principe concernant les processus de restructuration de l'ordre établi, présents dans toute démarche d'innovation, nous pouvons relever quelques idées. En effet, apporter du nouveau signifie renoncer à l'ancien. Partager ses connaissances et ses projets avec d'autres suppose les voir examinés, remis en question, déconstruits et reconstruits. De plus, que ce soit à titre individuel ou collectif, mettre

en place des dynamiques d'apprentissage organisationnel reste un exercice qui impose des choix et des compromis. Enfin, le dernier principe non développé ici traite de la gestion de la mémoire organisationnelle au cours du processus et du *Knowledge Management*. À ce propos, nous renvoyons les lecteurs à des ouvrages sur cette dimension importante du processus (Prax, 2003, Bouvier, 2004).

Comment développer un projet, une innovation voire une culture organisationnelle qui répondent à la fois aux spécificités du centre et à des contraintes externes ? Il nous semble que le développement de dynamiques d'apprentissage organisationnel qui engagent la participation des professionnels mais aussi des personnels de la recherche, d'appui méthodologique, administratif et technique constitue une manière de trouver des réponses à des questions stratégiques, tout en respectant d'une part, les finalités dessinées en interne et les contraintes externes et en ajustant, de l'autre, les moyens et les fins. Il nous semble que le modèle d'apprentissage organisationnel convient aux organisations du monde de la santé, puisqu'il repose sur un travail collégial de réflexion critique et sur la participation des acteurs, proche des modes de travail en équipe qui y sont promues traditionnellement.

En marge de la section

Comprendre que le leadership
n'est pas uniquement
un trait de personnalité
mais qu'il peut se construire
dans le cadre d'un apprentissage
situé et réflexif

*Florence PARENT**,
*Jean JOUQUAN***
*et Assaad AZZI****

On accorde de plus en plus d'attention au concept de *leadership* en tant que levier d'action dans le milieu de la santé et plus particulièrement dans les milieux de la formation en santé (Arweiler, 2010). On y voit le moyen

- * *Université libre de Bruxelles (Belgique), École de santé publique
Centre de recherche CRISS – Approches sociale de la santé et
Centre de recherche POLISSI – Politiques et systèmes de santé – Santé internationale*
- ** *Université de Brest, Université Européenne de Bretagne (France)
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Équipe d'accueil EA 4686 « Éthique, professionnalisme et santé »*
- *** *Université libre de Bruxelles (Belgique)
Unité de psychologie sociale*

de promouvoir des professionnels de la santé engagés dans des processus de changement, cette nécessité ayant émergé dès lors que, dans le même temps, le secteur avait pris conscience que le changement ne s'opérait pas uniquement en planifiant des réformes. Ainsi, l'importance de pouvoir s'appuyer sur une masse critique de professionnels de la santé capables de mener, d'accompagner, de « coacher » un changement, une innovation ou une amélioration, voulus par ses acteurs dans un système de santé, quel que soit le niveau visé, apparaît désormais tout aussi essentielle que le plan d'action ou la stratégie d'intervention eux-mêmes (Cf. chapitre 1, section V : « Développer des dynamiques d'apprentissage organisationnel au sein des organisations de santé »).

Le concept de *leadership* s'est ainsi progressivement installé comme une compétence à développer pour un grand nombre de professionnels de santé, dans le cadre de nombreux profils. Cependant, ce concept reste lié à des représentations très diversifiées. Ainsi, la perspective que les attributs reconnus à un *leader* puissent résulter du développement de compétences, c'est-à-dire d'un apprentissage, constitue en soi, parmi les diverses représentations possibles, une approche originale et innovante, en rupture avec le modèle classique du *leadership* charismatique, de nature nettement plus déterministe.

Dans la perspective de l'accompagnement de réformes ou de changements en éducation mais aussi dans le cadre de la formation des professionnels de la santé, la présente contribution se propose de clarifier le concept de *leadership* et de fournir quelques repères, utiles pour l'envisager dans une perspective éducationnelle, c'est-à-dire comme résultat explicitement attendu d'une formation. Les éclairages sollicités font appel aux théories de la dynamique de groupe relatives au champ de la psychologie sociale et à la perspective pédagogique de l'apprentissage situé et de la pratique réflexive (Cf. chapitre 1, section IV : « Promouvoir les pédagogies actives comme soutien à la pratique réflexive et à l'apprentissage en profondeur »). L'intention est de proposer des alternatives au modèle du « grand homme » – *leadership* charismatique –, trop exclusivement fondé sur les théories de la personnalité.

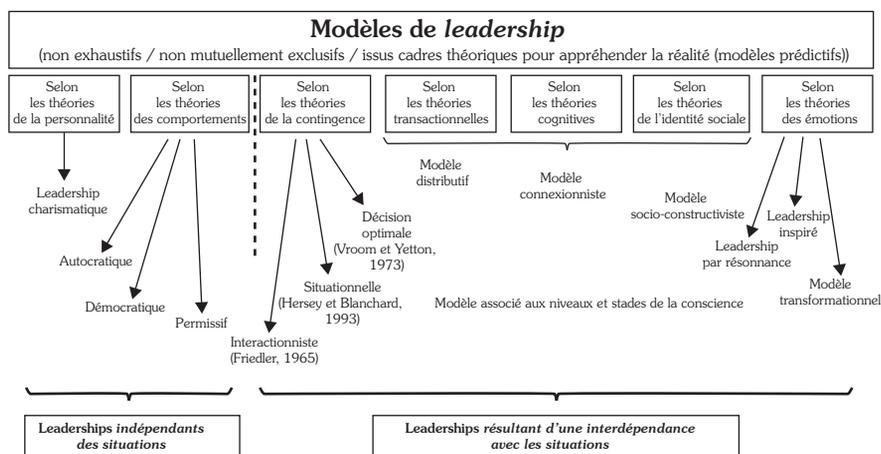
1 LE CONCEPT DE LEADERSHIP

Le *leadership* correspond à la capacité d'un individu à mobiliser un groupe en faveur de finalités diverses, *a priori* clairement explicitées. La figure 1 propose une tentative de synthèse non exhaustive de plusieurs modèles de *leadership* existants, qui ont été élaborés en lien avec plusieurs théories. Bien que cette typologie puisse être mise en perspective avec des repères chronologiques successifs, dont rend compte la figure de gauche à droite, cette correspondance n'est pas formelle ni systématique.

Les différents modèles ne sont par ailleurs pas mutuellement exclusifs ; les différentes perspectives théoriques peuvent en effet être articulées les unes avec les autres, certains modèles étant à cet égard plus englobants que d'autres.

La distinction essentielle, représentée par la ligne verticale discontinue sur la figure 1, considère, d'un côté, les modèles qui rendent compte de *leaderships* qui seraient indépendants des situations où ils s'exercent et, de l'autre, ceux qui rendent compte de *leaderships* résultant d'une interdépendance avec les situations où ils s'exercent.

Figure 1. Une typologie des modèles de leadership



2 DES CONSTRUIITS THÉORIQUES DU LEADERSHIP ISSUS D'INFLUENCES VARIÉES

Si l'on exclut *a priori* toute référence au *leadership* politique, et parmi les nombreux modèles disponibles, trois modèles de *leadership*, exploités notamment dans le monde managérial et dans le milieu des organisations, sont particulièrement représentatifs. Ils concernent des *leaderships* s'exerçant dans le cadre de dynamiques de groupes de tailles variables, limités à des enjeux institutionnels et de gestion de projets. Il s'agit respectivement : du modèle de *leadership* charismatique, dont rendent compte les théories de la personnalité, du modèle interactionniste de Fiedler (1967), développé en lien avec la perspective de la contingence, et du modèle connexionniste, faisant appel aux théories cognitives.

2.1 Le modèle charismatique est le prototype des modèles de leaderships indépendants des situations et des contextes authentiques où ils s'exercent, qui sont tous globalement développés en en lien avec les théories des comportements

De façon plus spécifique, ce modèle fait appel aux théories de la personnalité, proches des théories des comportements. Les théories comportementales font référence aux toutes premières recherches sur le *leadership*, dont celle de Lewin, Lippit et White (1939), sur les effets de *leaderships* répondant à divers styles, par exemple « autoritaire », « démocratique » ou « permissif ». Dans ces modèles, et quel que soit le style de *leadership*, il y a un *leader* et des suiveurs, même si les études dégagent les avantages d'une conduite démocratique. Un tel style, qui met en avant le principe de « participation » comme clé de la réussite, rend mieux compte, en effet, de la nécessité de prendre en compte les spécificités et les demandes du groupe et de ses membres, dans une dynamique plus proche de celle modèles inspirés par les théories de la contingence.

2.2 À l'inverse, plusieurs modèles considèrent que les leaderships résultent d'une interdépendance avec les situations où ils s'exercent

Ces modèles font référence à la nécessaire prise en compte des facteurs contextuels et mettent l'accent sur la réceptivité des chefs à un groupe particulier. Les différents modèles se distinguent selon leurs ancrages respectifs sur les théories de la contingence, les théories transactionnelles, les théories cognitives, les théories de l'identité sociale ou encore les théories des émotions qui constituent un cadre en essor. Dans le cadre de ce bref éclairage, nous nous limiterons à indiquer que le modèle du *leadership* qui s'adosse aux théories transactionnelles confère une place centrale à l'individu *leader*, en transaction avec d'autres personnes, tandis le modèle du *leadership* distribué situe les interactions dans un registre plus global, prenant en compte l'ensemble des modalités de distribution de *leadership* à travers divers personnes, objets ou dispositifs. Nous insistons davantage sur deux autres modèles, déjà cités, qu'inspirent respectivement les théories de la contingence (modèle interactionniste de Fiedler) et les théories cognitives (modèle connexionniste).

2.2.1 Le modèle interactionniste de Fiedler est le prototype des modèles développés au regard des théories de la contingence

Dans cette perspective, le *leadership* est envisagé de façon émergente, en interdépendance avec les situations réelles rencontrées, le modèle de Fiedler rendant particulièrement compte de l'interaction entre le style de *leadership* et les caractéristiques de la situation, comme l'illustre la figure 2. Fiedler considère cependant que même un bon équilibre entre différents styles de *leadership*, tels qu'ils sont possibles en référence à l'approche comportementale du *leadership*, c'est-à-dire respectivement orientés vers la tâche ou les relations humaines, n'assure pas systématiquement l'efficacité d'un groupe. Par ailleurs, il remarque qu'un style de *leadership* peut être efficace dans un contexte et pas dans un autre, le lien direct entre style de *leadership* (ou comportement) et efficacité n'existant pas. Selon lui, les vrais chefs émergent comme une fonction de l'interaction entre la personne et la situation, d'où le concept de « contingence », qui rend compte du processus d'adaptation aux contraintes de l'environnement.

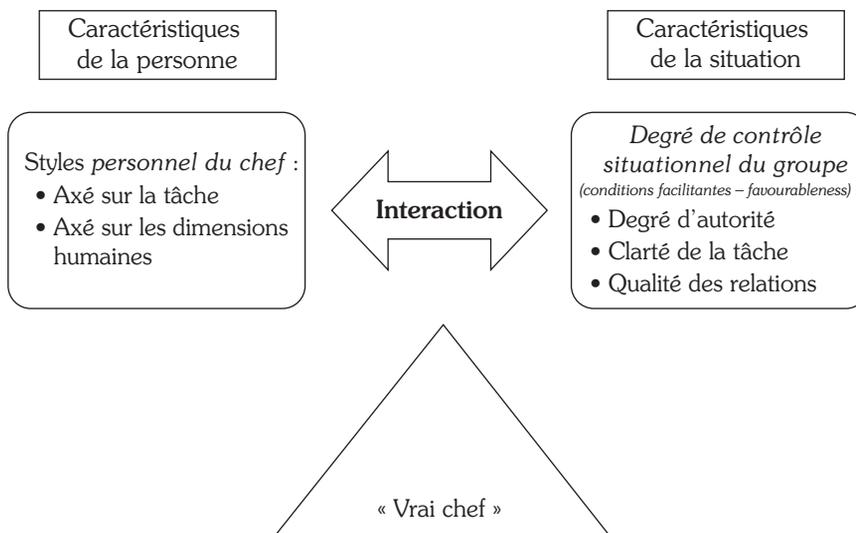
Pour autant, relativement à la composante personnelle de l'interaction, Fiedler ne s'oppose pas à ce que l'on distingue l'orientation par la « tâche » de l'orientation par la « relation humaine ». Relativement à la composante situationnelle de l'interaction entre le leader et le groupe, Fiedler considère que trois conditions sont facilitantes : le degré d'autorité, la clarté de la tâche et la qualité des relations (Cf. figure 2). En considérant que chacune des trois conditions de la situation peut être élevée ou faible, il y a donc six combinaisons possibles qui rendent compte du degré de facilitation (*favourableness*) du *leadership*.

Malgré certaines imperfections, le modèle de Fiedler semble relativement prédictif, comme l'ont notamment montré certaines études ultérieures, notamment celle de Strube et Garcia (1981). Néanmoins de nombreuses controverses tendent à encourager le développement de modèles encore plus prédictifs, de plus en plus précis. Parmi ceux-ci, les modèles se réclamant de la théorie du leadership situé (*situational leadership theory*) de Hersey et Blanchard (1993) ou encore de la perspective de la prise de décision optimale (*optimal decision making*) de Vroom et Yetton (1973), l'un et l'autre toujours en lien avec les théories de la contingence, sont aujourd'hui relativement influents.

Au-delà des forces et des faiblesses propres de chaque modèle, l'essentiel est de comprendre que l'on tente d'élaborer les modèles prédictifs les plus précis possible. Pour ce faire, on évolue d'une logique centrée sur la personne vers une logique centrée sur la situation, en visant un niveau plus complexe encore, centré sur l'interaction « personne-situation ». Une telle évolution conduit dès lors assez naturellement, pour tenter de

dépasser les inextricables difficultés auxquelles on est confronté lorsqu'il s'agit, par exemple, de choisir « *the best leader* » lors d'un recrutement, à s'inscrire dans une logique de formation à des compétences « situées », exercées par un *leader* dans des situations ou familles de situations bien identifiées.

Figure 2. Le *leadership* selon les théories de la contingence : le modèle interactionniste de Fiedler (1964)



2.2.2 Parmi les modèles qu'inspirent les théories cognitives, le modèle de leadership dit connexionniste s'appuie sur une perspective qui cherchait à dépasser les limites des premiers modèles très computationnels de traitement de l'information

La perspective connexionniste intègre la perspective cognitiviste et y ajoute l'idée que le *leadership* est une perception sociale et non pas une personne. Une personne devient *leader* lorsqu'elle est perçue comme tel. La causalité des conduites n'est ainsi à rechercher ni chez le *leader* ni chez les suiveurs mais plutôt au niveau du contexte écologique qui produit des réponses cognitives et affectives chez les membres du groupe.

Selon cette vision, qui se base sur les niveaux et stades de la conscience en privilégiant la réflexivité comme modalité d'action, « le *leadership* est un produit d'un système social influencé par la tâche et son contexte, tout comme par les caractéristiques individuelles de chaque

membre du groupe de ce système » (Hogg, & Tindale, 2001). Le *leader* ajuste et régule son comportement sur base d'une variété de variables contextuelles, liées, par exemple, à la tâche, à la culture du milieu, aux performances en jeu, aux dispositifs organisationnels concernés, etc. Pour retraduire ses perceptions et adapter ses comportements futurs, il s'appuie notamment sur des compétences de nature socio-émotionnelle, les personnes ayant une intelligence sociale élevée semblant capables de perceptions et de schémas plus élaborés, une telle notion ouvrant elle aussi des voies fécondes pour envisager des dispositifs pédagogiques dédiés à l'apprentissage du *leadership*.

3 DEUX REMARQUES PEUVENT ÊTRE FORMULÉES EN CONCLUSION

Sur un plan pédagogique, la conception selon laquelle la capacité à exercer un *leadership* peut notamment relever de compétences, construites grâce à des apprentissages situés dans le cadre d'une pratique réflexive, soulève la question de sa transférabilité. L'exercice de telles compétences à l'intérieur d'une famille de situations homologues à celle des situations d'apprentissage en est le premier niveau. Au regard des sciences de l'apprentissage, un travail spécifique de décontextualisation et de recontextualisations itératives, exploitant des savoirs spécifiques pour construire des connaissances adaptées, résultant notamment de la mise en œuvre de stratégies de discrimination et de généralisation, est nécessaire pour que ces capacités acquièrent le statut de compétences réellement transférables, notamment à d'autres familles de situations (Cf. chapitre 1, section IV : « Promouvoir les pédagogies actives comme soutien à la pratique réflexive et à l'apprentissage en profondeur »). Il convient en outre d'avoir à l'esprit que de telles compétences ont vocation à être mobilisées judicieusement, dans les situations qui exigent authentiquement l'exercice d'un *leadership*, nul n'ayant vocation à devenir un *leader* permanent !

Au plan spéculatif et conceptuel, il est permis de se questionner sur la pertinence qu'il y aurait à reconsidérer la distinction *princeps*, telle qu'elle était illustrée sur la figure 1, entre les modèles de *leaderships* indépendants des situations et les modèles de *leaderships* résultant d'une interdépendance avec les situations où ils s'exercent. Ainsi, la vraie rupture paradigmatique pourrait ne plus se situer, comme on l'envisageait, entre les modèles issus des théories de la personnalité et des comportements et ceux issus de la théorie de la contingence mais plutôt, *in fine*, entre les modèles inspirés par les théories de la contingence et ceux qu'orientent aujourd'hui les théories cognitives.

Pour ne pas conclure

Jean JOUQUAN*

Florence PARENT**

*« La mentalité humaine, dans son état naturel,
est toujours limitée dans sa vision,
bornée dans sa compréhension,
rigide dans ses conceptions. Il faut donc faire un constant
effort pour l'élargir, l'assouplir et l'approfondir.
Ainsi il est très nécessaire de considérer toute chose
à autant de points de vue que possible ».*
Sri Aurobindo Ashram, 1952

L'ouverture, par une citation extraite d'un texte de référence spirituel, de ce qui ne voudrait surtout pas être une conclusion, au sens où il faudrait comprendre par-là que cet ouvrage serait une somme finie, n'est pas aussi naïve qu'elle pourrait le paraître.

Ce projet éditorial avait l'ambition première de proposer une vision et des repères pour étayer une réflexion critique sur l'élaboration ou la régulation d'un curriculum de formation de professionnels de santé. L'argument central considérait la santé et l'éducation comme étant des conditions d'émancipation des personnes et faisait l'hypothèse d'un parallélisme, voire d'une authentique convergence, entre l'approche éducationnelle centrée sur l'apprenant et l'approche en santé centrée sur le patient et les communautés, en avançant même que l'une est une condition nécessaire de l'autre. En guise d'épilogue, nous voudrions exciper de ce corpus de savoirs partagés avec le lecteur, qui pouvait cependant, en première approche, paraître quelque peu hétérogène, trois idées-forces.

La première est liée au postulat selon lequel l'élaboration d'un programme de formation en santé doit fondamentalement être guidée par une réflexion sur ses finalités et qu'il appartient aux professionnels de santé

* Université de Brest, Université Européenne de Bretagne (France)
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Équipe d'accueil EA 4686 « Éthique, professionnalisme et santé »

** Université libre de Bruxelles (Belgique), École de santé publique
Centre de recherche CRISS – Approches sociale de la santé et
Centre de recherche POLISSI – Politiques et systèmes de santé – Santé internationale

eux-mêmes de s'en emparer, pour ne pas s'en laisser détourner. Une telle perspective nécessite, de la part des concepteurs de programmes de formation en santé, qu'ils développent une vision engagée de leur action, orientée par le principe de responsabilité sociale des institutions de formation. Ceci doit inclure une réflexion critique intégrant les facettes multiples des compétences professionnelles visées, pour éviter qu'elles ne soient caricaturalement réduites à la maîtrise d'un répertoire normatif de prestations de service standardisées. L'enjeu ultime est bien celui du développement d'une posture de reconnaissance de la personne, irréductible lorsque les finalités poursuivies concernent la santé et l'éducation mais dont il convient de prendre lucidement conscience qu'elle peut être menacée par des finalités concurrentes, comme par exemple, dans le contexte historique, économique et sociétal actuel, celles portées par la perspective managériale et néo-libérale, lorsque celle-ci confond, parfois simplement par maladresse mais souvent intentionnellement, les buts et les moyens.

La deuxième idée-force est liée à la conviction de la pertinence et de la puissance du levier éducatif comme moyen à privilégier au service d'une finalité émancipatrice de l'individu et des collectivités. En s'appuyant sur un processus de construction d'une épistémologie des pratiques professionnelles en santé, il devient dès lors possible de soutenir une vision de l'action pour la santé recourant à des stratégies alternatives de gestion des ressources humaines, complémentaires de celles promues par la seule logique quantitative de l'allocation de ressources. À cet égard, c'est précisément le rôle de l'action éducative que de mettre en œuvre, dans le cadre de dispositifs curriculaires et pédagogiques cohérents avec la perspective socio-constructiviste, des expériences authentiques, soutenant l'apprentissage en profondeur et la réflexivité, et sollicitant un partenariat sincère entre les professionnels de l'éducation, les professionnels de la santé, et les patients et communautés que ces derniers auront à servir.

La troisième idée-force est à énoncer en lien avec la nature des différentes contributions qui ont été sollicitées, marquées par l'éclectisme de leur origine disciplinaire ou professionnelle. En référence à la distinction kantienne, on peut souligner que chacune d'entre elles s'est efforcée de développer à la fois un jugement analytique et un jugement synthétique. Ainsi, il s'est agi, d'une part, de décomposer les différents concepts ou notions présentés, en explicitant les attributs qu'ils contenaient ; il s'est agi, d'autre part, de les élargir, en décrivant des applications ou des contextes de transpositions possibles. *In fine*, l'intention était d'argumenter la légitimité de ces multiples éclairages pour guider la réflexion relative à la formation des professionnels de santé.

En conséquence, au fil des chapitres, cet ouvrage a tenté d'argumenter le parti pris selon lequel l'ingénierie des compétences et de la professionnalisation doit se centrer autant sur le développement personnel

que sur le développement professionnel, en revendiquant délibérément la conviction que le concept de compétence peut être porteur d'une force émancipatrice, pour autant que soit exercé un regard critique sur ses prémisses et son usage. C'est vers cette promesse qu'invitait à se projeter la réflexion sur la responsabilité sociale des institutions de formation mais c'est aussi à cette prudence qu'invitait le partage d'une perspective critique sur les cadres européens de formation et de certification.

Le lecteur a également été invité à explorer la perspective issue du double champ de la psychologie sociale et interculturelle et de la sociologie des organisations, en postulant qu'elle fournissait des cadres de référence et quelques outils appropriés, permettant d'appréhender la problématique des relations inter-groupes et inter-personnelles, et en examinant à la fois la puissance d'agir que fournit un projet partagé mais aussi le risque de tensions qui peut en résulter.

Cet ouvrage a aussi rendu compte de multiples apports issus des recherches en cognition sociale, qui illustrent à quel point nos comportements sociaux sont sous l'influence de déterminants liés, par exemple, à l'appartenance à une catégorie sociale, à un groupe professionnel, à une origine particulière, au genre ou encore au rapport de pouvoir auquel on est soumis.

Conjointement, des éclairages développés en sciences de l'éducation et en sciences sociales ont été fournis, pour montrer que la pratique réflexive peut permettre de modifier nos comportements en profondeur et qu'elle constitue l'un des leviers les plus puissants du développement de l'expertise professionnelle, pourvu qu'elle soit associée à des approches évaluatives non réductrices, tant des apprentissages, des pratiques professionnelles que des institutions.

Edgar Morin indique que « connaître, c'est être capable de distinguer, puis de relier ce qui a été distingué » mais il précise qu'il faut pour cela des « opérateurs de reliance », qui permettent de soutenir une pensée complexe. Modestement, nous pensons que l'écriture même de cet ouvrage collectif, dans le cadre d'un processus itératif de questionnement, d'ouverture et de mutualisation, a offert l'opportunité d'une telle opération et a fourni de telles possibilités de reliance, dont tentaient de rendre compte les figures proposées en introduction.

De nombreuses offres de formation continue en pédagogie de l'enseignement supérieur et professionnalisant sont aujourd'hui proposées au sein de l'espace francophone. Pour autant, l'offre de formation continue en pédagogie et santé, spécifiquement orientée vers l'action des professionnels de la santé et qui intègre les différents axes de mise en œuvre d'une réforme, est encore peu développée. Cet ouvrage s'appuie sur un corpus de savoirs spécialisés particulièrement original, présentés dans le cadre

de la première édition d'un certificat universitaire. En cohérence avec la perspective qu'il faut continuellement favoriser une réflexion quant à la nécessaire cohérence à mettre en œuvre et aux liens à tisser entre les démarches méthodologiques, les processus d'acteurs et les finalités poursuivies, d'autres développements et d'autres contributions devront être sollicités lors d'éditions ultérieures. La qualité des ressources humaines en santé est en effet fortement dépendante de la qualité de la formation reçue, tant sur le plan de la pertinence des contenus que de la cohérence des méthodes. On soulignera ainsi plus particulièrement l'importance qu'il y a de développer chez les soignants des pratiques professionnelles réflexives, centrées sur la personne et sa vulnérabilité ontologique, autant que sur le patient et sa fragilité contingente, tant il faut se convaincre que « vivre, c'est s'exposer à ses limites » et que « sans philosophie, une vision biopsychosociale de la maladie est réductrice »¹.

Au-delà d'une volonté de mieux lier la pertinence de la formation avec les finalités d'un métier en santé, nous souhaitons favoriser, depuis notre place de professionnels de la santé et de l'éducation, une société conviviale, dans le sens que lui donne Ivan Illich, c'est-à-dire capable de se donner les limites de ses outils et de ses produits, dans une perspective réellement humaniste et démocratique, centrée sur la personne et les communautés.

Tel est le sens ultime de ce projet éditorial, qui s'est adossé en permanence à la conviction que se donner la chance « *de considérer toute chose à autant de points de vue que possible* », n'est pas une chose aisée.

1. Rousset, H. & Lemoine, M. (2006). Vivre, c'est s'exposer à ses limites. La sagesse est-elle un remède aux plaintes fonctionnelles ? *Revue de médecine interne*, 27, 581-584

Postface

La perspective du « patient-partenaire » : une nécessité pour le futur en éducation des sciences de la santé

*Vincent DUMEZ**

N'est-il pas temps de prendre conscience que le rapport des populations à leur santé change rapidement, que les patients et leurs proches ne sont plus les mêmes qu'il y a dix, vingt ou cinquante ans ? L'image traditionnelle du patient soumis à un système bienveillant et omniscient qui assume une prise en charge totale, unilatérale et trop souvent autocratique, cède tranquillement le pas à une vision plus dynamique d'un patient à la recherche d'information, qui revendique sa singularité et son besoin ontologique de se remettre en mouvement malgré les contraintes de sa condition.

Nous parlons ici de tendances démographiques, sociales et culturelles lourdes qui ne se réduisent pas au monde de la santé mais qui agissent comme une trame de fond à tous les niveaux de nos sociétés. L'accès à l'information, désormais diversifié et facilité par la multiplication d'outils de partage et de réseautage sophistiqués, conduit à l'émergence d'un modèle de collaboration

* Patient
Université de Montréal (Québec, Canada), Faculté de médecine
Directeur du Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire (BFEP)

renouvelé. Celui-ci ébranle les fondements d'une hiérarchisation des savoirs, structurée jusque-là autour d'un protectionnisme jaloux et d'un hermétisme savamment entretenu, principaux gages de pouvoir pour « ceux qui savent ».

Pour saisir pleinement l'ampleur de ce phénomène dans le contexte spécifique de la santé, il suffit d'observer la forte croissance des personnes atteintes par au moins une maladie chronique : ils constituent aujourd'hui dans la plupart des pays occidentaux près de la moitié de leur population. Nous parlons ici de millions de personnes qui s'inscrivent à long terme dans la maladie, la plupart jusqu'à leur mort. Nous parlons ici de personnes qui se transforment en profondeur, au fil des mois et au rythme des prises de conscience inhérentes à leur condition. Nous parlons ici de personnes qui cherchent, en fonction de leur capacité et de leur singularité, des voies émancipatoires qui leur permettront de réaliser leur projet de vie, malgré et éventuellement avec la maladie.

Il n'y a plus un seul et unique modèle de patient qui, l'espace d'un moment, se présente pour solliciter un soin lors d'un problème aigu dans un service d'urgence ou chez son médecin généraliste, à qui on offre une solution de soins universelle et qui retourne ensuite chez lui pour reprendre le cours normal de sa vie. Il y a plutôt une multitude de cheminements individuels, tous très différents les uns des autres, qui se structurent dans la durée et dans le cadre de contextes sociaux et culturels continuellement en changement.

Nous ne sommes donc plus dans l'unique paradigme des soins aigus et d'une médecine principalement interventionniste qui s'exerce dans un espace de temps limité. Nous voilà aussi dans le paradigme de l'accompagnement et du partenariat, grâce auquel patients et professionnels de la santé vont pouvoir tisser des relations plus dynamiques, bilatérales et apprenantes, pour cheminer ensemble dans le respect des limites de chacun et la reconnaissance de leurs savoirs spécifiques. L'enjeu est alors d'assumer davantage la complexité de la réalité de chaque personne, tiraillée entre le caractère contingent de chaque vie et l'universalité de la condition humaine. Dès lors s'impose la nécessité de former nos professionnels de la santé sur des bases plus éclectiques, en dépassant le « *one size fit all* » pour s'aligner sur une vision intégratrice de la santé.

Mais, pour parvenir à cela, il faut définitivement tourner la page du paternalisme médical pour permettre la généralisation d'une approche où le patient et ses proches seront considérés comme des partenaires à part entière, dans le cadre d'une dynamique de soins interdisciplinaire. Face à un tel changement de fond, le développement continu des compétences des patients, leur intégration systématique comme partenaires du processus de soins, le respect et le développement de leur capacité à faire des choix éclairés sont les enjeux désormais au cœur de l'éducation de nos futurs médecins.

Ces défis qui mettent en tension éducation et libre arbitre peuvent sembler compliqués à relever pour beaucoup. Compliqués si l'on ne réfléchit au médecin de demain qu'en restant principalement centré sur l'expertise bioclinique, sur l'aspect scientifique du métier et qu'on oublie que

la médecine est aussi un art, c'est-à-dire une pratique soignante personnalisée. Compliqués si l'on réfléchit à l'évolution des professionnels soignants en oubliant qu'ils sont aussi des êtres sociaux, qui interagissent avec leurs collègues et avec leurs patients, auprès desquels ils s'engagent.

Dans ce contexte protéiforme, le présent ouvrage apporte des ouvertures essentielles pour penser la formation de tous professionnels de santé qui, ensemble, exerceront une médecine en train de changer durablement pour faire face aux défis sociétaux actuels. Avec toutes les prudenances nécessaires, il propose par exemple que l'introduction progressive de l'approche pédagogique par compétences, conçue comme source de réflexion pour une démarche participative davantage que comme modèle normatif, est une piste féconde pour prendre en compte les nouveaux rôles de collaboration, de promotion de la santé, de la communication attendus des professionnels de santé dans le cadre de leur mandat social.

Il ne suffit plus de proposer à nos étudiants d'apprendre la communication en 70 étapes systématiques et standardisées. Il est nécessaire aujourd'hui de leur donner des cadres variés de lecture et de réflexivité sur la réalité humaine, en tenant compte de ses multiples dimensions (sociologique, psychologique, économique, anthropologique, éthique, etc.), afin qu'ils puissent comprendre les spécificités de leur patient et s'y adapter pour l'intégrer progressivement dans la dynamique de soins. L'enjeu de la réhabilitation des sciences humaines et sociales en médecine va bien au-delà de l'intention généreuse mais un peu candide que les médecins deviennent plus « humanistes ». Il s'agit de considérer que nos réalités sociales et culturelles ne sont pas monolithiques et qu'il ne faut pas rester accroché à une approche naturaliste des problèmes de santé, qui méconnaîtrait la singularité de l'humain. Il s'agit aussi d'abandonner la métaphore guerrière des soins où le principal objectif est de tuer un ennemi pathogène, de restituer ce qui a été perdu plutôt que d'accompagner un humain dans sa souffrance, dans sa vie puis dans son émancipation.

Dans une société où la grande majorité des patients ne vont jamais guérir définitivement, avons-nous le choix ? N'est-il pas essentiel, tout en développant les compétences nécessaires pour éliminer ou contenir l'ennemi pathogène, de s'outiller pour accompagner l'ami humain dans toute sa complexité ? N'est-ce pas un service essentiel à rendre à nos étudiants pour qu'ils se sentent moins démunis, moins impuissants devant des réalités de soins difficiles où leurs expertises biocliniques sont rapidement repoussées à leurs limites si elles constituent leurs seules ressources ?

Je suis hémophile, séropositif et contaminé par le virus de l'hépatite C. Comme beaucoup de patients, je n'ai presque aucune chance aujourd'hui de vivre une guérison totale avant la fin de ma vie. C'est frustrant pour moi mais – je le vois aussi toutes les semaines dans le regard de mes médecins – c'est aussi frustrant pour eux. Pourtant, finalement, je ne leur demande pas de me guérir, je leur demande seulement de m'accompagner, de comprendre

où j'en suis sur le chemin de ma vie, de m'aider à prendre mes décisions et à réaliser mon projet de vie malgré tout. C'est aujourd'hui le quotidien de millions de personnes qui demandent simplement qu'on les considère dans toute leur humanité, qu'on se mette au diapason de leur individualité et qu'on leur passe progressivement le relais de leur vie.

Comment peut-on changer durablement les choses si nos étudiants n'ont pas suffisamment de cadres d'analyse et d'espaces réflexifs pour intérioriser leurs expériences relationnelles quotidiennes, y réfléchir sur une base systématique et prendre le temps de s'ajuster ? Comment changer durablement les choses si nos étudiants ne se rendent même plus compte, à la fin de leurs études, que parler d'une médecine humaniste est pléonasmique et que leur principal réflexe, lorsqu'ils vivent des situations humaines trop intenses est de se replier sur l'expertise bioscientifique, le cynisme ou l'indifférence ?

Nous sommes à l'heure du patient partenaire, à l'heure où le soin doit être considéré avant tout comme une rencontre entre des humains interdépendants dans des contextes de vie difficiles. Donnons la capacité à nos étudiants de pénétrer avec le plus de sérénité possible l'univers des patients afin qu'ils accèdent à la richesse de leur vie, à leurs savoirs expérientiels et à une compréhension intime de ce que veut dire vivre avec une maladie. Donnons la capacité à nos étudiants de créer avec leurs patients des relations de soins fondées sur la guérison mais aussi sur l'apprentissage, la co-construction et, en conséquence, l'établissement d'un lien de confiance durable.

Comme la promotion de la santé le prône déjà depuis plusieurs années, c'est ainsi que nous orienteront l'éducation médicale vers une vision du soin où apprendre aux personnes à prendre soins d'eux-mêmes est tout aussi important que de les soigner, une vision du soin où chaque patient s'émancipera à travers sa maladie parce que son équipe de soins lui offrira un terrain fertile pour le faire, une vision du soin où patients, médecins et professionnels de la santé trouveront ensemble un sens commun à leur action parce qu'ils se reconnaissent mutuellement comme des acteurs de soins.

Cet ouvrage propose un ancrage pour un changement majeur dans la formation des professionnels de santé car il offre une multitude de clés essentielles à l'avenir de la médecine. Cette dernière est à la croisée des chemins entre un modèle traditionnel qui a connu ses lettres de noblesse mais qui répond aujourd'hui difficilement à nos enjeux sociétaux et un modèle plus interactif, dynamique, réflexif, qui inclue corollairement le patient en permettant l'émergence d'une approche de partenariat salutaire. L'avenir ne se construira plus uniquement de façon unilatérale par l'action de « ceux qui savent » ce qui est universellement bon pour les autres. L'avenir se construira plutôt dans un partage plus équilibré des modèles de rôles, qui permettra à tous les intervenants en santé, dont font partie les patients et leurs proches, de travailler ensemble à partir de leur complémentarité et en pleine conscience de leur interdépendance.

Références

- Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique.
Conseil général des Hautes Écoles – Conseil supérieur paramédical
(2011). *Nouvelle description des formations – compétences de type long : section kinésithérapie*
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).
Orientations stratégiques de l'ANAES. Approuvées par le Conseil
d'administration du 20 octobre 2000. Téléchargeable sur le site :
<http://www.anaes.fr>
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).
2002. *L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine
libérale. Guide pratique : le médecin engagé dans l'action indi-
viduelle ou collective*. Paris : ANAES. Téléchargeable sur le site :
<http://www.anaes.fr>
- Aghion, P. & Howitt, P. (1998). *Endogenous Growth Theory*. Cambridge
(MA) : MIT Press.
- Aghion, P. & Cohen, E. (2004). *Éducation et croissance. Rapport du
Conseil d'analyse économique*. Paris : La Documentation française.
- Aghion, P. & Howitt, P. (2005). « Growth with quality-improving inno-
vations : an integrated framework ». In P. Aghion & S. Durlauf (Dir.).
Handbook of economic growth, vol. 1A (pp. 67-110). Amsterdam:
North-Holland.
- Albanese, M. A. & Mitchell, S. (1993). *Problem-based Learning : A
Review of Literature on Its Outcomes and Implementation Issues*.
Academic Medicine, 68, 52-81
- Albert, M. (2004). Understanding the debate on medical education
research : a sociological perspective. *Academic Medicine*, 79, 948-54.
- Albert, M., Hodges, B., Regehr, G. (2006). La recherche en éducation
médicale : entre le service et la science. *Pédagogie Médicale*, 7, 73-81.
- Allal, L., Cardinet, J. & Perrenoud, P. (1978). *L'évaluation formative
dans un enseignement différencié*. Berne : Peter Lang.

- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Cambridge (MA) : Addison-Wesley Pub Co.
- Alter, N. (2000). *L'innovation ordinaire*. Paris : La découverte
- Altet, M. (1996). Les compétences de l'enseignant-professionnel : entre savoirs, schémas d'action et adaptation, le savoir analyser. In L. Paquay, M. Altet, E. Charlier, P. Perrenoud (Eds). *Former des enseignants professionnels : Quelles stratégies ? Quelles compétences ?* Bruxelles : De Boeck Université, 27-40
- Amiel-Lebigre, F., & Gognalons-Nicolet, M. (1993). *Entre santé et maladie*. Paris : Presses universitaires de France.
- Anadon, M. (2007). *La recherche participative*. Québec : Presses de l'Université du Québec
- Argyris, C. & Schön, D. A. (2002). *Apprentissage organisationnel* (M. Aussanaire & P. Garcia Melgares, trad.). Bruxelles : De Boeck. (Original publié en 1996)
- Arweiler, D., Noyeau, E., Charlin, B., Millette, B. & Hodges, B. (2010). Le leadership comme facteur de changement dans le champ de la santé : rôle de l'éducation médicale. *Pédagogie Médicale* ; 11, 239-253
- Audetat, M-C. & Laurin, S. (2010). *Clinicien et superviseur... Même combat !* Le Médecin du Québec, 45, 53-7.
- Audigier, F., Crahay, M. & Dolz, J. (Eds.) (2006). *Curriculum, enseignement et pilotage*. Bruxelles : De Boeck
- Audigier, F. & Tutiaux-Guillon, N. (Eds.) (2008). *Compétences et contenus. Les curriculums en questions*. Bruxelles : Éditions De Boeck
- Ausubel, D. P. (1968). *Educational Psychology : a cognitive view*. New York (NY) : Holt, Reinhart, Winston.
- Azzi, A. & Klein, O. (1998). *Psychologie sociale et relations intergroupes*. Paris : Dunod.
- Bandura, A. (1997). *L'auto efficacité*. Bruxelles : Mardaga
- Barondess, J. A. (1985). The GPEP Report : I. Preparation for Medical School. *Annals of Internal Medicine*, 103, 138-139.
- Barzansky, B., Berner, E. & Beckman, C.R.R. (1985). Evaluation of a clinical program. Applying the concept of trustworthiness. *Evaluation Health Professions*, 8, 193-208
- Bastenier, A. (1979). *La santé des migrants coûte-t-elle cher à la sécurité sociale ?* Bruxelles : Santé immigrés, 27-31.

- Bauchau H. (1958). *Géologie*. Paris : Gallimard
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (1979). *Principles of biomedical ethics*. New York : Oxford University Press.
- Beauvois, J. L. (1995). La connaissance des utilités sociales. *Psychologie française*, 40(4), 375-387.
- Becker, G. S. (1964). *Human Capital : A Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education*. New York : Columbia University Press.
- Beckers, J. (2007). *Compétences et identité professionnelles. L'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine*. Bruxelles : De Boeck.
- Bédard, D., Frenay M., Turgeon J. & Paquay, L. (2000). Les fondements de dispositifs pédagogiques visant à favoriser le transfert de connaissances : les perspectives de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques. *Res Academica* ; 18 : 21-47.
- Bédard, D. & Bécharde ; J-P. (2009) L'innovation pédagogique dans le supérieur : un vaste chantier. In : D. Bédard & J-P Bécharde. *Innover dans l'enseignement supérieur*. Paris : Presses universitaires de France.
- Bégin L. (2011), La compétence éthique en contexte professionnel. In L. Langlois. *Le professionnalisme et l'éthique au travail*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Bégin L. (2011). Raison pratique pragmatiste et contingence de l'engagement. In A. Lacroix A. (Dir.). *Redéployer la raison pratique. Pour une éthique pragmatique*. Montréal : Liber
- Bélair, L. & Dulude, F. (1984). Le bulletin descriptif : une expérience concluante. *Québec français*, 55, 44-52.
- Bem, S. L. (1993). *The lenses of gender : transforming the debate on sexual inequality*. New Haven : Yale University Press.
- Benaroyo L. (2011). *Peut-on accepter les progrès en sciences biomédicales sans progrès en éthique ?* Actes des V^{èmes} rencontres internationales francophones de bioéthique, Louvain-la-Neuve.
- Benasayag, M. & Del Rey, A. (2011). *De l'engagement dans une époque obscure*. Le Pré saint Gervais : Le passager clandestin.
- Benhabib, J. & Spiegel, M., (1994). The Role of Human Capital in Economic Development : Evidence from Aggregate Cross-Country Data. *Journal of Monetary Economics*, 34, 143-149.

- Berliner, D. (2002). Educational research : the hardest science of all. *Educational Researcher*, 31, 18-20.
- Bernardes, S. F., Keogh, E., & Lima, M. L. (2008). Bridging the gap between pain and gender research : A selective literature review. *European Journal of Pain*, 12, 427-440.
- Biggs, J. (1993). What do inventories of students' learning processes really measure ? A theoretical review and clarification. *British Journal of Educational Psychology*, 63, 3-19.
- Biggs, J. *Student approaches to learning and studying*. Hawthorn (Vic.) : Australian Council for Educational Research, 1987.
- Bishop, M-F. & Cadet, L. (2007). Les écritures réflexives en formation élémentaire et professionnelle constituent-elles un genre ? *Les cahiers Théodile*, 7 : 7-32
- Blanchard, O. & Cohen, D. (2002), *Macroéconomie*. Paris : Village Mondial/Pearson Education.
- Bloom, B. S., Hastings, T. & Madaus, G. F. (1971). *Handbook of formative and summative evaluation of student Learning*. New York : Mac Graw Hill.
- Boelen, C. & Heck, J. (1995). *Defining and measuring the social accountability of medical schools*. Geneva : World Health Organization.
- Boelen, C. (2001). *Vers l'unité pour la santé WHO/EIP/OSD/2000.9*. Genève : Organisation mondiale de la Santé
- Boelen, C., Grand'Maison, P., Ladner, J. & Pestiaux, D. au nom du groupe d'action prioritaire « Santé et Société » de la Société internationale francophone d'éducation médicale (SIFEM) (2008). Responsabilité sociale et accréditation. Une nouvelle frontière pour l'institution de formation. *Pédagogie Médicale*, 9 (4), 235-244.
- Bolly C. (2011). La mise en œuvre d'une démarche éthique peut-elle influencer la souffrance des soignants ? *Psycho-Oncologie*, 5, 98-108,
- Bolly C. & Grandjean V. (2004). *L'éthique en chemin*. Neufchâteau : Weyrich.
- Bonami, M., Letor, C. & M. Garant, (2010). Vers une modélisation des processus d'apprentissage organisationnel à la lumière de trois situations scolaires hors normes. In L. Corriveau, C. Letor, D. Périsset Bagnoud & L. Savoie-Zajc (Eds.). *Travailler ensemble dans les établissements scolaires et de formation : processus, stratégies et paradoxes* (pp. 34-48). Bruxelles : De Boeck.

- Boniver, J. (2004). Les études de médecine à l'université de Liège :le renouveau pédagogique de la faculté de médecine. *Revue de Médecine de Liège*, 59, 717-730
- Bottani, N. & Tuijnman, A.C. (2004). The Design of Indicator System. In A.C. Tuijnman, T.N. Postlethwaite (Eds.). *Monitoring the Standards of Education : Papers in honor of John. P. Keeves.* (pp. 47-77). Oxford : Elsevier Science.
- Bouchard, C, & Plante, J. (2002). La qualité : mieux la définir pour mieux la mesurer. *Les Cahiers du Service de Pédagogie expérimentale*, 11-12, 219-236.
- Boud, D., Keogh, R. & Walker, D. (Eds.). (1985). *Reflection : Turning experience into learning.* Londres : Kogan Page
- Bourdieu, P. & Passeron, J. C. (1970). *La Reproduction. Eléments pour une théorie du système d'enseignement.* Paris : Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. & Passeron, J. C. (1964). *Les Héritiers. Les étudiants et la culture.* Paris : Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique.* Paris : Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1994). *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action.* Paris : Éditions du Seuil.
- Bourdieu, P. (1997). *Méditations pascaliennes.* Paris : Éditions du Seuil.
- Bourdieu, P. (2002/1978). Le racisme de l'intelligence. In P. Bourdieu. *Questions de sociologie.* (pp. 264-268). Paris : Les Éditions de Minuit.
- Bourgeois, E., & J. Nizet, (1997). *Apprentissage et formation des adultes.* Paris : Presses universitaires de France.
- Bouvier, A. (2004). *Management et sciences cognitives.* Paris : Presses universitaires de France
- Brazeau-Lamontagne L. & Masson C. (2006). Introduction aux concepts paradigme, syndrome du manteau de l'empereur, curriculum caché. Implication dans les maladies articulaires, osseuses, rachidiennes ? *Revue du Rhumatisme*, 73, 1277-1279.
- Brugère, F. (2011). L'éthique du care : entre sollicitude et soin, dispositions et pratiques. In L. Benaroyo, C. Lefève, J.-C. Mino & F. Worms. *La philosophie du soin.* Paris : Presses universitaires de France.
- Bruyère, J., Linden, L. & Maes, R. (2012). Universities' communication towards the returning adult learners : the institutional habitus in debate. Actes de la 43^e conférence EUCEN, 9-11 mai). Graz : EUCEN.

- Buchanan, J. (1990). The Domain of Constitutional Economics. *Constitutional Political Economy*, 1 (hiver), 1-18.
- Buchanan, J. & Tullock, G (1962), *The Calculus of Consent : Logical Foundations of Constitutional Democracy*. Ann Arbor : The University of Michigan Press.
- Buckley S., Coleman J., Davison I., Khan, KS., Zamora, J., Malick, S., Morley, D., Pollard, D., Ashcroft, T., Popovic, C, & Sayers, J. (2009). The educational effects of portfolios on undergraduate student learning : A Best Evidence Medical Education (BEME) systematic review. BEME Guide No. 11. *Medical Teacher*, 31, 282-98
- Bulea, E. & Bronckart J.-P. (2005). Pour une re-définition de la compétence comme processus dynamique. *Cahiers de la Section des sciences de l'éducation*, 104, 189-232.
- Burgess, D., & Borgida, E. (1999). Who women are, who women should be : Descriptive and prescriptive gender stereotyping in sex discrimination. *Psychology, Public Policy, and Law*, 5(3), 665-692.
- Bury, J. A. (1988). *Éducation pour la santé*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael.
- Byrnes, J. P., Miller, D. C., & Schafer, W. D. (1999). Gender differences in risk taking : A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 125(3), 367.
- Cadre européen des Certifications (CEC): Téléchargeable à l'adresse : http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc44_fr.htm. Consulté le : 2 décembre 2012
- Caens-Martin, S. (2005). Concevoir un simulateur pour apprendre à gérer un système vivant à des fins de production : la taille de la vigne. In P. Pastré (Ed.), *Apprendre par la simulation. De l'analyse du travail aux apprentissages professionnels*. Toulouse : Octarès.
- Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs dans la Baie de Saint-Brieuc. *L'année Sociologique*, 36, 169-208.
- Camilleri, C., & Cohen-Emerique, M. (1989). *Chocs de cultures : concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*. Paris : Éditions L'Harmattan.
- Campbell, S., Reeves, D., Kontopantelis, E., Middleton, E., Sibbald, B., & Roland, M. (2007). Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay for Performance. *New England Journal of Medicine*, 357, 181-190.
- Capewell, S., MacIntyre, K., Stewart, S., Chalmers, J. W. T., Boyd, J., Finlayson, A., Redpath, A., et al. (2001). Age, sex, and social trends

- in out-of-hospital cardiac deaths in Scotland 1986-95: a retrospective cohort study. *The Lancet*, 358(9289), 1213-1217.
- Carbonnelle, S., Lismond, A., Pestiaux, D., Van Bambeke, P. M. Tulkens, P. (2012). Guidelines for Community-acquired pneumonia in general practice : a critical appraisal. UCL. (En préparation).
- Casini, A., & Sanchez-Mazas, M. (2006). Un regard à travers le « plafond de verre » : mécanismes psychosociaux impliqués dans la sous-représentation des femmes au sommet de la hiérarchie professionnelle. In O. Klein & S. Pohl (Éds.). *Psychologies des Stéréotypes et des Préjugés*. Loverval : Labor.
- Cathébras, P. (1997). Qu'est ce qu'une maladie ? *Revue de Médecine Interne*, 1997, 809-813.
- Challis, M. AMEE (1999). Medical Education Guide No. 1(revised) : Portfolio-based learning and assessment in medical education. *Medical Teacher*, 21, 370-86.
- Chamberland, M. & Hivon, R. (2005). Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale*, 6, 98-111.
- Chang, H. J. (2010). *23 Things they don't tell you about capitalism*. Londres : Allen Lane (Penguin Books).
- Charlier, P. (2003). *Élaborer une description de fonction et un profil de compétences*. Actes du Séminaire de formation et de réflexion. Louvain-la-Neuve : BIEF
- Charlin, B., Tardif, J. & Boshuizen, H. P. A. (2000) Scripts and Medical Diagnostic Knowledge. Theory and Applications for Clinical Reasoning Instruction and Research. *Academic Medicine*, 75, 182-190.
- Chauvet, A. (2001). *Quels indicateurs de la compétence ?* BBF, 3, 82-90. Téléchargeable à l'adresse : <http://bbf.enssib.fr/consulter/14-chauvet.pdf>. Consulté le : 2 décembre 2012
- Chenu, F. (2012). *L'évaluation des compétences : de la méthodologie de la réflexivité garante de la transférabilité aux perspectives ouvertes par la didactique professionnelle*. Thèse de doctorat en sciences psychologiques et de l'éducation. Université de Liège.
- Chessell, G. (1986). Learning styles in first year medical students. *Medical Teacher*, 8, 125-35.
- Chevrier, J. & Charbonneau, B. (2000). Le savoir-apprendre expérientiel dans le contexte du modèle de David Kolb. *Revue des sciences de l'éducation*, 26(2), 287-324.

- Chrysochoou, X. (2003). Studying identity in social psychology : some thoughts on the definition of identity and its relation to action. *Language and Politics*, 2(2), 225-242.
- Chrysochoou, X. (2004). *Cultural diversity : Its social psychology*. Oxford : Blackwell.
- Cleland, J. A., Abe, K. & Rethans, J-J. (2009) AMEE Guide N° 42. The use of simulated patients in medical education : *Medical Teacher*, 31, 477-486
- Cobbaut, J.-P. (2011). Quelle tâche pour une éthique du soin aujourd'hui ? Assurer l'articulation du sémantique et du pragmatique. In L. Benaroyo, C. Lefève, J.-C. Mino & F. Worms. *La philosophie du soin*. Paris : Presses universitaires de France.
- Code de Déontologie médicale*. (1995). Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995, portant Code de Déontologie médicale. Titre II (Devoirs envers les patients), Article 2.
- Cohen-Émerique, M. (1984). Choc culturel et relations interculturelles dans la pratique des travailleurs sociaux. *Cahiers de sociologie économique et culturelle*, 183-218.
- Cohen-Émerique, M. (1993). L'approche interculturelle dans le processus d'aide *Santé mentale au Québec*, 18, 71-91.
- Cohen-Emerique, M. (2011). *Pour une approche interculturelle en travail social, Théories et pratiques*. Rennes : Presses de l'EHESP.
- Colclough, C. (1989). The Higher Education Paradox In African Economic Development Planning. *International Journal of Educational Development*, 9(4), pp. 271-281.
- Cole, G. (2005). The definition of "portfolio". *Medical Education*, 39, 1141.
- Collin, S. (2010). *L'interaction en ligne comme soutien à la pratique réflexive des enseignants-stagiaires*. Thèse de doctorat. Montréal : Université de Montréal.
- Collins, A., Brown, J. S., Newman, SE. Cognitive Apprenticeship. (1989). In L. B. Resnick (Ed.), *Knowing, learning, and instruction : Essays in honor of Robert Glaser* (pp. 453-494). Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum.
- Commission des Communautés Européennes (CCE) (1997), *Report on the Competitiveness of European Industry*. Luxembourg.
- Commission des Communautés Européennes (CCE) (1998), *Teaching, Learning, Information : towards an open-Socratic School*. Proceedings

- of the Ampère Seminar (février 1997). Luxembourg, Office des Publications officielles des Communautés européennes.
- Confederation of EU Rectors' Conferences and the Association of European Universities (CRE). *The Bologna Declaration on the European space for Higher education : an explanation*. Téléchargeable à l'adresse : ec.europa.eu/education/.../bologna/bologna.pdf. Consulté le : 2 décembre 2012
- Contribution collective de la conférence pour le consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. (2011). Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine *Pédagogie Médicale*, 12, 37-48
- Cooke, M., Irby, D. M., Sullivan, W., & Ludmerer, K. M. (2006). American medical education 100 years after the Flexner report. *New England Journal of Medicine*, 355, 1339-1344.
- Cook, D., Hatala, R., Brydes, R., Zendejas, B., Szostek, J. H., Wang, A. T., Erwin, P. J. & Hamstra, S. J. (2011) Technology-enhanced simulation for health professions education : a systematic review and meta-analysis. *Journal of American Medical Association*, 306 (9), 978-988.
- Corriveau, L., Letor, C., Périsset Bagnoud, D. & L. Savoie-Zajc (Eds.). (2010). *Travailler ensemble dans les établissements scolaires et de formation : processus, stratégies et paradoxes*. Bruxelles : De Boeck.
- Cosnefroy, L. (2011). *L'apprentissage autorégulé, entre cognition et motivation*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble
- Côté, D. J., Graillon, A., Wadell, G., Lison, C. & Noël, M-F. (2006). L'approche d'apprentissage dans un curriculum médical préclinique basé sur l'apprentissage par problèmes. *Pédagogie Médicale*, 7, 201-212.
- Cresson, E. (1996). *Le livre blanc, et après ? Actes de la journée d'étude « Apprendre tout au long de la vie »*, 2 juillet 1996. Bruxelles : Commission européenne.
- Cristensen, CR. (1991). Every student teaches and every student learns. The reciprocal gif of discussion teaching. In : Cristensen CR, Garvin DA, Sweet A. (Eds.). *Education for judgment : The artistry of discussion leardership*. Boston : Harvard Business School Press.
- Custers, E. J., Regehr, G., Norman, G. R. (1996). Mental representations of medical diagnostic knowledge : a review. *Academic Medicine*, 71 (10, Suppl.), S55-S61
- Dafflon Nouvelle, A. (2006). *Filles-garçons : Socialisation différenciée ? Vies sociales*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.

- Daley, B.J., Torre, D.M. (2010). Concept maps in medical education : an analytical literature review. *Medical Education*, 44, 440-448.
- Dantine, F. & Charlier, E. (2011) *Bilan de compétences dans le cadre de la valorisation des acquis de l'expérience : auto-évaluation et rôle de l'accompagnant*. Actes de la Journée d'étude de l'Association internationale de pédagogie universitaire (AIPU), 31 mai 2011. Liège : HELMo.
- Danvers, F. (1992). *700 mots clefs pour l'éducation*. Lille : Presses universitaires de Lille.
- Dardenne, B., Dumont, M., & Bollier, T. (2007). Insidious dangers of benevolent sexism : consequences for women's performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(5), 764.
- Dauvisis, M.C. (2006). L'instrumentation en évaluation. *Mesure et évaluation en éducation*, 29(1), 45-66.
- David P., Gentric A. (2011). Remarques sur le concept gériatrique de fragilité. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 9 (1), 7-10.
- De Beauvoir S. (1947). *Pour une morale de l'ambiguïté*. Paris : Gallimard.
- De Cock, G. (2007). *Le journal de bord, support de la réflexion sur la pratique professionnelle pour les futurs enseignants en stage*. Thèse de doctorat : Louvain la Neuve : Université Catholique de Louvain.
- De Ketele, J.-M. (2008). VAE : des logiques en tension. In G. Pirotton, (Ed.). *Valorisation des acquis de l'expérience*. *Cahier de la Fopes*, n°7. Louvain-la-Neuve : FOPES/UCL.
- De Ketele, J.-M. & Gerard, F.-M. (2005). La validation des épreuves d'évaluation selon l'approche par compétences. *Mesure et évaluation en éducation*, 28(3), 1-26.
- De Ketele, J.-M. & Roegiers, X. (1993). *Méthodologie du recueil d'informations*. Bruxelles : De Boeck.
- De Ketele, J.-M. (2010). Ne pas se tromper d'évaluation. *Revue française de linguistique appliquée*, XV(1), 25-37.
- De Meulemeester, J.-L. (2003). *Vers l'université de marché ? Essai d'analyse de l'évolution de l'université*. Bruxelles : Attac Wallonie-Bruxelles.
- De Meulemeester, J.L. et D. Rochat (2001a). Rational Choice under Unequal Constraints : the Example of Belgian Higher Education. *Economics of Education Review*, 20, 15-26.
- De Meulemeester, J.L. et D. Rochat (2001b). Reforming Education and Training Systems : the European View. *Reflets et Perspectives de la Vie économique*, XL (4), 89-104.

- de Viron, F. (2008). Validation/valorisation des acquis de l'expérience dans les universités en France et en Communauté Française de Belgique. Quelles différences ? Quelles spécificités ? In G. Pirotton, (Ed.). Valorisation des acquis de l'expérience. *Cahier de la Fopes*, n° 7. Louvain-la-Neuve : FOPES/UCL.
- Demeester, A., Vanpee, D., Marchand, C. & Eymard, Ch. (2010). Formation au raisonnement clinique : perspectives d'utilisation des cartes conceptuelles. *Pédagogie Médicale*, 11, 81-95.
- Desrumaux, P. (2011). *Le harcèlement moral au travail. Réponses psychosociales, organisationnelles et cliniques*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Demeuse, M, Strauven, C. (avec la collaboration de Roegiers, X.) (2006). *Développer un curriculum d'enseignement ou de formation. Des options politiques au pilotage*. Bruxelles : Éditions De Boeck Université.
- Demeuse, M. (2006a). L'évaluation institutionnelle : un cadre nouveau pour des pratiques nouvelles ? *Mesure et évaluation en éducation*, 29(1), 67-80.
- Demeuse, M. (2006b). Qu'indiquent les indicateurs en matière d'éducation ? In G. Figari, L. Mottier Lopez (Eds.). *Recherche sur l'évaluation en éducation*. (pp. 109-116). Paris : L'Harmattan
- Demeuse, M., Baye, A. (2001). Une action intégrée en vue d'améliorer l'efficacité des systèmes d'enseignement : le pilotage des systèmes d'enseignement. *Les Cahiers du Service de Pédagogie expérimentale* (Université de Liège), 5-6, 23-50.
- Demeuse, M., Derobertmeasure, A., Dehon, A. (2009). Le plan de formation en tant qu'outil au service de la performance de l'organisation. In T. Dierick, A. Mahaux, F. Peetroons & S. Simon. *La formation, levier de développement organisationnel*. (pp. 27-49). Bruxelles : Éditions Politea.
- Dennery, M. (1999). *Piloter un projet de formation. De l'analyse de la demande au cahier des charges*. Issy-les-Moulineaux : ESF Éditeur.
- Depover, C., Noël, B. (2005). *Le curriculum et ses logiques. Une approche contextualisée pour analyser les réformes et les politiques éducatives*. Paris : L'Harmattan.
- Derobertmeasure, A. (2012). *La formation initiale des enseignants et le développement de la réflexivité ? Objectivation du concept et analyse des productions orales et écrites des futurs enseignants*. Thèse de doctorat. Mons : Université de Mons.

- Deum, M. (2004). *Développer la pratique réflexive et amorcer la professionnalisation en formation initiale des enseignants par la rédaction d'un journal de bord. Analyse d'un dispositif belge de formation au préscolaire*. Actes du 9^e Colloque de l'AIRDF, Québec, 26-28 août 2004. Québec : Université Laval.
- Dewey, J. (1933). *How We Think*. Second revised edition. Lexington (MA) : DC Heath.
- Dewey, J. (1938). *Experience and Education*. New York : Collier Books.
- Doise, W. & G. Mugny (1981). *Le développement social de l'intelligence*. Paris : InterÉditions.
- Doise, W. & G. Mugny (1997). *Psychologie sociale et développement cognitif*. Paris : Armand Colin.
- Doise, W. (1986). Les représentations sociales : définition d'un concept. In Doise W., Palmonari A. (Eds.). *L'étude des représentations sociales*. (pp. 81-94). Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.
- Doise, W. (1999). Valeurs et tensions entre dynamiques individuelles et institutionnelles. In J.-L. Beauvois, N. Dubois et W. Doise (Eds.). *La construction sociale de la personne*, (pp. 59-60). Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Donato, A. A. & George, D. L. (2012). A Blueprint for Implementation of a Structured Portfolio in an Internal Medicine Residency. *Academic Medicine*, 87, 185-191
- Donnay, J. & Charlier, E. (2008). *Apprendre par l'analyse de pratiques. Initiation au compagnonnage réflexif*. Namur : Presses Universitaires de Namur.
- Dornan, T. Self-Assessment in CPD : Lessons From the UK Undergraduate and Postgraduate Education Domains. (2008). *Journal of Continuing Education Health Profession*, 8, 32-37
- Dory, V., de Foy, V. & Degryse, J. (2009). L'auto-évaluation : postulat préalable, finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique ? Clarifications conceptuelles et pistes pour une application en éducation médicale. *Pédagogie Médicale*, 10, 41-53
- Drapéri, C. (2010). Narration et accompagnement : accéder au monde de l'autre. In L. Benaroyo, C. Lefève, J-C. Mino & F. Worms (Sous la direction de). *La philosophie du soin*. Paris : Presses Universitaires de France.

- Dreyfus, H. L. (1992). La portée philosophique du connexionnisme. In D. Andler (Dir.), *Introduction aux Sciences cognitives*. Paris : Gallimard, 11, 286-298.
- Driessen, E., van Tartwijk, J., & Wass, V. (2007). Portfolios in medical education : why do they meet with mixed success ? A systematic review. *Medical Education*, 41, 1224-1233.
- Driessen, EW., van Tartwijk, J., Overeem, K., Vermunt, JD. & van der Vleuten, CP. (2005). Conditions for successful reflective use of portfolios in undergraduate medical education. *Medical Education*, 9, 1230-5.
- Driscoll AK, (2012). Health and access to care among employed and unemployed adults : United States, 2009-2010. *NCHS data brief*. Hyattsville : National Center for Health Statistics, n° 83., 1-8.
- Durand G. (1999). *Introduction générale à la bioéthique*. Montréal : Fides.
- Dumont, M., Sarlet, M. & Dardenne, B. (2010). Be Too Kind to a Woman, She'll Feel Incompetent : Benevolent Sexism Shifts Self-construal and Autobiographical Memories Toward Incompetence. *Sex Roles*, 62, 545-553
- Durand, M. (2007). Situations de l'action, dispositions à agir et trajectoires d'activité chez des enseignants débutants et des formateurs de terrain. *Formation et pratiques d'enseignement en questions*, 6, 83-98.
- Durand, M. (2009). Analyse du travail dans une visée de formation : cadres théoriques, méthodes et conceptions. In J.-M. Barbier, E. Bourgeois, G. Chapelle, J.C. Ruano-Borbalan (Eds.). *Encyclopédie de la formation*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Duveen, G. (2001). *Representations, identities, resistance*. In K. Deaux & G. Philogene (Eds.) *Representations of the Social*. (pp. 257-270). Oxford (UK): Blackwell.
- Eagly, A. H., & Crowley, M. (1986). Gender and helping behavior : A meta-analytic review of the social psychological literature. *Psychological Bulletin*, 100, 283.
- Eagly, A, & Steffen, V. J. (1986). Gender and Aggressive Behavior : A Meta-analytic Review of the Social Psychological Literature. *Psychological Bulletin*, 100, 309-330
- EC – European Commission (1995). Enseigner et apprendre : vers la société cognitive. *Livre blanc sur l'éducation et la formation*. Bruxelles : EC-GDXXII.
- Ellaway, R., Kneebone, R., Lachapelle, K. & Toppps, D. (2009). Practica continua : Connecting and combining modalities for integrated teaching, learning and assessment. *Medical Teacher*, 31, 725-731

- Emin, L. (2003). Le mémorandum de l'U.E. sur la formation tout au long de la vie. *Politiques d'éducation et de formation*, 7, 91-103.
- Epstein, R. (1999). Mindful practice. *Journal of American Medical Association*, 282, 833-839
- Ericsson, K. A. (2004). Deliberate practice and the acquisition and maintenance of expert performance in medicine and related domains. *Academic Medicine*, 79, S70-S81.
- Es Safi, L., & Manço, A. (1995). Santé et immigration musulmane en Belgique francophone : évolution des recherches et actions. *Agenda interculturel du CBAI*, 139.
- Ettayebi, M., Oppertti, R. & Jonnaert, P. (Eds.) (2009) *Logique de compétences et développement curriculaire. Débats, perspectives et alternative pour les systèmes éducatifs*. Paris : L'Harmattan.
- ERT. (1995). *Education for Europeans. Towards the Learning Society*. Bruxelles : European : Roundtable of Industrialists.
- Eva, K.W. (2009). Broadening the debate about quality in medical education research. *Medical Education*, 43, 294-296.
- Evidence-based medicine working group. (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *Journal of American Medical Association*, 258, 2420-2425.
- Fagot-Largeault, A. (1985). *L'homme bioéthique. Pour une déontologie de la recherche sur le vivant*. Paris : Maloine.
- Farzadegan, H., Hoover, D. R., Astemborski, J., Lyles, C. M., Margolick, J. B., Markham, R. B., Quinn, T. C., et al. (1998). Sex differences in HIV-1 viral load and progression to AIDS. *The Lancet*, 352(9139), 1510-1514.
- Fernandez, N., Dory, V., Ste-Marie, LG., Chaput, M., Charlin, B., Boucher A. (2012). Varying conceptions of competence : an analysis of how health sciences educators define competence. *Medical Education*, 46(4), 357-65
- Feutrie, M. (2004). Une autre évaluation, une autre validation pour l'expérience. *Éducation permanente*, 158(1), 99-114.
- Feutrie, M. (2011). *Commentaires d'évaluation des projets VAE Universités-Convergence et Compétitivité* (25 octobre 2011), Bruxelles : CIUF.
- Fiedler, F. E. (1967). *A theory of leadership effectiveness*, New York : McGraw-Hill

- Figari, G. & Tourmen, C. (2006). La référentialisation : une façon de modéliser l'évaluation de programme, entre théorie et pratique. Vers une comparaison des approches au Québec et en France. *Mesure et Évaluation en Éducation*, 29(3), 2-25.
- Finegold, D. (1999). Creating self-sustaining high-skill eco-systems. *Oxford Review of Economic Policy*, 15 (1), 60-81.
- Finegold, D. & Soskice, D. (1988). The failure of training in Britain : analysis and prescription. *Oxford Review of Economic Policy*, 4 (3), 21-53.
- Fiske, S. T., & Stevens, L. E. (1998). What's so special about sex ? Gender stereotyping and discrimination. In D. L. Anselmi & A. L. Law (Eds.). *Questions of gender* (p. 232-245). Boston : McGraw-Hill.
- Fiske, ST. (2008). *Psychologie sociale*. Bruxelles : De Boeck.
- Flin, R., Yule, S., Paterson-Brown, S., Maran, N., Rowley, D. & Youngson, G. (2007). Teaching surgeons about non-technical skills. *Surgeon*, 2, 86-9
- Folscheid, D. (1997). La question de la médicalité. In D. Folscheid, B. Feuillet-Le Mintier, J-F. Mattéi. *Philosophie, éthique et droit de la médecine* (pp. 111-121). Paris : Presses universitaires de France.
- Frank, J. R. (Réd.). 2005. *Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins*. Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
- Freeman, R. B. (1976). *The Overeducated American*. New York : Academic Press.
- Frenay, M. & Bédard, D. (2004). Des dispositifs de formation universitaire s'inscrivant dans la perspective d'un apprentissage et d'un enseignement contextualisé pour favoriser la construction de connaissances et leur transfert. In A. Presseau et M. Frenay : *Le transfert des apprentissages*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T. et al. (2010). Health professionals for a new century : transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376, 1923-1958.
- Froment, A. (2001) *Maladie, donner un sens*. Éditions des archives contemporaines. Paris
- Gaba, DM., Howard, SK., Fish, KJ., Smith, BE. & Sowb, YA. (2001) Simulation-Based Training in Anesthesia Crisis Resource Management (ACRM): A Decade of Experience. *Simulation & Gaming*, 32(2), 175

- Gaille, M., & Foureur, N. (2010). L'«humanité», enjeu majeur de la relation médecin-patient – Y a-t-il une violence intrinsèque à la situation de soin ? *Perspective soignante*, 37, 6-27.
- Garant, M. (1996). Modèles de gestion des établissements scolaires et innovation. In M. Bonami & M. Garant (Éd.). *Systèmes scolaires et pilotage de l'innovation* (pp. 57-85). Bruxelles : De Boeck.
- Garant, M., Letor, C. & M. Bonami (2010). Leadership et apprentissage organisationnel. In L. Corriveau, C. Letor, C., D. Périsset Bagnoud, & L. Savoie-Zajc (Eds.). *Travailler ensemble dans les établissements scolaires et de formation : processus, stratégies et paradoxes*. (pp. 49-60). Bruxelles : De Boeck.
- Garrison, D. R. (1991). Critical thinking and adult education : a conceptual model for developing critical thinking in adult learners. *International Journal of Lifelong Education*, 10, 287-303.
- Gaspard, F. (1996). *La République des femmes. Une société fragmentée. Le multiculturalisme en débat*. Paris : La Découverte.
- Gauthier, P.-D. (2009). *Auto-évaluer des compétences pour construire son portfolio de développement professionnel*. Actes du 21^e Colloque de l'Association pour le Développement des Méthodologies d'Évaluation en Education en Europe (ADMEE) 21, 22 et 23 janvier 2009, Louvain-la-Neuve.
- Gélot, D., Neyrat F. & A. Pélage (2005). *Pour l'éducation permanente : propositions pour la formation professionnelle des salariés et des chômeurs*. Paris : Editions Syllepse.
- Gilligan, C. (1982/1993). *In a Different Voice : Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge (MA) : Harvard University Press (Traduction française : Gilligan, C. (2008). Une voix différente. Pour une éthique du care. Paris : Flammarion)
- Glick, P., Lameiras, M., Fiske, S. T., Eckes, T., Masser, B., Volpato, C., Manganelli, A. M., et al. (2004). Bad but bold : Ambivalent attitudes toward men predict gender inequality in 16 nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 713.
- Glick, P., & Fiske, S. T. (2001). Ambivalent sexism. *Advances in experimental social psychology*, 33, 115-188.
- Goffman, E. (2002). *L'arrangement des sexes* (introduction par C. Zaidman). Le genre du monde. Paris : La Dispute.
- Gotzsche, P. C. & Jorgensen, K. J. (2012). Effect of population-based screening on breast cancer mortality. *Lancet*, 379, 1297.

- Green, L. A., Fryer, G. E., Yawn, B. P., Lanier, D. & Dovey, S. M. (2001). The Ecology of Medical Care Revisited. *New England Journal of Medicine*, 344, 2021-2025.
- Grol R., Dautzenberg M., & Brinkmann H. (2004). *Quality management in primary care. European Practice Assessment*. Gütersloh :Verlag Bertelsmann Stiftung, 1-143.
- Gudykunst, W. B. (1993). Toward a theory of effective interpersonal and intergroup communication : An anxiety/uncertainty management perspective. In R. W. J. Koester (Ed.), *Intercultural communication competence* (pp. 33-71). Newbury Park : CA : Sage.
- Guerraoui, Z., & Troadec, B. (2000). *Psychologie interculturelle*. Paris : Armand Colin.
- Guibert, J-J. (2001). L'ensorcelante ambiguïté de « savoir, savoir-être et savoir-faire ». *Pédagogie médicale*, 2(1), 23-25.
- Hall, E. T. (1979). *Au-delà de la culture*. Paris : Éditions du Seuil.
- Hamzaoui, M. (2002). *Le travail social territorialisé*. Bruxelles : Éditions de l'Université de Bruxelles.
- Harris, I.B. (1993). New expectations for professional competence. In L. Curry, J-F Wergin et al. (Eds.). *Educating professionals* (pp. 17-52). San Fransisco (CA) : Jossey-Bass.
- Hatton, N., Smith, D. (1995). Reflection in Teacher Education : towards definition and implementation. *Teaching and Teacher Education*, 11 : 33-49.
- Haute autorité de santé. (2010). L'évaluation des pratiques professionnelles pour les professionnels de santé non médecins. *La lettre d'information de la Haute Autorité de santé*, n° 20 :8.
- Haute École Paul Henri Spaak, Haute École Libre de Bruxelles Ilya Prigogine (2010): *Référentiel de compétences intégré en kinésithérapie* (première édition). Bruxelles : Haute École Paul Henri Spaak, Haute École Libre de Bruxelles Ilya Prigogine.
- Healy, B. (1991). The yentl syndrome. *New England Journal of Medicine*, 325(4), 274-276.
- Hersey, P., & Blanchard, K.H. (1993). *Management of Organizational Behavior : Utilizing Human Resources*, 6th ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall
- Hidiroglou, P. (1997). Les rites de naissance dans le judaïsme. Paris : Les Belles Lettres.

- Hivon, R & Tardif, J. (1997). *Actes de l'École internationale d'été en pédagogie universitaire : Le développement de l'expertise professionnelle*. Sherbrooke (QC) : Faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke.
- Hofstede, G. H. (1980). *Culture's consequences : international differences in work-related values*. Beverly Hills (CA) : Sage Publications.
- Hofstede, G. H. (1994). *Vivre dans un monde multiculturel : comprendre nos programmations mentales*. Paris : Les Éditions d'Organisation.
- Hogg, M., & Tindale, S. (2001). *Blackwell Handbook of Social Psychology : Group Processes*. Oxford (UK): Blackwell Publishing
- Hopmann S. T. (2003). On the evaluation of curriculum reforms. *Journal of Curriculum Studies*, 35(4), 459-478.
- Huba, ME., Freed, JE. (2000). Experiencing a paradigm shift through assessment. In M. E. Huba & J. E. Freed (Eds.). *Learner-centered assessment on college campuses ; shifting the focus from teaching to learning*. (pp.1-31). Needham Heights (MA) : Allyn and Bacon.
- Hutton, R. (1999) *The Triumph of the Moon: A History of Modern Pagan Witchcraft*. Oxford and New York :Oxford University Press.
- Illeris K. (2007). *How we learn : Learning and non-learning in school and beyond*. New York : Routledge
- Illich, I. (1971). *Une société sans école*. Paris : Seuil.
- Inbar, D.E. (1996). *Planifier pour l'innovation en matière d'éducation*. Paris : Institut international de planification de l'éducation de l'UNESCO.
- Ipara Motema J. (2004). Les contraintes à l'exercice de la médecine traditionnelle à Kinshasa. *Médecine d'Afrique noire*, 51(12), 623-628.
- Jacob, F. (1970). *La logique du vivant. Une histoire de l'hérédité*. Paris : Gallimard.
- Jacquet, I. (2007). *Les cahiers du genre*. Casablanca : Éditions Le Fennec.
- Johnson, D. W. & R. T. Johnson (2009). Energizing Learning : The Instructional Power of Conflict. *Educational Researcher*, 38(1), 37-51.
- Joly, P. (2005). Représentations culturelles, itinéraires thérapeutiques et santé mentale infantile en Guadeloupe. *La Psychiatrie de l'enfant*, 48 (2), 537-575
- Jones, D. C., & van Amelsvoort-Jones, G. M. M. (1986). Communication patterns between nursing staff and the ethnic elderly in a long-term care facility. *Journal of Advanced Nursing*, 11(3), 265-272.

- Jonnaert, P. (2002). *Compétences et socioconstructivisme : un cadre théorique*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Jonnaert, P., Ettayebi, M. & Defise, R. (2009). *Curriculum et compétences. Un cadre opérationnel*. Bruxelles : De Boeck
- Jonnaert, P. & M'Batika, A. (Eds.) (2004). *Les réformes curriculaires. Regards croisés*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Jorro, A. & De Ketele, J-M. (2011). *La professionnalité émergente : quelle reconnaissance ?* Bruxelles : De Boeck.
- Jorro, A. (2005). Réflexivité et auto-évaluation dans les pratiques enseignantes. *Mesure et évaluation en éducation*, 27, 33-47
- Jorro, A. (2007). *Évaluation et développement professionnel*. Paris : L'Harmattan.
- Josephs, R. A., Markus, H. R., & Tafarodi, R. W. (1992). Gender and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 391-402.
- Jouquan, J. (2002). L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. *Pédagogie Médicale*, 3, 38-52
- Jouquan, J. (2003). L'évaluation des pratiques confrontée à l'exigence de la preuve en médecine clinique. *Médecine Thérapeutique*, 9 (3), 93-100.
- Jouquan, J. & Bail, P. (2003). À quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Exemple d'une révision curriculaire conduite en résidanat de médecine générale. *Pédagogie Médicale*, 4, 163-175
- Jouquan, J. (2010). La minute du superviseur. *Pédagogie Médicale 2010*, 11 (1), 71-72
- Jouquan, J. (2009). L'évaluation de la qualité des formations : Au-delà des chiffres. In D. Bédard & J.-P. Béchard (Eds.). *Innové dans l'enseignement supérieur* (pp. 199-212). Paris : Presses universitaires de France.
- Jutras, F. (2011), Le professionnalisme, valeur de base de la conduite professionnelle. In L. Langlois (Dir.). *Le professionnalisme et l'éthique au travail*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Kergoat, D. (2000). *Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe*. *Dictionnaire critique du féminisme* (p. 35-44). Paris : Presses Universitaires de France.
- Kilminster, S., Cottrell, D., Grant, J. & Jolly B. (2007) AMEEGuide No 27: Effective educational and clinical supervision. *Medical Teacher*, 29, 2-19.

- King, K. & Palmer, R. (2011). *Planifier le développement des compétences techniques et professionnelles*. Paris : Institut international de planification de l'éducation de l'UNESCO.
- King, P. M. & Kitchener, K. S. (1994). *Developing reflective judgment : Understanding and promoting intellectual growth and critical thinking in adolescents and adults*. San Francisco (CA) : Jossey-Bass.
- Kirkpatrick, D. L. (1959), *Evaluating Training Programs*, 2nd ed. San Francisco : Berrett Koehler
- Kleinman, A., Das, V. & Lock, M. (1997). *Social suffering*. Berkeley : University of California Press.
- Knowles, M. S. (1990) *The adult learner. A neglected species*. 4th (reviewed) edition. Houston : Gulf Publishing.
- Koh, G. C.-H., Khoo, H. E., Wong, M. L., Koh, D. (2008). The effects of problem-based learning during medical school on physician competency : a systematic review. *Canadian Medical Association Journal*, 178, 34-41.
- Kolb, D. & Fry, R. (1975). Towards an applied theory of experiential learning. In Copper, C. L. (Ed.). *Theories of group processes* (pp. 33-58). Londres : John Wiley.
- Kolb, D. (1984). *Experiential learning : experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs (NJ) : Prentice-Hall.
- Krugman, P. (1990). A model of Innovation, Technology Transfer and the World Distribution of Incomes, chapitre 9 In : P. Krugman, *Rethinking International Trade*. (pp. 139-151). Cambridge (MA), The MIT Press.
- Kuehlein, T., Sghedoni, D, Visentin, G, Gérvas, J, & Jamouille, M. (2010). La prévention quaternaire, une tâche du médecin généraliste. *Primary Care*, 10(18), 350-354.
- Kunégel, P. (2007). Que font les tuteurs ? Une exploration de la partie énigmatique de l'alternance. *Éducation permanente*, 173, 109-119.
- Kydland, F. & Prescott, E. C. (1977). Rules Rather than Discretion : The Inconsistency of Optimal Plans. *Journal of Political Economy*, 85 (31), 473-492.
- L'Association des facultés de médecine du Canada.(2010). *L'Avenir de l'éducation médicale au Canada : Une vision collective pour les études médicales prédoctorales*. Ottawa (ON) : L'Association des facultés de médecine du Canada.
- Lacroix, A. (2011). *Redéployer la raison pratique. Pour une éthique pragmatique*. Montréal : Liber.

- Lafortune, L. (2012). *Une démarche réflexive pour la formation en santé. Un accompagnement socioconstructiviste*. Québec : Presses de l'Université du Québec
- Lahtinen, V., Lonka, K., Lindblom-Ylänne, S. (1997). Spontaneous study strategies and the quality of knowledge construction. *British Journal of Educational Psychology*, 67, 13-24.
- Langevin, S. & Hivon, R. (2007). En quoi l'externat ne s'acquitte-t-il pas adéquatement de son mandat pédagogique ? Une étude qualitative fondée sur une analyse systématique de la littérature. *Pédagogie Médicale*, 8, 7-2.
- Langlois, L. (2011), L'éthique en milieu de travail : un développement progressif et continu. In L. Langlois (Dir.). *Le professionnalisme et l'éthique au travail*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Law, M. R., Cheng, L., Dhalla, I. A., Heard, D., & Morgan, S. G. (2012). The effect of cost on adherence to prescription medications in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 184(3), 297-302
- Le Boterf, G. (2010/2004). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris : Éditions d'Organisation.
- Le Breton, D. (1989). Soins à l'hôpital et différences culturelles. In C. Camilleri & M. Cohen-Emerique. *Chocs de cultures. Concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*. (pp.165-191). Paris : L'Harmattan.
- Leblanc, S., Ria, L., Dieumegard, G., Serres, G. & Durand, M. (2008), Concevoir des dispositifs de formation professionnelle des enseignants à partir de l'activité dans une approche enactive. *@ctivités*, 5, 1, 58-78.
- Leclerc, C., Bourrassa, B., & Filteau, O. (2010). Utilisation de la méthode des incidents critiques dans une perspective d'explicitation, d'analyse critique et de transformation des pratiques professionnelles. *Éducation et francophonie*, 38, 11-32.
- Lecoite, M. (1997). *Les enjeux de l'évaluation*. Paris : L'Harmattan.
- Legault, G.A. (2010). *Professionnalisme et délibération éthique*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Legault, G.A. (2011). L'éthique appliquée comme entreprise philosophique : dialogue avec Ricoeur. In A. Lacroix (Dir.). *Redéployer la raison pratique. Pour une éthique pragmatique*. Montréal : Liber
- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'Éducation*. Montréal : Guérin.
- Lenoir, H. (2002). La VAE : une nouvelle donne pour l'Université. *Connexions*, 78(2), 91-108.

- Letor, C. (2009). *Comment travailler ensemble au sein des établissements scolaires*. Bruxelles : De Boeck
- Letor, C. (2011). Travail collaboratif et dynamiques d'apprentissage organisationnel en établissements scolaires : quelles implications en gestion des ressources humaines ? In L. Portelance, C. Borges & J. Pharand. *La collaboration dans le milieu de l'éducation. Dimensions pratiques et perspectives théoriques*. Montréal : Presses Universitaires du Québec.
- Letor, C., Bonami, M. & Garant, M. (2006). *Savoirs partagés, compétences collectives, réseaux internes et externes aux établissements scolaires et leur gestion au niveau local. Rapport final*. Bruxelles : Ministère de l'éducation, Communauté française.
- Levack, B. P. (2006). *The witch hunt in early modern Europe*, Third Edition. London and New York : Longman
- Levine, R., Kern, D., Wright, S. (2008). The impact of prompted narrative writing during internship on reflective practice : a qualitative study. *Advances in Health Sciences Education*, 13, 723-33
- Lewin, K., Lippitt, R., & White, R. K. (1939). Patterns of aggressive behavior in experimentally created social climates. *Journal of Social Psychology*, 10, 271-279
- Licata, L., & Heine, A. (2012). *Introduction à la psychologie interculturelle*. Bruxelles : De Boeck.
- Lindgren, S. & Gordon, D. (2011). The doctor we are educating for a future global role in health care. *Medical Teacher*, 33, 551-554.
- Lingard, L., Kennedy, T.J. (2010). Qualitative research methods in medical education. In : Swanwick T (Eds). *Understanding medical education : evidence, theory and practice* (pp. 323-5). Londres : Wiley-Blackwell.
- List, F., (1841). *Le système national d'économie politique* (traduction d'Henri Richelot, 1857). Paris : Gallimard.
- Lortie, D.C. (1975) *Schoolteacher : A sociological analysis*. Chicago : University of Chicago Press.
- Lucas, R., 1988, On the Mechanics of Economic Development. *Journal of Monetary Economics*, 22, 3-42.
- Luck, J., Peabody, J. W. (2002). Using standardised patients to measure physicians' practice : validation study using audio recordings. *British Medical Journal*, 325, 679-683.
- Luminet, O. (2008, 2^e éd.). *Psychologie des émotions. Confrontation et évitement*. Bruxelles : De Boeck.

- Maes, R. & Sylin, M. (2012). La validation et la valorisation d'acquis professionnels par l'université, entre réhabilitation du travail-peine et individualisation des relations salariales Actes des XIII^{es} Journées Internationales de Sociologie du Travail, 25-27 janvier 2011. Bruxelles : JIST/METICES.
- Maes, R. (2012). « VAE » : l'université au service de la compétitivité des entreprises ? TEF (numéro à paraître).
- Maes, R., Sztalberg, C. & Sylin, M. (2011). L'accompagnement VAE en Communauté française de Belgique : vers un coaching individualisé ? Actes du 23^e Colloque de l'Association pour le Développement des Méthodologies d'Évaluation en Éducation en Europe (ADMEE-Europe), 12-14 janvier. Paris : ADMEE.
- Maes, R., Sztalberg, C. & Sylin, M. (2012). The Over-fifty Returning Adult Learners : Another neglected species ? Actes de la 43^e conférence EUCEN, 9-11 mai. Graz : EUCEN.
- Mahieu, C., Moens, F. (2003). De la libération de l'homme à la libéralisation de l'éducation : Le lifelong learning dans le discours et les pratiques européennes ». *Éducation et sociétés*, 12 (2), 35-55
- Mahieu, C. (2010), *Le maillage des espaces de qualification*. Louvain-la-neuve : Ciaco,
- Mann, K., Gordon, J., MacLeod, A. (2009) Reflection and reflective practice in health professions education : a systematic review. *Advances in Health Sciences Education*, 14, 595-621
- Marchand, C., d'Ivernois, JF. (2004) Les cartes conceptuelles dans les formations en santé. *Pédagogie Médicale*, 5, 230-240
- Martineau, B., Girard, G., Boule, R. (2008) Interventions en supervision directe pour développer la compétence du résident : une recherche qualitative. *Pédagogie Médicale*, 9, 19-31
- Martineau, S., Simard, D. (2011). Regard sur le dialogue comme condition de la collaboration en stage ou en accompagnement mentorale. In L. Portelance, C. Borges, J. Pharand (Dir.). *La collaboration dans le milieu de l'éducation. Dimensions pratiques et perspectives théoriques* (pp. 13-25). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Massé, R. (1995). *Culture et Santé Publique*. Montreal : Gaëtan Morin.
- Mathers NJ., Challis MC., Howe AC., Field NJ. (1999). Portfolios in continuing medical education-effective and efficient ? *Medical Education*, 33, 521-30.
- Mayen, P. (2008). Incompétences et compétences : peut-on définir des repères de professionnalité ? In L. Mottier Lopez, Y.-E. Dizerens,

- G. Marcoux. & A. Perréard-Vité (Éds.). *Entre la régulation des apprentissages et le pilotage des systèmes : évaluations en tension*. Actes du 20^e colloque de l'ADMEE-Europe, Université de Genève. Accès : <https://plone.unige.ch/sites/admee08/tables-rondes/v-tr2/v-tr2-3>
- McDermott, J. (2011). Harnessing Our Opportunity to Make Primary Care Sustainable. *New England Journal of Medicine*, 364, 395-397
- McGaghie, WC., Issenberg, SB., Petrusa, ER., Scalese, RJ. (2010). A critical review of simulation-based medical education research : 2003-2009. *Medical Education*, 44, 50-63.
- McGaghie, WC., Issenberg, SB., Cohen, ER., Barsuk, JH., Wayne, DB. (2011). Does simulation-based medical education with deliberate practice yield better results than traditional clinical education ? A meta-analytic comparative review of the evidence. *Academic Medicine*, 86, 706-11.
- McGuire, C. (1993). Sociocultural changes affecting professions and professionals. In L. Curry, JF. Wergin et al.(Eds.). *Educating professionals* (pp. 3-16). San Fransisco (CA) : Jossey-Bass.
- Mead, G. H. (1934/1967). *Mind, self, and society from the standpoint of a social behaviorist* (Vol. 1). Chicago : The University of Chicago Press. (Traduction française : Mead, G. H. (1934/2006). *L'esprit, le soi et la société* (Nouvelle édition refondue ed.). Paris : Presses universitaires de France)
- Meirieu, P. (2007). *Le choix d'éduquer*. Paris : ESF.
- Mellors, J. W., Munoz, A., Giorgi, J. V., Margolick, J. B., Tassoni, C. J., Gupta, P., Kingsley, L. A., et al. (1997). Plasma viral load and CD4+ lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection. *Annals of internal medicine*, 126(12), 946-954.
- Mennin, S. (2010). Self-organisation, integration and curriculum in the complex world of medical education. *Medical Education*, 44,20-30.
- Merrien, FX. (1999) La Nouvelle Gestion publique : un concept mythique. *Lien social et Politiques*, (41), 95-103.
- Mezirow, J. (1991) *Transformative dimensions of Adult Learning*. San Francisco : Jossey-Bass
- Michaud, C., & Alin C. (2010). *L'évaluation du processus portfolio et des dispositifs où il se construit*. Actes du 22^e Colloque de l'Association pour le Développement des Méthodologies d'Évaluation en Éducation en Europe (ADMEE-Europe). Évaluation et curriculum : effets des dispositifs et des programmes – Universidade do Minho – 14-16 janvier 2010.

- Michel, G. & Allemand, D. (2008). L'apprentissage de la conduite d'entretien par les formateurs. *Travail et Apprentissages*, 2, 111-130.
- Mingat, A. & J. Higher Education and Employment Markets in France", *Higher Education*, 11, 211-220.
- Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *Journal Officiel de la République Française*, 22 Juillet 2009.
- Moon, J. (1999). *A handbook of reflective and experiential learning*. London : Routledge.
- Mopin J. (2011). La transmission, clé de voûte du compagnonnage. In V. Knuessi & L. Brazeau et al. *Actes du colloque Printemps de l'éthique*. Longlier : Weyrich
- Morin E. (2008). *Mon chemin. Entretiens avec Djénane Kareh Tager*. Paris : Librairie Arthème Fayard.
- Moro, M. R. (1992). Principes théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie : l'exemple du travail avec les enfants de migrants et leurs familles. *Santé mentale au Québec*, 17, 71-98.
- Mullan, F., Frehywot, S., Omaswa, F., Buch, E., Chen, C., Greysen, SR., Wassermann, T., Abubakr, DE., Awases, M., Boelen, C., Diomande, DMJ., Dovlo, D., Ferro, J., Haileamlak, A., Iputo, J., Jacobs, M., Koumaré, AK., Mipando, M., Monekosso, GL., Olapade-Olaopa, EO., Rugarabamu, P., Sewankambo, NK., Ross, H., Ayas, H., Chale, SB., Cyprien, S., Cohen, J., Haile-Mariam, T., Hamburger, E., Jolley, L., Kolars, JC., Kombe, G. & Neusy, AJ. (2011). Les écoles de médecine en Afrique subsaharienne. *Pédagogie Médicale*, 12 (2), 69-85
- Muller, S. (Chairman). (1984). Physicians for the Twenty-First Century : Report of the Project Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine. *Journal of Medical Education*, 59, Part 2.
- Myers, D. G. (1997). *Introduction à la psychologie sociale*. Montréal : Chenelière/McGraw-Hill.
- Naccache, N., Samson, L. & Jouquan, J. (2006). Le portfolio en éducation des sciences de la santé : un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation. *Pédagogie Médicale*, 7, 110-127.
- Nelson, TO. & Narens, L. (1994). Why investigate metacognition ? In J. Metcalfe & A. P. Shimamura (Eds.). *Metacognition : Knowing about Knowing*. Cambridge : MIT Press, 1-25.

- Norman, G. (2003). RCT = results confounded and trivial : the perils of grand educational experiments. *Medical Education*, 37,582-4.
- Norman, G. (2011). Chaos, complexity and complicatedness : lessons from rocket science. *Medical Education*, 45,549-59.
- Norman, G., Dore, K., Grierson, L. (2012). The minimal relationship between simulation fidelity and transfer of learning. *Medical Education*, 46, 636-647
- Novak, JD., Canas, AJ. (2008). *The Theory Underlying Concept Maps and How to Construct and Use Them, Technical Report IHMC CmapTools 2006-01 Rev 01-2008*, Florida Institute for Human and Machine Cognition, 2008 Téléchargeable à l'adresse : <http://cmap.ihmc.us/Publications/ResearchPapers/TheoryUnderlyingConceptMaps.pdf>. Consulté le : 2 décembre 2012
- Ogden, C. K. & Richards, I. A. (1923). «*The Meaning of Meaning.*» 8th Ed. New York : Harcourt, Brace & World, Inc.
- Ogien, A. & Quéré, L. (2006). *Les moments de la confiance. Connaissances affects et engagements*. Paris : Economica.
- OMS. (2009). *Les femmes et la santé : la réalité d'aujourd'hui le programme de demain*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- Ortiz, L. A. & Ibanez, R., V (2011). Iatrogenesis and quaternary prevention on mental health. *Rev Esp Salud Publica*, 85, 513-525.
- Osborne, M. (2003). University Continuing Education – International Understandings. In M. Osborne (ed.). *Lifelong Learning in a changing continent*. Leicester : NIACE.
- Paige, J., Kozmenko, V., Morgan, B., Howell, DS., Chauvin, S., Hilton, C, Cohn I, O'Leary JP. (2007). From the Flight Deck to the Operating Room : An Initial Pilot Study of the Feasibility and Potential Impact of True Interdisciplinary Team Training using High-Fidelity Simulation. *Journal of Surgical Education*, 64(6), 369-77
- Paradis, E. (1992). *L'évaluation des apprentissages. Valoriser sa mission pédagogique*. Québec : FECS/CEQ.
- Parent F, Jouquan J, Kerkhove L, Jaffrelot M, De Ketele J-M. (2012). Intégration du concept d'intelligence émotionnelle à la logique d'approche pédagogique par compétences dans les curriculums de formation en santé. *Pédagogie Médicale*, 13, 183-201.
- Parent, F. (2007a). *Déterminants éducationnels et facteurs favorables à une meilleure adéquation entre formation et compétences attendues des professionnels de la santé dans les organisations de santé*

- en Afrique Étude sur la gestion et le développement des ressources humaines en santé.* Thèse de Doctorat en Sciences de la Santé Publiques. Bruxelles : École de Santé Publique/ULB. D/2007/ Florence Parent, Auteur-Éditeur, 2007.
- Parent, F., Ndiaye, M., Coppieters, Y., Deme, S, Sarr, O., Lejeune, C., Lemenu, D., De Ketele, J-M. (2007b). Utilisation originale de l'approche par compétences en supervision formative en Afrique subsaharienne. *Pédagogie Médicale*, 8:156-76
- Parent, F. (2008). Formation, compétences et constructivisme : le référentiel d'évaluation, outil de cohérence dans les programmes de formation en santé. In : Baillat, G., De Ketele, JM., Paquay, L., Thélot, C. *Évaluer pour former. Outils, dispositifs et acteurs.* Bruxelles : De Boeck, Collection Pédagogies en Développement, 111-139.
- Parent, P., Baulana, R., Coppieters, Y., Kahombo, G., d'Hoop, E., Lemenu, D., Garant, M., De Ketele, J-M. (2011a). Mieux gérer la cohérence pour renforcer les ressources humaines en santé : paradigmes et méthodes pour une intégration efficace des pratiques professionnelles et communautaires en formation. *Pédagogie Médicale*, 11, 111-25.
- Parent, F., Baulana, R., Kahombo, G., Coppieters, Y., Garant, M. & De Ketele, J-M. (2011b) A comprehensive competence-based approach in curriculum development : Experiences from African and European contexts. *Health Education Journal*, 301-17.
- Parent, F., Jouquan, J., De Ketele, J-M. (2012) CanMEDS and other «competency and outcome-based approaches» in medical education : clarifying the ongoing ambiguity. *Advances in Health Sciences Education*. DOI : 10.1007/s10459-012-9402-z
- Parent, F., Jouquan, J. (2013). *Construire un référentiel de compétences intégré pour la formation de professionnels de santé. Guide pratique.* Ouvrage en préparation. Bruxelles : De Boeck.
- Pastré, P. (2001). Les compétences professionnelles et leur développement. *Revue Cfdt*, 39, 3-10.
- Pastré, P. (2002). L'analyse du travail en didactique professionnelle. *Revue Française de Pédagogie*, 138, 9-17.
- Pastré, P. (2004). Le rôle des concepts pragmatiques dans la gestion de situations problèmes : le cas des régleurs en plasturgie. In R. Samurçay & P. Pastré (Ed.). *Recherches en didactique professionnelle* (pp. 17-47). Toulouse : Octarès.
- Pastré, P. (2005). La conception de situations didactiques à la lumière de la théorie de la conceptualisation dans l'action. In P. Rabardel &

- P. Pastré (Eds.) *Modèles du sujet pour la conception*. (pp. 73-107). Toulouse : Octarès.
- Pastré P. (dir.) (2005) *Apprendre par la simulation : de l'analyse du travail aux apprentissages professionnels*. Toulouse : Octarès,
- Pastré, P. (2006). Apprendre à faire. In E. Bourgeois & G. Chapelle (Eds.). *Apprendre et faire apprendre* (pp. 109-121). Paris : Presses Universitaires de France.
- Pastré, P. (2007a, mars). Conférence dans le cadre du Séminaire Pierre Rabardel. Téléchargeable à l'adresse : <http://didactiqueprofessionnelle.ning.com/page/conferences-1>. Consulté le : 2 décembre 2012
- Pastré, P. (2007b). Quelques réflexions sur l'organisation de l'activité enseignante. *Recherche et formation*, 56, 91-93.
- Pastré, P. (2008a). La didactique professionnelle : origines, fondements, perspectives. *Travail et Apprentissages*, 1, 9-21.
- Pastré, P. (2008b) Apprentissage et activité. In Y. Lenoir & P. Pastré (Eds.). *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat*. (pp.53-79). Toulouse : Octarès.
- Pastré, P. (2008c). Analyse de l'activité d'apprentissage : le point de vue de la didactique professionnelle. *Travail et apprentissages*, 2, 66-72.
- Pastré, P. (2008d). Quelles questions à propos de l'analyse de l'activité ? Conférence lors de la rencontre annuelle de l'association Recherche et Pratiques en Didactique Professionnelle, Paris, le 31 janvier. Téléchargeable à l'adresse : <http://didactiqueprofessionnelle.ning.com/page/reunion-annuelle-2008>. Consulté le : 2 décembre 2012
- Pastré, P. (2008e). Étude comparative des trois chantiers de l'Afpa. *Travail et apprentissages*, 2, 131-139.
- Pastré, P. (2011). Situation d'apprentissage et conceptualisation. *Recherche en Education*, 12, 12-25.
- Pastré, P., Rabardel, P. *Apprendre par la simulation. De l'analyse du travail aux apprentissages professionnels*. Les Éditions Octares, 2005
- Pastré, P., Mayen, P. & Vergnaud, G. (2006). La didactique professionnelle. *Revue Française de Pédagogie*, 154, 145-198.
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G. & Walshe, K. (2005). Realist review – a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research and Policy*, 10 Suppl 1, 21-34.

- Pelaccia, T., Dory, V. & Denef, J.-F. (2011). La recherche en éducation médicale : état des lieux, perspectives et rôle de la SIFEM. *Pédagogie Médicale*, 12,139-48.
- Pelaccia, T. & Paillé, P. (2011). La recherche qualitative en pédagogie médicale : histoire, pratique et légitimité. *Pédagogie Médicale*, 12:179-92.
- Pelaccia, T. & Tribby, E. (2011). La pédagogie médicale est-elle une discipline ? *Pédagogie Médicale*, 12,121-32.
- Perrenoud, P. (1994). Professionnalisation du métier d'enseignant, formation en alternance et pratique réflexive. *Revue Éducation physique et Sport*, 250, 11-16
- Perrenoud, P. (2001). *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant*. Paris : ESF
- Perrenoud, P. (2009). *Le désir de ne pas savoir*. Innovations pédagogiques dans les pratiques réflexives. Conférence IFRES. Liège : Université de Liège.
- Piaget, J. (1950). *Introduction à l'épistémologie génétique. Tome III : La pensée biologique, la pensée psychologique et la pensée sociale*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Piaget, J. (1974). *Réussir comprendre*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Pierron, J-P. (2012). Le lieu de l'éthique, 13^{ème} journée haut-rhinoise de psycho-oncologie, APOHR, Mulhouse.
- Pinto, A. J., Zeitz, H. J. (1997) Concept mapping : a strategy for promoting meaningful learning in medical education, *Medical Teacher*,19 :114-121
- Pizzo, P. A. & Clark, N. M. (2012). Alleviating Suffering 101 Pain Relief in the United States. *New England Journal of Medicine*, 366, 197-199.
- Potter, Van Rensselaer. (1971). *Bioethics : Bridge to the future*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.
- Prax, J.-Y. (2003). *Le Knowledge Management*. Paris : Dunod
- Prentice, DA., & Carranza, E. (2002). What women should be, shouldn't be, are allowed to be, and don't have to be : The contents of prescriptive gender stereotypes. *Psychology of Women Quarterly*, 26(4), 269-281.
- Prescrire. (2011a). Dépenses de santé : quels facteurs d'augmentation ? *Revue Prescrire* 3(333), 536-541.
- Prescrire. (2011b). Savoir ne pas traiter par chimiothérapie anticancéreuse en fin de vie. *Revue Prescrire* 31 (327), 24-25.

- Pressley, M., Yokoi, L., van Meter, P., van Etten, S. & Freebern, G. (1997). Some of the reasons why preparing for exams is so hard. What can be done to make it easier? *Educational Psychological Review*, 9, 1-38
- Projet pour le professionnalisme médical (Medical Professionalism Project) développé par l'American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation, l'American College of Physicians-American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM) Foundation et l'European Federation of Internal Medicine (EFIM) (2004). Le professionnalisme médical pour le nouveau millénaire : une charte pour les praticiens. *Pédagogie Médicale*, 5, 43-45.
- Pudelko, B., Basque, J. (2005) Logiciels de construction de cartes de connaissances : des outils pour apprendre. Téléchargeable à l'adresse : <http://www.profetic.org/dossiers/spip.php?rubrique108>. Consulté le 2 décembre 2012.
- Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Cambridge (MA) : Harvard University Press.
- Raynal, F. et Rieunier, A. (2005). *Dictionnaire des concepts clés : apprentissages, formation, psychologie cognitive*. Paris : ESF.
- Rees, C (2005a). The use (and abuse) of the term 'portfolio'. *Medical Education*, 39, 436-7.
- Rees, C. (2005, b). 'Portfolio' definitions : do we need a widerdebate? *Medical Education*, 39, 1142.
- Regehr, G. (2010). It's NOT rocket science : rethinking our metaphors for research in health professions education. *Medical Education*, 44, 31-9.
- Reiffers, J-L. *Accomplir l'Europe par l'éducation et la formation*. Rapport du groupe de réflexion sur l'Éducation et la Formation, 1996.
- Rey, B. (2012). *Compétence et évaluation : une relation complexe*. Conférence d'ouverture à deux voies (Even Loarer). Actes du 24e Colloque de l'Association pour le Développement des Méthodologies d'Évaluation en Éducation – L'évaluation des compétences en milieu scolaire et professionnel, 11-13 janvier, Luxembourg.
- Rey, B., Carette, V., Defrance, A. et Kahn, S. (2003). *Les compétences à l'école – Apprentissage et évaluation*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Ricoeur, P. (1975). *Le problème du fondement de la morale*. *Sapienza*, 3, 313-337.
- Ricoeur, P. (2004). *Parcours de la reconnaissance*. Paris : Seuil.

- Ricoeur, P. (1991). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.
- Roegiers, X. (1997). *Analyser une action d'éducation ou de formation*. Bruxelles : De Boeck.
- Roegiers, X. (2011). *Des situations pour intégrer les acquis scolaires*. Bruxelles : De Boeck.
- Romainville, M. (2006). *Ignorante du passé, la pédagogie universitaire est-elle condamnée à le revivre ? Quelques leçons de la longue histoire des méthodes actives*. In Questions de pédagogie dans l'enseignement supérieur. Actes du IVème colloque (pp. 181-188). Louvain-la-Neuve : Presses universitaires de Louvain
- Romer, P. (1986). "Increasing Returns and Long Run Growth", *Journal of Political Economy*, 94, 1002-1037.
- Romer, P. (1990). "Endogenous Technical Change", *Journal of Political Economy*, 98, S71-S102
- Romer, P. (1993). Idea gaps and object gaps in economic development. *Journal of Monetary Economics*, 32, 543-573
- Rosier, M.J., Keeves, J.P. (1991). *The IEA Study of Science 1: Science Education and Curricula in Twenty-Three Countries*. London : Elsevier Science.
- Roter, D. L., & Hall, J. A. (2004). Physician gender and patient-centered communication: a critical review of empirical research. *Annual Review of Public Health*, 25, 497-519
- Rothman, A. & Page, G. Problem-based learning. In : G.Norman, C. P. M van der Vleuten., D. I. (Newble Eds.) (2002). *International Handbook of Research in Medical Education*. Dordrecht : Kluwer Academic Publishers :613-41
- Rudolph, JW., Simon, R., Raemer, DB, Eppich, WJ.(2008). Debriefing as formative formative assessment : closing performance gaps in medical education. *Academic Emergency Medicine*, 15, 1010-16.
- Saint-Arnaud, Y. (2001). La réflexion dans l'action : Un changement de paradigme. *Recherche et Formation*, 36, 17-27.
- Sambo (2005). *Médecine traditionnelle africaine : Contribution à la prévention de l'infection à VIH*. Message du Directeur Régional de l'OMS à l'occasion de la 3ème Journée Africaine de la Médecine Traditionnelle du 31 Août 2005. Téléchargeable à l'adresse : <http://www.afro.who.int/fr/rdo/289-3eme-journee-africaine-de-la-medecine-traditionnelle.html>. Consulté le : 2 décembre 2012

- Samurçay, R. & Rogalski, J. (1992). Formation aux activités de gestion d'environnements dynamiques : concepts et méthodes, *Éducation permanente*, 111, 227-242.
- Samurçay, R., & Pastré, P. (1998). *L'ergonomie et la didactique. L'émergence d'un nouveau champ de recherche : Didactique professionnelle*. In Actes du colloque « Recherche et Ergonomie » (pp. 119-127). Toulouse.
- Sanchez-Mazas, M., & Casini, A. (2005). Égalité formelle et obstacles informels à l'ascension professionnelle : les femmes et l'effet « plafond de verre ». *Social Science Information/sur les sciences sociales*, 44(1), 141-173.
- Sanchez-Mazas, M. (à paraître). *Harcèlement sexuel : quelle demande de respect ? Les figures contemporaines du respect*. Bruxelles : Éditions de l'Université de Bruxelles.
- Sapir, A., Aghion, P., Bertola, G., Hellwig, M., Pisani-Ferry, J., Rosati, D., Vinals, J. & Wallace, H. (2003). *An Agenda for a Growing Europe. The Sapir Report Oxford*. : Oxford University Press.
- Sargeant, J., Mann, K., van der Vleuten, C., & Metsemakers, J. (2008). "Directed" Self-Assessment : Practice and Feedback Within a Social Context. *J Contin Educ Health Prof*, 28:47-54.
- Savoyant, A. (2008). Quelques réflexions sur les savoirs implicites. *Travail et Apprentissages*, 1, 92-100.
- Schön, D (1983). *The reflective practitioner : How professionals think in action*. New York : Basic Books, 1983 (Trad. française : Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Montréal (PQ) : Les Éditions Logiques, 1994)
- Schön, DA. (1987). *Educating the reflective practitioner : toward a new design for teaching and learning in the professions*. San Francisco : Jossey-Bass
- Schouten, B. C., & Meeuwesen, L. (2006). Cultural differences in medical communication : A review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 64, 21-34.
- Schuwirth, LW., van der Vleuten, CP. (2006). A plea for new psychometric models in educational assessment. *Medical Education*, 40(4), 296-300.
- Schwartz, S. H. (2009). Culture matters : National value cultures, sources, and consequences. In R. S. Wyer, C.-y. Chiu & Y.-y. Hong (Eds.). *Understanding culture: Theory, research, and application*. (pp. 127-150). New-York : Psychology Press.

- Scriven, M. (1967). *The methodology of évaluation*. Chicago : Rand Mac Nally.
- Segall, MH., Dasen, PR., Berry, JW. & Poortinga, YH. (1999). Human behavior in global perspective : an introduction to cross-cultural psychology. (2nd. Édition)
- Sereni, C., & Sereni, D. (2002). *On ne soigne pas les femmes comme les hommes*. Paris : Odile Jacob.
- Serres, M. (2006) L'éducation médicale vue par un philosophe. *Pédagogie Médicale*, 7, 5-41
- Shadish, W.R., Cook, T.D. & Leviton, L.C. (1991a). Good theory for social program evaluation. In : WR Shadish, TD Cook, LC Leviton (Eds). *Foundations of Program Evaluation. Theory and Practice*. (pp. 36-67) Newbury Park (CA): Sage.
- Shadish, W.R., Cook, T.D. & Leviton, L.C. (1991b). Social Program Evaluation : Its history, tasks and theory. In : WR Shadish, TD Cook, LC Leviton (Eds). *Foundations of Program Evaluation. Theory and Practice*. (pp. 19-35). Newbury Park (CA): Sage.
- Silver, I., Campbell, C., Marlow, B. & Sargeant, J. Self-Assessment and Continuing Professional Development : The Canadian Perspective. (2008). *Journal of Continuing Education in Health Professions*, 28,25-31.
- Snadden, D., Thomas, M. L. (1998).The use of portfolio learning in medical education. *Medical Teacher*, 20, 192-9.
- Srinivasan; M., McElvany, M., Shay, JM., Shavelson, RJ., West, DC. (2008) Measuring knowledge structure : reliability of concept mapping assessment in medical education *Academic Medicine*, 83(12), 1196-203.
- Starfield, B. (2009). Toward international primary care reform. *CMAJ*, 180, 1091-1092.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*, 83, 457-502.
- Stengers, I. (2002). *Penser avec Whitehead. Une libre et sauvage création de concepts*. Paris : Le Seuil, « L'ordre philosophique ».
- Sterlin, C. (2006). Pour une approche interculturelle du concept de santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 11(1), 112-121.
- Stobart, G. (2011). L'évaluation pour les apprentissages : d'une expérimentation locale à une politique nationale. *Revue française de Pédagogie*, 174(1), 41-48

- Stroobants, M. (1993). *Savoir-faire et compétences au travail. Une sociologie de la fabrication des aptitudes*. Bruxelles : Éditions de l'Université de Bruxelles.
- Stroobants, M (1994). La visibilité des compétences ». In Ropé, E & Tanguy, L. (dir.) (1994). *Savoirs et compétences : De l'usage de ces notions dans l'école et l'entreprise*. Paris : L'Harmattan.
- Stroobants, M. (2002). La qualification ou comment s'en débarrasser. In J. Dolz & E. Ollagnier (Eds.). *L'énigme de la compétence en éducation*. (pp. 61-73), Bruxelles : De Boeck.
- Strube, M. J., & Garcia, J. E. (1981). A meta-analytic investigation of Fiedler's contingency model of leadership effectiveness. *Psychological Bulletin*, 90, 307-321
- Tajfel, H. (1972). La catégorisation sociale. Introduction à la psychologie sociale, 1, 272-302.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. In S. Worchel & W. G. Austin (Eds.). *The psychology of intergroup relations* (pp. 7-24). Chicago : Nelson-Hall.
- Tanguy, L. (1994). Compétences et intégration sociale dans l'entreprise. In E Ropé et
- L. Tanguy (Dir.) (1994). *Savoirs et compétences : De l'usage de ces notions dans l'école et l'entreprise*. Paris : L'Harmattan
- Tannenbaum, D., Konkin, J., Parsons, E., Saucier, D., Shaw, L., Walsh, A., Kerr, J., Organek, A. (2009). CanMEDS-family medicine. Mississauga (ON) : College of Family Physicians of Canada. T2léchargeable à l'adresse : www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds FM Eng.pdf. Consulté le 2 décembre 2012
- Tardif, J. (1992). *Pour un enseignement stratégique : l'apport de la psychologie cognitive*.
Montréal : Éditions Logiques.
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal : Chenelière Éducation
- Tete, A. (1994). Between Neurosciences and Cognitive Psychology : a Frontier in Question. *Revue de synthèse*, 994, Vol. 115(3-4), 485-502
- The Lancet. (2012). The struggle for universal health coverage. *The Lancet*, 380, 859.
- Thomas, L. (2002). Student retention in higher education : the role of institutional habitus. *Journal of Education Policy*, 17(4), 423-442.

- Thomas, L. V. (1975). *Anthropologie de la mort. Mort au Sud du Sahara*. Paris : Payot.
- Ting-Toomey, S. (1999). *Communicating across cultures*. New York : The Guilford Press.
- Tochon, F. V. (1993). *L'enseignant expert*. Paris : Nathan
- Todd, A. D. (1989). *Intimate adversaries : Cultural conflict between doctors and women patients*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.
- Traube, P. (2002). *Eloge du prêt à penser*. Bruxelles : Labor.
- Triandis, H. C. (1994a). *Culture and social behavior*. New York ; London : McGraw-Hill.
- Triandis, H. C. (1994b). Recherches recentes sur l'individualisme et le collectivisme. Recent research on individualism and collectivism. (Trans C. Guitard and P. De Visscher). *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 23, 14-27.
- Triandis, H. C. (1995). *Individualism & collectivism*. Boulder (CO) : Westview Press.
- United States. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont Report Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*
- Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Paris : La Découverte.
- Vachon B. (2009). *Étude de l'utilisation d'une approche réflexive pour intégrer les évidences scientifiques dans la pratique de l'ergothérapie en réadaptation au travail*. Sherbrooke, ProQuest Dissertations and Thesis, ProQuest.
- Van der Vleuten, C.P. (2005). Assessing Professional compétence : from methods to programmes. *Medical Education*, 39(3), 309-317.
- Van Hove, H., Reymenants, G., Bailly, N., & Decuyper, J. (2011). Femmes et Hommes en Belgique (No. D/2011/10.043/27) (p. 395).Bruxelles : Institut pour l'égalite des femmes et des hommes.
- Van Loon, K, Parmentier, P., Hotton, R., Wardavoit, H., Belgrado, JP., Lejeune C., d'Hoop, E. & Parent, F. (2010). Évaluation qualitative des compétences dans la formation initiale des kinésithérapeutes : éléments de la problématique et pistes de réponses. Actes du 22ème congrès de l' Association pour le Développement des Méthodologies d'Évaluation en Éducation en Europe (ADMEE), Braga, Portugal.

- Van Manen, M. (1977). Linking ways of knowing with ways of being practical. *Curriculum Inquiry*, 6, 205-228
- Van Zanten, M., Norcini, J. J., Boulet, J. R., & Simon, F. (2008). Overview of accreditation of undergraduate medical education programmes worldwide. *Medical Education*, 42, 930-937.
- Vanhulle, S. (2004). L'écriture réflexive, une inlassable transformation sociale de soi, *Repères*, (30), p.13-31
- Vanpee, D., Godin, V., & Lebrun, M. (2008). Améliorer l'enseignement en grands groupes à la lumière de quelques principes de pédagogie active. *Pédagogie Médicale*, 9, 32-41
- Varela F. (2010). *Quel savoir pour l'éthique ? Action, sagesse et cognition*. Paris : La Découverte/Poche.
- Vergnaud, G. (1996). Au fond de l'action, la conceptualisation. In : J.-M. Barbier (Ed.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris : Presses Universitaire de France.
- Vergnaud, G. (2002). L'explication est-elle autre chose que la conceptualisation ? In F. Leutenegger et M. Saada-Robert (Eds.). *Expliquer et comprendre en sciences de l'éducation* (pp. 31-44). Bruxelles : De Boeck.
- Vergnaud, G. (2001). Forme opératoire et forme prédicative de la connaissance. In J. Portugais (Ed.). *La notion de compétence en enseignement des mathématiques, analyse didactique des effets de son introduction sur les pratiques et sur la formation*. Actes du colloque GDM.
- Vermersch, P. (1994). *L'entretien d'explicitation*. Paris : ESF
- Viau, R. (1997). *La motivation en contexte scolaire*. Bruxelles : De Boeck & Larcier (2nde éd. ; 1re éd. 1994).
- Vidal-Gomel, C. & Rogalski, J. (2007). La conceptualisation et la place des concepts pragmatiques dans l'activité professionnelle et le développement des compétences. *@ctivités*, 4, 1, 49-84.
- Vierset, V. (1995). *Sensibilisation à une autre pédagogie*. Marrakech : Presses Universitaires.
- Vierset, V., Bédard, D. & Foidart, J-M. (2009). La psychosociologie : un cadre interprétatif de la fonction du tuteur dans un dispositif d'apprentissage par problème. *Pédagogie Médicale*, 10, 211-228.
- Vierset, V., Bédard, D., Frenay, M. & Nisolle, M. (2013). Le concept de l'Apprentissage et de l'Enseignement Contextualisé Authentique (AECA) utilisé comme guide des questionnements lors de l'évaluation de la qualité pédagogique des stages. (En préparation).

- Vroom, V.H.; Yetton, P.W. (1973). *Leadership and Decision-Making*. Pittsburgh : University of Pittsburgh Press
- Vygotsky, L. (1997). *Pensée et langage* (parution originale 1933). Paris : La Dispute.
- Walker, D. (1985). Writing in reflexion. In : Boud D, Keogh R, Walker D (Eds.). *Reflection : turning experience into learning*. London : Logan, 52-68.
- Walker, J. S., & Carmody, J. J. (1998). Experimental pain in healthy human subjects : gender differences in nociception and in response to ibuprofen. *Anesthesia & Analgesia*, 86(6), 1257-1262.
- Ward, T.W. (1969). Improvement of Educational Practice. In R.L. Ebel, V.H. Noll, R.M. Bauer (eds.). *Encyclopedia of Educational Research*. London : MacMillan Company.
- Wardavoir, H., Van Loon, K., Romanus, C. Parmentier, P. & Peeters, D. (2012). Évaluation du processus de mise en place de deux outils pédagogiques (portfolio et grille d'évaluation des stages) en lien avec le Référentiel de Compétences intégré en kinésithérapie. Actes du 24^e colloque international de l'Association pour le Développement des Méthodologies d'Évaluation en Éducation en Europe (ADMEE-Europe), Luxembourg, 11-13 janvier 2012.
- Watson, K., Wright, A., Morris, N., McMeeken, J., Rivett, D., Blackstock, F., Jones, A., Haines, T., O'Connor, V., Watson, G., Peterson, R. & Jull, G. (2012). Can Simualtion replace part of clinical time ? Two parallel randomised controlled trials. *Medical Education*, 46, 657-667.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D., D. (1967). *Pragmatics of Human Communication : A study of interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*. New York : W.W. Norton & Company
- Webb, C, Endacott, R, Gray, M, Jasper, M, Miller, C, Mc Mullan M, Schole, J. (2002). Models of portfolios. *Medical Education*, 36, 897-8.
- Weick, K.E. (1976). Educational Organizations as loosely coupled systems. *Administrative Science Quaterly*, 21, 1-19.
- Weinstein, CE., Goetz, ET. & Alexander, PA. (1988). *Learning and study strategies : Issues in assessment, instruction, and evaluation*. San Diego, (CA) : Academic Press, Inc.
- Weiss, M. G. (1997). Explanatory model interview catalogue (EMIC) : Framework for comparative study of illness. *Transcultural Psychiatry*, 34, 235-263.

- White, K. L., Williams, T. F., & Greenberg, B. G. (1961). The Ecology of Medical Care. *New England Journal of Medicine*, 265, 885-892.
- Whitehead, CR., Austin, BD., Hodges, BD. (2012) Continuing the competency debate : reflections on definitions and discourses. *Advances in Health Sciences Education*. DOI 10.1007/s10459-012-9407-7
- Williams, RM., Wessel, J. (2004). Reflective Journal Writing to Obtain Student Feedback About their Learning During the Study of Chronic Musculoskeletal Conditions. *Journal of Allied Health*, 33, 17-23
- Wilson, I. (2010). Qualitative research in medical education. *Medical Education*, 44, 942.
- Windham, D. M. (1996). Préface. In D. E. Inbar. *Planifier pour l'innovation en matière d'éducation*. Paris : Institut international de planification de l'éducation de l'UNESCO.
- Worms, F. (2010). *Le moment du soin*. Paris : Presses universitaires de France
- Ziv, A., Wolpe, P. R., Small, S. D. & Glick, S. (2003). Simulation-based medical education : an ethical imperative. *Academic Medicine*, 78, 783-8.
- Zucker D. (2003) Les enjeux de l'identification au patient, *Ethica clinica*, 30, 10-11.

Notes biographiques

Assaad AZZI est professeur de psychologie sociale à l'Université libre de Bruxelles. Il enseigne la psychologie sociale, la psychologie des relations interpersonnelles et des relations intergroupes, ainsi que la dynamique des groupes. Ses recherches portent sur la psychologie de la justice sociale, le nationalisme ethnique et les processus de mobilisation des minorités.

Charles BOELEN est docteur en médecine, spécialisé en santé publique, épidémiologie, pédagogie médicale et gestion de systèmes de santé. Il a été formé dans les universités de Liège, Montréal, Harvard, Stanford et Paris. Cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pendant 30 ans, il a assumé d'importantes responsabilités dans le développement de stratégies relatives aux personnels de santé. À ce titre, il a collaboré avec de nombreux ministères de la santé, de l'enseignement supérieur, universités, facultés de médecine, associations professionnelles et organisations internationales à travers le monde. Retraité de l'OMS, il est consultant en systèmes et personnels de santé. Ses principaux travaux, de résonance internationale ont trait à : la stratégie (« Vers l'Unité Pour la Santé »), établissant un partenariat entre décideurs politiques, gestionnaires de la santé, professions de santé, institutions académiques et société civile, afin d'améliorer la performance du système de santé ; la conception du modèle du « Médecin – cinq – étoile », définissant les compétences essentielles que devrait posséder tout médecin ; la responsabilité sociale des universités et des facultés de médecine, impliquant une adaptation de la formation aux besoins prioritaires de santé et une amélioration de l'impact de l'institution académiques sur la santé.

Cécile BOLLY est médecin et psychothérapeute. Titulaire d'un diplôme en éthique de la santé de l'Université de Lille (France), elle est chargée de cours à la Haute école Robert Schuman (catégorie paramédicale) et à l'Université catholique de Louvain (Belgique). Elle est membre du Centre académique de médecine générale et coordonne le cursus « Sésame », qui concerne la formation en éthique des futurs médecins. Elle les forme également à une approche systémique de leur pratique et aux soins palliatifs. Elle est titulaire d'un master en pédagogie universitaire et de l'enseignement supérieur

de la même université. Ses intérêts portent essentiellement sur la démarche éthique au quotidien, ainsi que sur la pédagogie de l'éthique, à la fois en formation initiale et en formation continue.

Annalisa CASINI est docteure en sciences psychologiques. Elle est chercheuse au sein du centre de recherche CRISS – Approches sociale de la santé de l'École de santé publique de l'Université libre de Bruxelles et enseigne la psychologie générale et de la santé dans la même université, ainsi qu'à l'Université de Mons. Sa thèse a porté sur le phénomène du « plafond de verre » et, plus particulièrement, sur les mécanismes identitaires et normatifs qui contribuent à maintenir les femmes aux niveaux inférieurs de la hiérarchie professionnelle. Forte d'une expérience d'une dizaine d'années, elle a développé une expertise particulière sur les questions liant genre, travail, santé mentale et bien-être de travailleurs et travailleuses, avec une attention particulière aux interactions entre vie professionnelle et vie privée.

Florent CHENU est chercheur au Service d'analyse des systèmes et pratiques d'enseignement de l'Université de Liège. Il est spécialiste de l'approche par compétences et du courant de la didactique professionnelle. Ses travaux récents ont consisté à questionner de manière expérimentale les modèles, objets théoriques et conceptions au cœur de ces paradigmes. Dans cette perspective, il a particulièrement approfondi les notions de compétences (et leur évaluation), de familles de situations, de conceptualisation et de réflexivité. Il mène également d'autres travaux sur des problématiques éducatives variées : évaluation à large échelle, échec scolaire, conception d'outils didactique, accompagnement d'innovations.

Jean-Marie DE KETELE est docteur en psychopédagogie, chercheur et professeur émérite à l'Université catholique de Louvain à Louvain-la-Neuve (Belgique). Il est membre du « Groupe interdisciplinaire de recherche sur la socialisation, l'éducation et la formation » (GIRSEF), de « l'Unité de recherche sur les pratiques et systèmes de formation et d'enseignement » (FORE), exerce des fonctions dans des associations scientifiques ainsi que dans les comités scientifiques ou de rédaction de nombreuses publications scientifiques. Consultant international, il a créé la Chaire UNESCO en sciences de l'éducation de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (Sénégal), dont il est Docteur *Honoris Causa*, et a participé à de très nombreuses missions d'expertise internationales.

Jean-Luc DEMEULEMEESTER est docteur en économie et professeur à l'Université Libre de Bruxelles. Il est membre du Département d'économie

appliquée DULBEA et du département de management public de l'École d'économie et de gestion (Solvay), ainsi que chercheur associé au centre SKOPE (*an ESCR Centre on Skills, Knowledge and Organisational Performance*) de l'Université d'Oxford. Il est spécialiste d'économie de l'éducation et d'analyse des politiques publiques d'enseignement supérieur dans une perspective comparative. Il est auteur de nombreuses publications scientifiques dans ces champs (*Economics of Education Review*, *Compare...*). Il est aussi spécialiste d'histoire économique (en lien avec les thèmes précités) et co-fondateur et co-éditeur (avec Claude Diebolt, CNRS/Strasbourg et *Humboldt Universität zu Berlin* et Dora Costa, Berkeley) de la revue *Cliometrica. A Journal of Historical Economics and Econometric History* (Springer).

Marc DEMEUSE est professeur à l'Université de Mons (Belgique), en faculté de psychologie et des sciences de l'éducation. Il y dirige l'Institut d'administration scolaire et est impliqué dans plusieurs projets et réseaux de chercheurs au niveau européen. Il a participé, comme expert, à la production des premiers indicateurs européens de la qualité de l'éducation scolaire en 2000 et a piloté la réalisation d'un ensemble d'indicateurs d'équité des systèmes éducatifs en Europe. Il consacre une partie de ses recherches aux politiques d'éducation prioritaire, notamment dans une perspective comparative. Il participe, comme expert, à différentes commissions et organes de pilotage du système éducatif belge francophone (Commission de pilotage, Institut de formation en cours de carrière des enseignants). Il a notamment publié chez De Boeck université (avec C. Strauven), un ouvrage consacré à la conception des curricula et à leur gestion.

Vincent DUMEZ est titulaire d'un diplôme en finance et d'une maîtrise en sciences de gestion obtenue à l'école des Hautes études commerciales (HEC) de Montréal. Jusqu'à tout récemment, il était associé dans un des cabinets de conseil les plus influents de Montréal. Il a travaillé pendant 13 ans comme conseiller stratégique pour des grandes entreprises et des institutions, en particulier dans le secteur des soins de santé, principalement dans le domaine de la transformation organisationnelle. Il souffre de trois maladies chroniques depuis plus de trente ans. Dans ce contexte, il a participé activement à la réflexion et à la promotion du concept de « patient-partenaire ». Depuis deux ans, il collabore au Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, au sein de laquelle il est devenu depuis 2010 le premier directeur du Bureau facultaire de l'expertise « patient partenaire » (BFEPP).

Audrey HEINE est licenciée en sciences psychologiques. Elle est actuellement assistante à l'Université libre de Bruxelles et attachée à la Direction

générale pour l'égalité des chances du Ministère de la Communauté française de Belgique. Elle réalise un doctorat à l'Université libre de Bruxelles sur les processus de construction identitaire des enfants d'immigrés en lien avec les contacts qu'ils entretiennent avec le pays d'origine de leurs parents. Elle a rédigé plusieurs articles sur ces thèmes et anime différentes formations sur ces sujets.

Isabelle JACQUET est docteure en Sociologie, chercheuse associée auprès du laboratoire « Langage et société » à l'Université Ibn Tofail Kénitra – Maroc – et consultante indépendante. Son domaine de recherche concerne le vieillissement et le genre. Elle a travaillé en République Démocratique du Congo – RDC, en Belgique et au Maroc. Elle est membre de l'Association de l'union internationale pour l'étude scientifique de la population.

Morgan JAFFRELOT est médecin urgentiste au Centre hospitalier régional et universitaire de Brest et directeur pédagogique du « Centre de simulation en santé » (CESIM santé), structure d'enseignement soutenue par l'Université de Brest et le Centre hospitalier universitaire de Brest. Titulaire d'un master en ingénierie des formations en santé et doctorant en santé publique à l'Université Paris 13 (Laboratoire de pédagogie de la santé, EA 3412), il a créé en 2009 un centre de simulation multi-professionnel en sciences de la santé et un diplôme universitaire de formation de formateur « Simulation pour l'enseignement et l'apprentissage des sciences de la santé ». Membre de la Société internationale francophone d'éducation médicale (groupe de travail sur la simulation en santé), il poursuit ses travaux de recherche sur l'usage des activités de simulation pour l'évaluation et le développement des compétences en sciences de la santé.

Jean JOUQUAN est médecin interniste au Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, professeur de médecine interne et ancien vicedoyen aux études à la faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Brest (Université européenne de Bretagne, France). Il est membre de l'équipe de recherche « Éthique, professionnalisme et santé » (EA 4686) à l'UBO. Il est titulaire d'une attestation d'études approfondies en sciences de l'éducation obtenue à l'Université de Sherbrooke (Québec, France). Il est membre du conseil d'administration de la Société internationale francophone d'éducation médicale (SIFEM), rédacteur en chef de la revue internationale francophone « Pédagogie Médicale ». Il est coresponsable fondateur du diplôme interuniversitaire de pédagogie médicale des quatre universités de l'inter-région ouest de la France (Angers, Brest, Nantes et Rennes) et intervient régulièrement comme formateur dans le cadre de séminaires ou formations diplômantes en pédagogie des sciences de la santé au sein de plusieurs universités étrangères francophones.

Joël LADNER est médecin, enseignant-chercheur, maître de conférences des universités et praticien hospitalier au CHU de Rouen et à l'Université de Rouen en épidémiologie et santé publique. Il appartient à l'unité INSERM 1073 à l'Université de Rouen. Il est membre du Conseil pédagogique de la Faculté de médecine de Rouen et coordonnateur du groupe de travail « Évaluation et recherche en pédagogie » ; il est aussi membre du Comité de protection des personnes Nord-ouest 1. Il coordonne le groupe de travail prioritaire de la SIFEM « Santé et Société. Il assure le secrétariat exécutif du groupe francophone international du projet de recherche action sur la responsabilité des facultés de médecine qui regroupe 28 facultés de médecine dans 14 pays, engagées dans l'expérimentation des concepts de responsabilité sociale, tels que définis par le Consensus mondial en octobre 2010. Il est l'un des coordonnateurs du diplôme inter-universitaire de pédagogie médicale assuré par Paris, Rouen, Amiens et Lille.

Caroline LETOR est docteure en sciences de l'éducation, chercheure associée au « Groupe interdisciplinaire de recherche sur la socialisation, l'éducation et la formation » (GIRSEF) à l'Université catholique de Louvain (Belgique). À travers ses recherches et ses travaux en Europe et en Amérique Latine, elle s'intéresse à la formation et à l'évaluation des compétences (compétences professionnelles et transversales) et des processus d'apprentissage collectif en organisation. Consultante et formatrice, elle accompagne les réformes et le développement d'innovations en organisations non marchandes.

Laurent LICATA est professeur de psychologie sociale et interculturelle à l'Université libre de Bruxelles. Il enseigne la psychologie sociale de la communication, la psychologie interculturelle et les méthodes d'analyse de contenu. Ses recherches se situent au confluent des phénomènes représentationnels et identitaires : identité européenne, mémoires collectives (de la colonisation ; des relations entre groupes linguistiques belges ou entre communautés confessionnelles au Liban, etc.), relations intergroupes et processus d'acculturation des personnes issues de l'immigration.

Renaud MAES est responsable de la cellule de valorisation des acquis de l'expérience et des projets européens du Service de formation continue de l'Université libres de Bruxelles. Il est également collaborateur scientifique de l'Unité de psychologie des organisations et chercheur-doctorant du « Département des sciences sociales et du travail ». Ses travaux scientifiques sont principalement consacrés aux adultes en reprise d'études, à l'action sociale des universités, à la qualité et au processus de marchandisation de l'enseignement supérieur.

Céline MAHIEU est docteure en sociologie et chercheure à l'École de santé publique de l'Université libre de Bruxelles au Centre de recherche interdisciplinaire en approches sociales de la santé (CRISS). Elle y effectue un post-doctorat sur la thématique du bien-être au travail dans les petites et moyennes entreprises des secteurs de service. Sa thèse de doctorat (2010, Le maillage des espaces de qualification. Production d'une théorie enracinée à partir du cas de la validation des compétences, Université catholique de Louvain), analyse les transformations des systèmes de qualification en Belgique francophone.

Tewfik NAWAR est professeur émérite de néphrologie à la faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke (Québec, Canada), au sein de laquelle il a exercé différents postes dont celui de secrétaire de faculté et vice-doyen aux affaires académiques de 1988 à 1995. Il a exercé plusieurs fonctions au sein d'associations professionnelles, sociétés savantes ou organismes d'accréditation canadiens. Il est actuellement président du conseil d'évaluation de la Conférence internationale des doyens et des facultés de médecine d'expression française (CIDMEF), membre du jury international d'agrégation du Conseil Africain et Malgache d'éducation supérieure et membre du comité de pilotage du Consensus global pour la responsabilité sociale des facultés de médecine.

Florence PARENT est médecin, docteure en santé publique et chargée d'enseignement, respectivement à l'école de santé publique de l'Université libre de Bruxelles (ULB) et au Laboratoire de pédagogie de la santé de l'Université Paris 13 ; elle intervient régulièrement comme formatrice dans le cadre de séminaires ou de formations diplômantes en pédagogie des sciences de la santé au sein de plusieurs universités étrangères francophones. Elle est chercheure à l'ULB au sein du centre de recherche CRISS – Approches sociale de la santé et du centre de recherche POLISSI – Politiques et systèmes de santé-santé internationale et responsable de formation au département médical de Médecins sans frontières – MSF-Belgique. Ses domaines de recherches prioritaires sont les politiques éducatives en santé, développées en lien à la fois avec le champ de l'éducation médicale et celui de la santé publique. Sa thèse d'université a été consacrée à la problématique de la formation dans les organisations de santé et à l'exploration de l'éducation comme levier d'émancipation en santé.

Thierry PELACCIA est médecin urgentiste au SAMU du Centre hospitalier universitaire de Strasbourg et professeur conventionné à l'Université de Strasbourg. Il dirige le centre d'enseignement des soins d'urgence du Bas-Rhin (CESU 67). Il est co-fondateur et membre du « Laboratoire de recherche en pédagogie des sciences de la santé » de la faculté de médecine

de Strasbourg. Il est titulaire d'un master « recherche » en sciences du travail et achève actuellement un doctorat en sciences de l'éducation à l'Université de Sherbrooke (Québec, Canada) et à l'Université de Strasbourg. Il est responsable de l'unité d'enseignement « recherche » du master « ingénierie de la formation et des compétences », parcours « pédagogie en sciences de la santé », co-organisé par les facultés de médecine et de sciences de l'éducation de Strasbourg. Il coordonne le groupe « recherche » de la Société internationale francophone d'éducation médicale (SIFEM). Il intervient comme formateur dans divers dispositifs de formation pédagogique des enseignants en sciences de la santé. Ses domaines de recherche sont le raisonnement clinique en médecine d'urgence et la motivation en formation. Il s'intéresse également aux questions d'ordre épistémologique relatives à la recherche qualitative et à la disciplinarisation de l'éducation médicale et de ses pratiques de recherche.

Dominique PESTIAUX est médecin généraliste et maître de stage à l'Université catholique de Louvain (UCL). Il a été responsable du « Centre académique de médecine générale » de l'UCL (CAMG-UCL). Il est professeur de médecine générale et intervient dans plusieurs années du cursus pré-gradué. À ce titre, il a contribué à différentes initiatives pédagogiques pour l'enseignement de la médecine générale au sein de la faculté. Il a été secrétaire général de la Société internationale francophone d'éducation médicale (SIFEM) et impliqué dans le groupe de travail sur la responsabilité sociale des facultés de médecine depuis son début. Il pratique la médecine générale dans une maison médicale à Charleroi.

Catherine ROMANUS est kinésithérapeute spécialisée en neuro-pédiatrie. Elle est maître assistante à la Haute école Ilya Prigogine et coordonne les stages ainsi que l'équipe enseignante en charge du projet « stage ». Elle a participé à la construction du référentiel de compétences intégré en kinésithérapie en tant que membre du groupe de validation externe. Après avoir obtenu son certificat d'aptitude pédagogique approprié à l'enseignement supérieur (CAPAES), elle a entamé un master en pédagogie universitaire et de l'enseignement supérieur à l'Université catholique de Louvain. Ses intérêts portent sur la réflexivité et les moyens permettant de la développer.

Karin VAN LOON est titulaire d'une licence en kinésithérapie et exerce, depuis l'an 2000, à la Haute école Paul Henri Spaak. Elle y est actuellement directrice de la catégorie technique. Au cours de sa carrière elle a exercé différentes fonctions : l'enseignement, la coordination des stages en kinésithérapie, l'organisation de l'enseignement clinique et la gestion de la qualité. Intéressée par les évolutions pédagogiques. Elle a été membre actif de l'équipe de pilotage pour la construction du référentiel

de compétences en kinésithérapie, projet mené en partenariat entre les Hautes écoles P.H. Spaak et I. Prigogine entre 2008 et 2010. Elle a été le moteur de changements pédagogiques au sein des catégories paramédicales et techniques, tant pour les aspects curriculaires que pour l'approche par compétences.

Viviane VIERSET est psychopédagogue spécialisée en formation d'adultes et en dynamique de groupe. Elle intervient en planification et gestion de projets pédagogiques pour la coopération belge (APEFE-CfWB), pour laquelle elle a participé aux développements de projets de coopération, tels que la réforme de l'enseignement supérieur à l'université de Marrakech, la création du « Centre international de pédagogie et de gestion universitaire » (CIPEGU) à l'université de Rabat et l'installation des pédagogies actives dans les universités de Ramallah et de Gaza. Actuellement, son domaine d'expertise se focalise sur la recherche et le développement des compétences tout au long du deuxième cycle des études médicales à l'Université de Liège. Elle intervient en tant que conseillère pédagogique dans la construction pédagogique des parcours des stages cliniques (planification et animation de dispositifs d'apprentissage par problème, accompagnement réflexif des médecins-stagiaires, formation à l'accompagnement réflexif des superviseurs de stage, évaluation, portfolio, etc.).

Index

A

accommodation 255-256
accréditation 22, 43, 93, 98, 104-105,
107-110, 112, 181, 221, 224, 367,
410
activité 24, 56, 59, 80, 119, 121,
136, 158, 162, 177, 195, 198,
206-210, 212-213, 215-219, 229,
231, 246, 249, 251, 254, 257-
259, 265-266, 270, 281-282, 291,
306, 334, 394
adéquationnisme *Voir perspective*
adéquationniste
Afrique 46, 66, 86, 91, 94, 108,
163, 393
apprentissage auto-régulé 252, 256,
258
apprentissage collectif 26, 183, 313,
331, 335, 409
apprentissage de l'éthique 43,
113-114, 123-124, 192
apprentissage et de l'enseignement
contextualisés authentiques 260,
262-263
apprentissage expérientiel 42, 72-73
apprentissage organisationnel 107,
172, 200, 238, 312-313, 317,
331-335, 337, 342, 344-345,
349-350, 352, 370, 382
apprentissage par problèmes 25,
242, 247, 264, 266-267, 271-272,
276-277, 309, 327
apprentissage routinier 255
apprentissage signifiant 255, 258
apprentissage tout au long
de la vie 42, 53, 55, 59, 61,
73-74, 79

approche adéquationniste 73
approche analytique 186, 243
approche cognitiviste 72
approche énaactive *Voir enaction*
approche individualisée 73
approche par compétences *Voir*
approche pédagogique par
compétences 186
approche par compétences
intégrée 40, 185, 187, 189, 236,
290, 336
approche pédagogique par
compétences 24, 32-33, 39, 100,
105, 176, 193, 230, 234, 243, 365
approche située 70, 186, 243
approche socioconstructiviste 86,
Voir perspective socioconstructiviste
approche-programme 200
assimilation 161, 255-256
assurance qualité 109, 180, 325
auto-évaluation 80, 102, 195,
229-230, 269, 273, 277, 378

B

benchmarking 224
besoins de formation 20, 190
besoins en santé 43, 95, 104, 107,
111

C

CanMEDS 98-100, 112
capacité 32, 42, 55-56, 84, 121,
149, 154, 158, 164, 186-187,
191-194, 196-197, 215, 229, 239,
243, 249, 258, 260, 263, 280,
289, 298, 300, 325, 329, 357

- care* 121, 238, 399
carte conceptuelle 25, 255, 265-266, 268-269, 276, 303, 377
certification 22, 74, 78, 180, 224, 235, 292-293, 295, 302, 319, 361
check-lists 226
coaching 88, 183, 202, 262
co-évaluation 276-280
Commission européenne 46, 53-55, 59-60, 62, 71, 78
communication 23, 50, 84, 96-97, 114, 128, 135-137, 140-141, 146, 149-152, 165, 196, 199-200, 278, 291, 329, 337-338, 341, 347-348, 365, 371, 397, 409
compagnonnage 118, 125, 210, 260, 262-263, 278-279, 281-282, 378
compagnonnage cognitif 262
compétence 24, 32-33, 35, 37, 56, 61, 64, 70, 74, 82, 99, 107, 117, 119, 159, 181, 185-187, 189, 193, 198, 203, 205-207, 209, 211-212, 218, 226, 230, 234-236, 238, 240, 251, 258, 266, 273, 278, 292, 298, 300, 315, 327, 343-344, 347-348, 352, 361
compétence émotionnelle 119
compétition 22, 57, 136, 173, 240, 257, 259
complexe 16, 19, 32, 70-71, 116-117, 121, 151, 162, 167, 171, 185-186, 201, 203, 218, 223, 230, 243, 246, 248, 251, 254, 281, 290, 298, 300, 307, 322, 355, 361
complexité 19, 25, 82, 101, 110, 117, 191, 204, 218, 223, 226-227, 238-239, 243, 248, 281, 287-289, 292, 298, 306, 308, 310, 364-365
comportementaliste *Voir* perspective comportementaliste
concept organisateur 177, 209-211, 215-216
concept pragmatique 177, 209-211, 216
concepts-en-acte 208, 210
conceptualisation 72, 208-209, 213-214, 217, 285-287, 289-290, 292, 402, 406
conflit socio-cognitif 272
conflits 23, 32, 84, 99, 136, 170-174, 230, 346
connaissances antérieures 242, 255-256, 259, 264-265, 270, 272-273
connaissances conditionnelles 253, 255, 266
connaissances déclaratives 253
connaissances explicites 313, 339
connaissances procédurales 253-254, 287, 290
connaissances tacites 313, 339-340
consensus mondial 94
contexte professionnel 229, 248, 250, 253, 262-263, 273, 281, 369
contextualisation 111, 198, 252, 263, 278, 290, 292
contrôle 24, 35, 49, 76, 92, 115, 136-137, 168, 172, 177, 208, 222, 224-225, 228, 231, 321, 328, 333, 340, 348
conversion de connaissances 338-340
crédibilité 34, 227, 229
critères 26, 93, 100, 108, 123, 187, 190-191, 193-194, 196-197, 225, 227-229, 250, 269, 271, 294, 296, 303, 317, 321-322, 345
culture 22-23, 55, 57, 59, 66, 68, 83, 93, 107, 128, 132-133, 135, 137, 140, 145-146, 149, 151, 226, 318, 320, 327, 330, 332, 350, 357, 398
curricula *Voir* curriculum
curriculum 16, 18, 21, 24-25, 38, 43, 55-56, 79-82, 100-105, 107-109, 119, 124-125, 132, 181-183, 185, 190-191, 197, 200, 203-204, 242-243, 271, 282, 309, 312, 315-326, 328-330, 334, 336-337, 340, 343, 345, 359, 384
curriculum caché 312, 318
curriculum formel 318-319

D

déclaration de Bologne 45-46, 52, 58

décontextualisation 217, 263, 266, 357

démarche métacognitive 250

démarche qualité 201, 312

démocratie *Voir* démocratie

démocratique 22, 36, 39, 42, 246, 354, 362

démocratisation 48, 85, 235

développement professionnel 30, 40, 90, 100, 104, 178, 189, 200, 215, 229, 232, 240, 242, 278, 282, 293, 361, 382, 385, 391

développement professionnel continu 100, 104, 178, 229, 232, 240

didactique professionnelle 24, 176-177, 188, 190, 192-193, 205, 207-209, 211-219, 237-238, 393-394, 406

discipline 16, 32, 40, 86-87, 96, 101, 110-111, 115, 122, 170, 206, 294, 301, 305, 318, 328, 334

disease 34, 128, 138, 231

dispositif curriculaire 25, 36, 38, 171, 186, 242, 247, 260, 263, 271, 275, 283, 360

dispositif pédagogique 39, 70, 75, 182, 188, 197, 199, 201, 264, 280, 282, 315, 357, 369

disposition 17, 65, 108, 120-121, 183, 199, 228, 238, 240, 291-292, 348

docimologie 36-37, 193, 202, 266

E

économie de la connaissance 16, 22, 42, 45-46, 51-53, 66-67, 224, 235, 240

élitisme 87, 240

employabilité 42, 53, 57, 59, 62-63, 65, 70, 76-78, 206, 235

enaction 217

enjeux politiques 42, 70

épistémologie des pratiques

professionnelles 25, 178, 360

ergothérapeute 200

ERT 50, 54, 67

éthique 25-26, 37, 40, 43, 97, 99-100, 106, 113-124, 149, 170, 178, 192, 197, 232, 267, 281, 319, 365, 370, 405

éthique de l'enseignement 26, 114, 123

Europe *Voir* Union européenne

évaluation certificative 202, 240, 294, 296, 300, 302

évaluation des apprentissages 102, 105, 193-194, 197-198, 243-244, 263, 291, 306, 336

évaluation des compétences 24, 188, 190, 193, 296, 409

évaluation des pratiques professionnelles 24, 177-178, 193, 221-222, 224, 227, 229, 232, 307, 321, 367

évaluation formative 93, 223, 230, 266, 268-269, 293-295, 301-302, 367

évaluation sommative 223, 235, 266, 271, 293

evidence-based education 307

evidence-based medicine 228, 252

expertise professionnelle 25, 31-32, 39, 234, 251, 253, 259, 268, 283, 361

F

famille de situations 25, 32, 71, 193, 205, 270, 298-299, 357

famille de situations professionnelles 186, 195

feedback *Voir* rétroaction

fiabilité 227, 296, 301, 342

fidélité 138, 225, 227, 237, 280-282

finalité(s) 16, 18-21, 24-25, 30, 32-33, 35, 39-40, 42-43, 98, 101-102, 111, 119, 124, 176-177, 181-182, 185-186, 191-192, 197, 227, 229, 234-237, 239, 243,

246-247, 256, 258, 260, 264,
268, 274, 283, 305-307, 310,
316-317, 350, 352, 359-360, 362
formation continue 30, 64, 67, 122,
229, 336, 361, 406, 409
formation initiale 30, 95, 196, 228,
236, 316, 377, 401, 406
formation permanente 59
formation professionnalisante 21,
29-30, 33, 42, 128, 131, 134,
138, 171, 176, 191, 231, 243,
247, 275, 317
fragilité 120, 362

G

genre 11, 21, 23, 114, 127-129,
134, 136, 153-154, 156-157,
159-161, 167-168, 191, 231, 289,
361, 406, 408
gouvernance 43, 92, 102, 105-106,
111
gouvernance institutionnelle 43, 105

H

habitus 82-84, 88, 400
hôpitaux universitaires 90, 100

I

identité professionnelle 171-172,
197-198, 202-203, 270
identité sociale 132, 141-142, 145,
173-174, 354
illness 34, 128, 138-139, 211, 231,
403
indicateurs 93, 106, 177, 187, 191,
193-194, 196, 210, 212, 226,
240, 278, 294, 321-323, 336,
373, 377, 407
ingénierie des compétences 124,
176, 182, 188, 190, 236, 240,
360
ingénierie pédagogique 39, 176,
188, 190, 281
innovation 24, 42, 50-51, 57,
66-67, 77, 95, 104, 109, 136,
174, 181, 195-196, 202, 204,

271, 309, 312, 317, 326-328,
332, 334, 346-350, 352, 367-368,
384, 406, 409
institution de formation 30
intégration 17-21, 25, 34, 48, 103,
111, 124, 128, 137, 170, 172,
176, 182, 186, 188, 190-191,
194, 196-199, 201, 203-204, 207,
231, 265, 271, 273, 282-283,
289, 292, 297, 300-302, 322,
334, 348, 364, 393, 400
intelligence émotionnelle 119, 195,
392
inter culturalité 23, 171
interculturel 133, 145-146, 150,
173, 380
interculturel 145, Voir interculturelité
interdisciplinarité 117, 169-171
interprofessionnalité 11, 21, 23, 26,
117, 127, 169, 171, 202, 310
invariants opératoires 177, 208, 210

J

job description 182

K

kinésithérapeute 190-193, 197-198,
411

L

leadership 26, 97, 100, 102,
105-106, 183, 313, 332, 341,
347-349, 351-357, 368
lifelong learning 42, 58-59, 62, 73,
235, 270, Voir apprentissage tout
au long de la vie
Livre blanc 53-54, 56-57, 59, 62,
65, 71, 74, 78, 379

M

Macro-capacité 187, 198
maladies chroniques 26, 90, 93, 407
management 45, 195-197,
333-334, 348, 383, 407
médecine générale 90, 97, 106, 364,
411

- mesure 15, 24, 31, 52, 75, 106, 120, 123, 135, 145, 159, 174, 177, 186, 206, 219, 222-223, 225-227, 231, 234, 254, 256, 269, 283, 316-317, 323, 326, 328
- modèle cognitif* 212-213
- modèle opératif* 212-213, 215-216
- N**
- normes 22, 99, 104-108, 111, 115, 117, 146-149, 154, 182, 286, 295, 319-321, 333
- O**
- objectif continué d'intégration 186, 193, 197
- objectivité 85, 227, 235, 337
- organisation apprenante 332
- organisations de la santé 313, 331, 333, 336, 343, 349
- orientations politico-économiques 42
- P**
- paradigme 25, 33, 36, 48, 91, 100, 176, 191, 203-204, 228-229, 251, 260-261, 263, 285-286, 292, 307, 336, 364, 371
- paradigme d'apprentissage 36, 100, 261, 385
- paradigme d'enseignement 260-261, 385
- patient-partenaire 363, 407
- pédagogie active 25, 57, 242, 246-247, 259-260, 272-273, 277, 283, 402
- pédagogie par objectifs 316
- pensée critique 24, 191, 242, 247-248, 258, 278
- pensée réflexive *Voir* pratique réflexive
- performance 51-52, 56, 70, 92, 96, 101, 106-107, 193, 205, 257-259, 269, 295, 405
- perspective behavioriste 193, 281
- perspective socioconstructiviste 35, 37, 70, 88, 182, 252
- perspective systémique 124
- philosophie 46, 51, 57, 59, 62, 69, 252, 362
- planification curriculaire 21, 40, 182, 189, 204
- pluridisciplinaire 88, 170, 252
- portfolio 25, 80, 82, 102, 119, 199, 243, 247, 264, 268-270, 276, 279, 287-288, 296-297, 302, 412
- pratique attentive 122, 230, 250, 252
- pratique intentionnelle et délibérée 122, 230, 250-251
- pratique réflexive 25, 32, 73, 102, 114, 118, 122, 128, 151, 170, 189, 199, 213, 229-230, 242-243, 245, 247, 250-252, 263-264, 274, 278, 282-283, 295, 301, 308, 352, 357, 361
- préjugé 128, 132, 140-142, 148, 150-151, 165, 173
- processus de Bologne 24, 60-61, 65, 67, 75, 180, *Voir* déclaration de Bologne
- processus de Copenhague 58, 60-61
- programme 19, 21, 25, 30, 36, 43, 62, 68, 71, 74, 86-87, 100, 108, 170, 180-181, 185, 190, 200-201, 203, 222-223, 264, 309, 311-312, 315-318, 321, 323-325, 329, 345, 359, 381, 392
- programme social 222
- promotion de la santé 17, 34-35, 94, 96, 98, 195, 197, 365-366
- prototype 217, 273
- psychologie sociale 23, 171-172, 174, 361, 409
- R**
- raisonnement clinique 94, 102, 211, 266, 278, 411
- ranking* 224
- rapport Flexner 103
- recherche en éducation médicale 26, 244, 305-310, 367, 395
- recherche évaluative 24, 177, 222, 227, 307
- récolte de données 335

- reconnaissance d'acquis 69-70,
74-75, 79, 81
- référentiel de compétences 21, 24,
39, 117, 124, 171, 175-176, 179,
181-182, 184-186, 188-191, 194,
196, 200-201, 225, 236, 238, 264,
270, 276-277, 289, 300, 317, 335,
338, 340, 343-345, 348, 411-412
- référentiel de formation 21, 39, 185,
188, 197, 277
- référentiel de métier prescrit 182
- référentiel de métier presté 182
- référentiel d'évaluation 185, 188,
277, 393
- référentiel pédagogique intégré 185,
188, 197
- référentiel professionnel 21, 39, 182,
188
- réflexivité *Voir* pratique réflexive
- réforme 11, 21, 23, 26, 45-46,
50-55, 57, 62, 67-68, 73, 75-76,
92, 98-100, 109, 111, 114, 127,
170, 180-181, 204, 325, 327-328,
332, 345, 349, 352, 361, 409, 412
- responsabilité sociale 22, 43, 89, 91,
94, 102-111, 191, 360-361, 405,
409-411
- ressources humaines 30, 70, 77,
109, 134, 168, 182, 195, 206,
236, 238, 240, 280, 335, 348,
360, 362
- retroaction 178, 243, 251-252, 264,
266, 270, 273-274, 278, 282
- rubriques 191, 193, 196-197, 266
- S**
- savoir expérientiel 18, 31-32, 234, 366
- savoir tacite 32, 234, 339
- savoir-être 234, 290
- savoir-faire 234, 291
- savoirs pratiques 85-86, 237
- savoirs professionnels 31, 33, 239
- savoirs théoriques 235
- schème* 208-209
- sickness* 34, 128, 138, 231
- simulation 25, 102, 242, 247, 271,
280-282, 390, 392, 408
- situations professionnelles 119,
186-187, 190-191, 197-198, 240,
251, 268, 281, 302
- société de la connaissance 51, 57, 235
- stéréotype 23, 128, 132, 140-142,
144, 149-151, 159-160, 172, 230
- stratégie d'apprentissage 252, 266
- stratégie de Lisbonne 45-46, 52, 57,
60, 66
- structure conceptuelle 177, 209-212,
215-216, 218
- système de santé 90-92, 95-98,
101-103, 105, 111, 190, 352, 405
- systémique *Voir* perspective systémique
- T**
- tâche 185, 192, 201, 207, 212,
243, 258, 269, 272-273, 280,
286-288, 298-299, 355-356
- taxonomie 32, 39, 176, 186,
188-189, 192, 237-238, 240
- théorèmes-en-acte* 208
- théories d'usage 336
- théories professées 336
- traduction didactique 119, 124, 171,
176, 182, 188-189, 193, 237,
240, 264
- transférabilité* 30, 73, 205, 227,
246, 260, 263, 357
- transfert des apprentissages 236,
243, 262, 270, 273, 277, 309
- transposition pédagogique 25, 117,
124, 171, 176, 189, 194, 242-243
- U**
- UE *Voir* Union européenne
- Union Européenne 45, 49, 52, 54,
58, 62, 64, 180
- V**
- VAE 60, 69-71, 75-82, 84-88,
VAE *Voir* valorisation et validation
des acquis de l'expérience 69
- validité 72, 225, 227-228, 250, 296, 301
- Valorisation et validation des acquis
expérientiels 42, 60, 69, 235, 239
- vulnérabilité 120, 168, 362

Index des auteurs cités

A

Abe 280, 374
Abubakr 391
Administration générale de
l'enseignement et de la recherche
scientifique 367
Agence nationale d'accréditation et
d'évaluation en santé 221, 367
Aghion 47, 51, 66-67, 367, 398
Albanese 272, 367
Albert 306, 367
Alexander 252, 403
Alin 270, 390
Allal 293, 367
Allemand 215-216, 391
Allport 141, 368
Alter 346, 368
Altet 274, 368
Amiel-Lebigre 166, 368
Argyris 336, 348, 368
Arweiler 351, 368
Ashcroft 372
Astemborski 380
Audetat 275, 368
Audigier 315, 368
Austin 98, 400, 404
Ausubel 255, 368
Awases 391
Ayas 391
Azzi 23, 26, 128, 131, 172-173,
368

B

Bailly 156, 401
Bandura 342, 368
Barondess 101, 368

Barsuk 282, 390
Barzansky 227, 368
Basque 268, 396
Bastenier 141, 368
Bauchau 120, 369
Baulana 393
Baye 325, 377
Beauchamp 115, 369
Beauvois 369, 378
Beavin 403
Bécharde 327, 369, 385
Becker 59, 369
Beckers 208, 274, 369
Beckman 227, 368
Bédard 261-262, 278-279, 283,
327, 369, 381, 385, 402
Bégin 116, 369
Bélair 295, 369
Belgrado 401
Bem 154, 369
Benaroyo 115, 119, 369, 371, 374,
378
Benasayag 124, 369
Benhabib 68, 369
Berliner 306, 370
Bernardes 154-155, 370
Berner 227, 368
Berry 134, 399
Bertola 398
Bhutta 381
Biggs 257, 370
Bishop 249, 370
Blanchard 49, 355, 370, 383
Bloom 293-294, 370
Boelen 22, 43, 89, 94, 104, 370,
391
Bollier 160, 376

- Bolly 26, 43, 113, 118-119, 121, 370
 Bonami 335, 348-349, 370, 382, 388
 Boniver 276, 371
 Borgida 160, 372
 Boshuizen 211, 373
 Bottani 321, 371
 Bouchard 322-326, 371
 Boucher 380
 Boud 248-249, 371, 403
 Boulé 274, 389
 Boulet 402
 Bourdieu 49, 65, 75, 81, 83-84, 86, 371
 Bourgeois 341, 344, 371, 379, 394
 Bourrassa 147-148, 387
 Bouvier 332, 344, 350, 371
 Boyd 372
 Brazeau-Lamontagne 124, 371
 Brinkmann 106, 383
 Bronckart 206, 372
 Brown 281-282, 374, 381
 Brugère 121, 371
 Bruyère 84, 371
 Brydes 375
 Buch 391
 Buchanan 49, 372
 Buckley 268, 372
 Bulea 206, 372
 Burgess 160, 372
 Bury 163, 167, 372
 Byrnes 156, 372
- C**
- Cadet 249, 370
 Cadre européen des Certifications 372
 Caens-Martin 210, 212, 372
 Callon 346, 372
 Camilleri 133, 145, 372, 387
 Campbell 107, 229, 372, 399
 Canas 265, 392
 CanMEDS 98
 Capewell 165, 372
 Carbonnelle 109, 373
 Cardinet 293, 367
 Carette 396
 Carmody 161, 403
 Carranza 160, 395
 Casini 23, 129, 156, 159, 373, 398
 Cathébras 231, 373
 Chale 391
 Challis 268, 373, 389
 Chalmers 372
 Chamberland 100, 274, 373
 Chang 67, 373
 Chaput 380
 Charbonneau 72, 373
 Charlier 80, 82, 192, 249, 274, 278, 368, 373, 376, 378
 Charlin 211, 368, 373, 380
 Chauvet 206, 373
 Chauvin 392
 Chen 381, 391
 Cheng 90, 387
 Chenu 24, 176, 205, 216, 373
 Chessell 373
 Chevrier 72, 373
 Childress 115, 369
 Chrysochoou 133, 142-143, 374
 Clark 97, 395
 Cleland 280, 374
 Cobbaut 116, 374
Code de Déontologie médicale 232, 374
 Cohen 49, 52, 133, 145-146, 149-151, 282, 367, 370, 372, 381, 387, 390-391
 Cohen-Émerique 374
 Cohn 392
 Colclough 66, 374
 Cole 268, 374
 Coleman 372
 Collins 281-282, 374
 Commission des Communautés Européennes 374
 Confederation of EU Rectors' Conferences and the Association of European Universities 375
 consensus mondial 375
 Cook 222, 224, 282, 375, 399
 Cooke 91, 102, 375
 Corriveau 370, 375, 382
 Cosnefroy 256, 258, 375

Côté 257, 375
Cottrell 274, 385
Crahay 315, 368
Cresson 71, 74, 375
Crisp 381
Cristensen 275, 375
Crowley 156, 379
Custers 217, 253, 375
Cyprien 391

D

Dafflon Nouvelle 156, 375
Daley 265, 376
Danvers 318, 376
Dardenne 160, 376, 379
Das 138, 386
Dasen 134, 399
Da utzenberg 106, 383
Dauvisis 322, 376
David 120, 373, 376
Davison 372
De Beauvoir 125, 376
De Cock 376
Decuyper 156, 401
de Foy 250, 378
Defrance 396
Degryse 250, 378
Dehon 315, 377
De Ketele 15, 25, 40, 98, 119,
185-187, 189, 243, 279, 285,
293, 295-296, 300, 376, 385,
392-393
Del Rey 124, 369
Deme 393
Demeester 266, 377
Demeulemeester 22, 42, 45, 54, 62,
65, 77, 235, 376
Demeuse 25, 312, 315-317, 319,
321-322, 324-325, 377
Denef 306, 395
Dennery 325, 377
Depover 315, 377
Derobertmasure 315, 377
Desrumaux 174, 377
Deum 378
de Viron 74, 377
Dewey 72, 247, 378

Dhalla 90, 387
d'Hoop 393, 401
Dieumegard 387
Diomande 391
Doise 154, 157, 341, 378
Dolz 315, 368, 400
Donato 102, 378
Donnay 249, 274, 278, 378
Dornan 378
Dory 250, 306, 378, 380, 395
Dovey 90, 383
Dovlo 391
Draperi 118, 378
Dreyfus 300, 379
Driessen 102, 271, 379
Driscoll 94, 379
Dulude 295, 369
Dumont 160, 376, 379
Durand 114, 177, 217-218, 379, 387
Duveen 157, 379

E

Eagly 156, 379
EC 54, 56, 63, 71-73, 379
Eckes 382
Eicher 65
Ellaway 283, 379
Emin 60, 380
Endacott 403
Eppich 281, 397
Epstein 122, 230, 250, 252, 380
Ericsson 122, 230, 250-251, 282,
380
ERT 46, 380
Erwin 375
Es Safi 141, 380
Ettayebi 315, 380, 385
Eva 307, 310, 380
Evans 381
Evidence-based medicine working
group 228, 380
Eymard 266, 377

F

Fagot-Largeault 114, 380
Farzadegan 163, 380
Fernandez 70, 380

Ferro 391
 Feutrie 70, 77, 83, 380
 Fiedler 353-356, 380, 400
 Field 268, 389
 Figari 322, 377, 381
 Filteau 147-148, 387
 Finegold 51, 59, 381
 Finlayson 372
 Fish 280, 381
 Fiske 160, 381-382
 Foidart 261, 402
 Folscheid 37, 230, 381
 Foureur 145, 382
 Frank 98, 112, 381
 Freebern 253, 396
 Freed 261, 384
 Freeman 77, 381
 Frehywot 391
 Frenay 262, 278-279, 283, 369, 381, 402
 Frenk 93-94, 103-104, 381
 Froment 152, 381
 Fry 72, 386
 Fryer 90, 383

G

Gaba 280, 381
 Gaille 145, 382
 Garant 335, 347-349, 370, 382, 388, 393
 Garcia 355, 368, 400
 Garrison 382
 Gaspard 158, 382
 Gauthier 80, 382
 Gélot 59, 382
 Gentric 120, 376
 George 102, 142, 378
 Gérard 185, 208, 376
 Gérvas 99, 386
 Gilligan 121, 238, 382
 Giorgi 390
 Girard 274, 389
 Glick 160, 281, 382, 404
 Godin 259, 402
 Goetz 252, 403
 Goffman 154, 157, 382
 Gognalons-Nicolet 166, 368

Gordon 99, 248, 388-389
 Gotzsche 93, 382
 Graillon 257, 375
 Grandjean 119, 121, 370
 Grand'Maison 104, 370
 Grant 274, 385
 Gray 403
 Green 90, 383
 Greenberg 90, 404
 Greenhalgh 227, 394
 Greysen 391
 Grol 106, 383
 Gudykunst 149, 383
 Guerraoui 134, 383
 Guibert 291-292, 383
 Gupta 390

H

Haileamlak 391
 Haile-Mariam 391
 Haines 403
 Hall 135, 145, 157, 159, 383, 386, 395, 397, 400
 Hamburger 391
 Hamstra 375
 Hamzaoui 76, 383
 Harris 230, 383
 Harvey 227, 394
 Hastings 370
 Hatala 375
 Hatton 274, 383
 Haute autorité de santé 221, 229, 383
 Healy 165, 383
 Heard 90, 387
 Heck 89, 370
 Heine 23, 128, 131, 134, 137-138, 388
 Hellwig 398
 Hersey 355, 383
 Hidiroglou 144, 383
 Hilton 392
 Hivon 100, 263-264, 273-274, 277, 373, 384, 387
 Hodges 98, 306, 367-368, 404
 Hofstede 132, 134-137, 384
 Hogg 357, 384

Hoover 380
Hopmann 384
Hopmann, 108
Hotton 401
Howard 280, 381
Howe 268, 389
Howell 392
Howitt 47, 51, 67, 367
Huba 261, 384
Hutton 164, 384

I

Ibanez 99, 392
Illeris 123, 384
Illich 29, 55, 362, 384
Inbar 327, 384, 404
Ipara Motema 86, 384
Iputo 391
Irby 91, 375
Issenberg 281-282, 390
Ivernois (d') 389

J

Jackson 403
Jacob 206, 384, 399
Jacobs 391
Jacquet 23, 129, 157, 384
Jaffrelot 25, 119, 186-187, 242, 392
Jamouille 99, 386
Jasper 403
Johnson 341, 384
Jolley 391
Jolly 274, 385
Joly 138-139, 384
Jones 142, 384, 403
Jonnaert 70, 185, 192, 315, 380, 385
Jorgensen 93, 382
Jorro 279, 296, 385
Josephs 156, 385
Jouquan 15, 21, 24-26, 40, 98, 119, 177-178, 185-187, 189, 199, 224, 228, 242, 247, 260, 273, 275, 290, 309, 385, 391-393
Jull 403
Jutras 116, 122, 385

K

Kahn 396
Kahombo 393
Keeves 319, 371, 397
Kennedy 310, 388
Keogh 154, 248, 370-371, 403
Kergoat 158, 385
Kerkhove 119, 392
Kern 270, 388
Kerr 400
Khan 372
Khoo 386
Kilminster 274, 385
King 248, 320, 386
Kingsley 390
Kirkpatrick 282, 386
Kitchener 248, 386
Klein 172-173, 368, 373
Kleinman 132, 138-139, 386
Kneebone 283, 379
Knowles 87, 386
Koh 309, 386
Kolars 391
Kolb 72-73, 291, 373, 386
Kombe 391
Konkin 400
Kontopantelis 372
Koumaré 391
Kozmenko 392
Krugman 55, 64, 386
Kuehleln 99, 386
Kunégel 215, 386
Kydland 49, 386

L

Lachapelle 283, 379
Lacroix 116, 369, 386-387
Ladner 22, 43, 94, 104, 370
Lafortune 274, 387
Lahtinen 253, 387
Lameiras 382
Langevin 273, 277, 387
Langlois 113, 369, 385, 387
Lanier 90, 383
L'Association des facultés de médecine du Canada 99, 386
Laurin 275, 368

- Law 90, 372, 381, 387
 Leblanc 217, 387
 Le Breton 144, 151, 387
 Lebrun 259, 402
 Leclerc 147-148, 387
 Lecointe 225, 387
 Legault 114, 116-117, 120, 122-123, 387
 Legendre 387
 Lejeune 393, 401
 Lemenu 393
 Lemoine 362
 Lenoir 69-70, 78, 387, 394
 Letor 26, 172, 313, 331, 335, 337, 342, 347-349, 370, 375, 382, 388
 Levack 164, 388
 Levine 270, 388
 Leviton 222, 224, 399
 Lewin 72, 354, 388
 Licata 23, 128, 131, 134, 137-138, 388
 Lima 154, 370
 Lindblom-Ylänne 253, 387
 Linden 84, 371
 Lindgren 99, 388
 Lingard 310, 388
 Lippitt 388
 Lismond 109, 373
 Lison 257, 375
 List 68, 388
 Lock 138, 386
 Lonka 253, 387
 Lortie 334, 388
 Lucas 49-51, 388
 Luck 226, 388
 Ludmerer 91, 375
 Luminet 388
 Lyles 380
- M**
- Macinko 90, 399
 MacIntyre 372
 MacLeod 248, 389
 Madaus 370
 Maes 22, 42, 69, 74, 77, 81-82, 84-85, 88, 235, 239, 371, 389
 Mahieu 26, 178, 235, 237, 389, 410
 Malick 372
 Manço 141, 380
 Manganelli 382
 Mann 229, 248, 250, 269, 274, 389, 398
 Marchand 265-266, 377, 389
 Margolick 380, 390
 Markham 380
 Markus 156, 385
 Marlow 229, 399
 Martineau 274, 342, 389
 Massé 138, 389
 Masser 382
 Masson 124, 371
 Mathers 268, 389
 Mayen 215, 219, 389, 394
 M'Batika 315, 385
 McDermott 90, 390
 McElvany 266, 399
 McGaghie 282, 390
 McGuire 230, 390
 McMeeken 403
 Mead 142, 390
 Meeuwesen 131, 398
 Meirieu 125, 390
 Mellors 162-163, 390
 Mennin 310, 390
 Merrien 333, 390
 Metsemakers 229, 269, 398
 Mezirow 390
 Michaud 270, 390
 Michel 15, 92, 111, 215-216, 391
 Middleton 372
 Miller 156, 372, 403
 Millette 368
 Mingat 65, 391
 Ministère du travail, de l'emploi et de la santé 229, 391
 Mipando 391
 Mitchell 272, 367
 Moens 236, 389
 Monekosso 391
 Moon 248-249, 384, 391
 Mopin 125, 391
 Morgan 25, 90, 242, 245, 387, 392, 408
 Morin 110, 361, 389, 391
 Morley 372

- Moro 149, 391
Morris 403
Mugny 341, 378
Mullan 108, 391, 403
Muller 101, 391
Munoz 390
Myers 141, 391
- N**
- Naccache 199, 247, 251, 268, 270, 391
Narens 249, 391
Ndiaye 393
Nelson 249, 391, 400
Neusy 391
Newman 281-282, 374
Neyrat 59, 382
Nisolle 278, 402
Nizet 341, 344, 371
Noël 257, 315, 375, 377
Norcini 109, 402
Norman 217, 253, 282, 306, 309-310, 375, 392, 397
Novak 265, 392
Noyeau 368
- O**
- O'Connor 403
Ogden 392
Ogien 342, 392
Olapade-Olaopa 391
O'Leary 392
Omaswa 391
Oppertti 380
Organek 400
Organisation mondiale de la santé 34, 89, 153, 392, 405
Ortiz 99, 392
Osborne 73, 392
Overeem 271, 379
- P**
- Page 309, 371, 397
Paige 282, 392
Paillé 308, 310, 395
Palmer 320, 386
Paquay 262, 283, 368-369, 393
Paradis 295, 392
Parent 15, 21, 24-26, 40, 98, 119, 176-178, 182-183, 185-189, 192, 230, 236, 238, 242, 291-292, 392-393, 401
Parmentier 179, 401, 403
Parsons 400
Passeron 49, 65, 75, 84, 371
Pastré 177, 188, 207-219, 280, 372, 393-394, 398
Pawson 227, 394
Peabody 226, 388
Peeters 403
Pelaccia 26, 244, 305-306, 308, 310, 395
Pélage 59, 382
Périsset Bagnoud 370, 375, 382
Perrenoud 249, 277, 293, 367-368, 395
Pestiaux 22, 43, 94, 104, 109, 370, 373
Peterson 403
Petrusa 281, 390
Piaget 72, 177, 208, 213, 218, 395
Pinto 266, 395
Pisani-Ferry 398
Pizzo 97, 395
Plante 322-326, 371
Pollard 372
Poortinga 134, 399
Popovic 372
Prax 350, 395
Prentice 160, 383, 386, 395
Prescott 49, 386
Prescrire 95, 99, 395
Pressley 253, 396
Projet pour le professionnalisme médical 99, 396
Pudelko 268, 396
- Q**
- Quéré 342, 392
Quinn 380
- R**
- Rabardel 393-394

- Raemer 281, 397
 Rawls 73, 76, 396
 Raynal 193, 246, 396
 Redpath 372
 Rees 268, 396
 Reeves 372
 Regehr 217, 253, 306-310, 367, 375, 396
 Reiffers 50, 396
 Rethans 280, 374
 Rey 205, 396
 Reymenants 156, 401
 Ria 387
 Richards 392
 Ricoeur 120, 122, 387, 396-397
 Rieunier 193, 246, 396
 Rivett 403
 Roegiers 300, 319, 376-377, 397
 Rogalski 210, 398, 402
 Roland 372
 Romainville 246, 397
 Romanus 25, 179, 242, 403
 Romer 51, 397
 Rosati 398
 Rosier 319, 397
 Ross 391
 Roter 157, 159, 397
 Rothman 309, 397
 Rousset 362
 Rudolph 281, 397
 Rugarabamu 391
- S**
- Saint-Arnaud 214, 397
 Sambo 86, 397
 Samson 199, 247, 391
 Samurçay 207, 210, 213, 393, 398
 Sanchez-Mazas 156, 159, 373, 398
 Sapir 52, 57, 66, 398
 Sargeant 229-230, 269, 398-399
 Sarlet 160, 379
 Sarr 393
 Saucier 400
 Savoie-Zajc 370, 375, 382
 Savoyant 207, 398
 Sayers 372
 Scalese 281, 390
- Schafer 156, 372
 Schön 122, 230, 248-250, 336, 348, 368, 398
 Schouten 131, 398
 Schuwirth 294, 296, 301, 398
 Schwartz 134, 398
 Scriven 293, 399
 Segall 134, 399
 Sereni 162, 165, 399
 Serres 92, 111, 387, 399
 Sewankambo 391
 Sghedoni 99, 386
 Shadish 222-224, 399
 Shavelson 266, 399
 Shaw 400
 Shay 266, 399
 Shi 90, 399
 Sibbald 372
 Silver 229, 399
 Simard 342, 389
 Simon 109, 281, 377, 397, 402
 Small 281, 404
 Smith 274, 280, 381, 383
 Snadden 268, 399
 Soskice 59, 381
 Sowb 280, 381
 Spiegel 68, 369
 Srinivasan 266, 399
 Starfield 90-91, 399
 Steffen 156, 379
 Ste-Marie 380
 Stengers 85, 399
 Sterlin 139-140, 399
 Stevens 160, 381
 Stewart 372
 Stobart 293, 399
 Strauven 315-317, 377, 407
 Stroobants 70, 234, 400
 Strube 355, 400
 Sullivan 91, 375
 Sylin 74, 77, 82, 88, 389
 Szostek 375
 Sztalberg 82, 88, 389
- T**
- Tafarodi 156, 385
 Tajfel 132, 142, 400

- Tanguy 234, 236, 400
Tannenbaum 98, 400
Tardif 71, 196, 211, 253, 256,
263-264, 266, 373, 384, 400
Tassoni 390
Tete 400
The Lancet 90, 104, 373, 380-381, 400
Thomas 83, 134, 268, 399-401
Tindale 357, 384
Ting-Toomey 149, 401
Tochon 248, 401
Todd 157, 401
Toppps 379
Torre 376
Tourmen 322, 381
Traube 160, 401
Triandis 134, 137, 156, 401
Triby 310, 395
Troadec 134, 383
Tronto 121, 401
Tuijnman 371
Tulkens 109, 373
Tulloch 49, 372
Turgeon 262, 283, 369
Turner 132, 142, 400
Tutiaux-Guillon 315, 368
- U**
United States. National Commission
for the Protection of Human Subjects
of Biomedical and Behavioral
Research 401
- V**
Vachon 123, 401
van Amelsvoort-Jones 384
Van Bambeke 109, 373
Van der Vleuten 229, 269, 294,
296, 301, 379, 397-398, 401
van Etten 253, 396
Van Hove 156, 158, 401
Vanhulle 249, 270, 402
Van Loon 24, 176, 198, 236, 238,
401, 403
Van Manen 402
van Meter 253, 396
Vanpee 259, 266, 377, 402
Van Rensselaer 114, 395
van Tartwijk 102, 379
Van Zanten 109, 402
Varela 116, 121, 402
Vergnaud 177, 208-210, 217-218,
394, 402
Vermersch 190, 214, 402
Vermunt 271, 379
Viau 258, 402
Vidal-Gomel 402
Vierset 25, 242, 261, 278, 402
Vinals 398
Visentin 99, 386
Volpato 382
Vroom 355, 403
Vygotsky 73, 213, 403
- W**
Wadell 375
Walker 161, 248, 270, 371, 403
Wallace 398
Walsh 400
Walshe 227, 394
Wang 375
Ward 326, 403
Wardavoir 179, 401, 403
Wass 102, 379
Wassermann 391
Watson 282, 403
Watzlawick 403
Wayne 282, 390
Webb 269, 403
Weick 333, 403
Weinstein 252, 403
Weiss 132, 138-139, 403
Wessel 270, 404
West 266, 399
White 90, 354, 388, 404
Whitehead 98, 399, 404
Williams 90, 270, 404
Wilson 310, 404
Windham 327, 404
Wolpe 281, 404
Wong 386
Worms 113, 118, 120, 371, 374,
378, 404
Wright 270, 388, 403

Y

Yawn 90, 383
Yetton 355, 403
Yokoi 253, 396

Z

Zamora 372
Zeitz 266, 395
Zendejas 375
Ziv 281, 404
Zucker 119, 404

Table des matières

Sommaire	7
Avertissement	11
Remerciements	13
Préface	15
Quelques éléments de guidance pour la lecture de l'ouvrage	17
1 Une lecture dans une perspective intégrative programmatique	18
2 Une lecture dans une perspective intégrative de nature opérationnelle et stratégique	20
3 Une lecture dans une perspective conceptuelle d'intégration des contenus de chaque chapitre	21
3.1 <i>L'introduction présente « une perspective intégrative des formations professionnalisantes en santé »</i>	21
3.2 <i>La première section propose de « situer les cadres européens, internationaux et nationaux en matière d'éducation et de formation »</i>	22
3.3 <i>La seconde section invite à « considérer les dimensions d'inter culturalité, de genre et d'inter professionnalité dans les réformes pédagogiques »</i>	23
3.4 <i>La troisième section présente et illustre un cadre théorique visant à « construire un référentiel de compétences intégré et assurer les liens de cohérence avec la formation et l'évaluation »</i>	24
3.5 <i>La quatrième section aborde les questions qui se posent au moment de « Planifier, construire, animer un dispositif de formation et d'évaluation »</i>	25
3.6 <i>La cinquième et dernière section propose des repères pour « évaluer un programme et accompagner un processus de changement »</i>	25

- 3.7 *En marge de chaque section, un encadré thématique fournit des éclairages complémentaires qui suggèrent des mises en lien, apportent des clarifications ou des approfondissements conceptuels, proposent des ouvertures ou formulent des pistes pour des hypothèses de recherche* 26
- 3.8 *La post-face propose au lecteur, sous la forme d'un témoignage personnel, un plaidoyer en faveur de la perspective du « patient partenaire »* 26

Introduction

Pour une vision intégrative des formations professionnalisantes en santé 29

- 1 Intention générale 30
- 2 La finalité spécifique des formations professionnalisantes 30
- 2.1 *Un défi pédagogique prioritaire* 30
- 2.2 *Des savoirs pluriels à appréhender* 31
- 2.3 *La compétence comme finalité structurante* 32
- 3 Une singularité des formations professionnalisantes en santé 33
- 3.1 *Une conception non réductrice de la santé* 33
- 3.2 *Une conception ouverte de l'éducation et de la formation* 35
- 3.3 *Une convergence entre l'approche en santé centrée sur le patient et les communautés et l'approche éducationnelle centrée sur l'apprenant* 36
- 4 Synthèse provisoire 39

Section 1. Situer les cadres européens, internationaux et nationaux en matière d'éducation et de formation 41

Chapitre 1. Une perspective économique et politique des systèmes d'éducation et de formation 45

- 1 Introduction 45
- 2 La perspective globale des réformes des systèmes d'éducation et de formation : des réformes aux fondements très économiques 46
- 2.1 *Un ancien modèle éducatif complémentaire des politiques keynésiennes* 47
- 2.2 *La rupture des années 70 et 80 : un nouveau paradigme se met en place* 48
- 2.3 *Les réformes des années 90, corollaires de la globalisation* 50

2.4	<i>Fin des années 90 et années 2000 : vers l'économie de la connaissance</i>	51
3	La réforme souhaitée par les experts de la commission des contenus et méthodes pédagogiques en vue de rencontrer les défis de l'économie de la connaissance	54
3.1	<i>Les critiques européennes face à l'organisation classique des systèmes d'éducation et de formation</i>	54
3.2	<i>Des réformes radicales prônées par la Commission européenne pour remédier à ces problèmes</i>	55
4	La vision européenne sur la formation professionnelle : la déclaration de Copenhague (2002)	58
4.1	<i>Perspective historique : de l'éducation permanente au « lifelong learning »</i>	58
4.2	<i>Le processus de Copenhague ou le « Bologne » de la formation professionnelle</i>	60
5	Quelques éléments critiques	62
5.1	<i>Critiques générales sur le programme de réforme prôné par l'Union Européenne</i>	62
5.2	<i>Critiques plus spécifiques sur l'importation du modèle européen d'éducation et de formation dans les pays du Sud</i>	65
6	Conclusion	67
Chapitre 2. Valorisation et validation des acquis expérimentiels		
Introduction théorique et pratique		
1	Introduction	69
2	Un aperçu du lexique de la validation des acquis de l'expérience	70
2.1	<i>L'apprentissage</i>	71
2.1.1	<i>Le modèle du cycle d'apprentissage expérientiel de Kolb</i>	72
2.1.2	<i>L'apprentissage tout au long de la vie</i>	73
2.2	<i>Valider, valoriser, reconnaître les acquis expérimentiels</i>	74
3	Logiques du dispositif de validation des acquis de l'expérience	75
3.1	<i>L'employabilité et l'adéquationnisme</i>	76
3.2	<i>Cohérence curriculaire et flexibilisation des cursus</i>	78
4	Les biais intrinsèques d'un dispositif de validation des acquis de l'expérience	80
4.1	<i>« La reconnaissance de soi par soi » et l'illusion biographique</i>	80

4.2	<i>La « libre expression » et l'idéologie charismatique</i>	82
4.3	<i>Du travail-peine au savoir-souffrance</i>	84
5	La validation des acquis de l'expérience et le secteur de la santé	85
5.1	<i>Médecine classique et pratiques traditionnelles</i>	86
5.2	<i>Nouveaux curricula, nouveaux lieux de dialogue</i>	87
6	En guise de brève conclusion : une autre approche de la validation des acquis de l'expérience	87
Chapitre 3. Responsabilité sociale des facultés de médecine		89
1	Introduction	89
2	Les raisons de revisiter l'enseignement dans les écoles de santé	91
2.1	<i>Motifs</i>	91
2.2	<i>Constats</i>	93
3	Dix axes de responsabilité sociale pour les facultés de médecine : des réajustements souhaitables au vu du consensus mondial	94
3.1	<i>Axe 1 : Anticipation des besoins en santé de la société</i>	95
3.2	<i>Axe 2 : Création de partenariats avec le système de santé et d'autres acteurs</i>	96
3.3	<i>Axe 3 : Adaptation aux rôles nouveaux des médecins et autres professionnels de santé</i>	97
3.4	<i>Axe 4 : Éducation basée sur des résultats escomptés (outcome-based education)</i>	100
3.5	<i>Axe 5 : Installation d'une gouvernance réactive et responsable</i>	102
3.6	<i>Axe 6 : Redéfinition de normes pour l'éducation, la recherche et la prestation de services</i>	104
3.7	<i>Axe 7 : Amélioration continue de la qualité en éducation, recherche et prestations de services</i>	106
3.8	<i>Axe 8 : Institutionnalisation de mécanismes d'accréditation</i>	107
3.9	<i>Axe 9 : Adhésion aux principes universels et adaptation au contexte local</i>	109
3.10	<i>Axe 10 : Prise en compte du rôle de la société</i>	110
4	Conclusion	110
Chapitre 4. L'éthique de l'enseignement, condition ultime de l'apprentissage de l'éthique		113
1	Quelques repères autour de l'émergence du questionnement éthique contemporain en santé	114

1.1	<i>Une approche clinique</i>	115
1.2	<i>L'apprentissage d'un discernement éthique</i>	116
1.2.1	La « rose des vents de l'éthique »	117
1.2.2	L'ouverture à l'éthique narrative	118
1.2.3	La compétence émotionnelle	119
1.3	<i>L'apprentissage d'une sensibilité éthique</i>	120
1.4	<i>Conclusion : pour une éthique de l'enseignement</i>	122
Section 2. Considérer les dimensions d'inter culturalité, de genre et d'inter professionnalité dans les réformes pédagogiques		127
Chapitre 1. Considérer la dimension interculturelle dans les formations professionnalisantes en santé		131
1	Introduction	131
2	Notion de culture	133
3	Différences de valeurs	134
4	Représentations culturelles de la maladie et de la santé	137
5	Stéréotypes et préjugés	141
6	Processus identitaires	142
7	Démarche interculturelle dans la relation de soin	145
8	Conclusion	151
Chapitre 2. Intégrer la dimension du « genre » dans les programmes de formation des professionnels de la santé		153
1	Introduction	153
2	Le genre : une dimension transversale	154
2.1	<i>Le genre définit « ce que les hommes et les femmes sont et font »</i>	156
2.2	<i>Le genre définit « comment hommes et femmes interagissent »</i>	157
2.3	<i>Le genre en tant que « synonymes de statut social »</i>	157
2.4	<i>Le genre en tant qu'idéologie</i>	159
3	Genre et santé : des façons de soigner différentes pour des patients différents ?	160
3.1	<i>Les tests thérapeutiques sur les médicaments :</i>	161
3.1.1	L'exemple de l'ibuprofène	161
3.1.2	L'exemple du VIH/sida et de la trithérapie	162

3.2	<i>L'apport de l'anthropologie médicale</i>	165
3.2.1	L'exemple des maladies cardiovasculaires	165
3.2.2	La relation soignant / soigné, une relation comme les autres ?	165
4	Pour conclure : de l'importance d'intégrer la perspective de genre dans les formations de santé	167
Chapitre 3. L'éclairage des théories du conflit intergroupes pour penser et mettre en œuvre l'interprofessionnalité en santé		169
1	Un pouvoir de gérance des compétences sur les disciplines	170
2	L'inter professionnalité au regard des théories de l'inter culturalité et des conflits inter groupes	171
Section 3. Construire un référentiel de compétences intégré et assurer les liens de cohérence avec la formation et l'évaluation		175
Chapitre 1. Développer une ingénierie de la professionnalisation et des compétences dans les organisations de santé : l'exemple d'un référentiel de compétences en kinésithérapie		179
1	Contexte	180
2	Les acteurs de la construction du référentiel de compétences intégré	182
3	Le référentiel de compétences intégré	185
3.1	<i>Cadre conceptuel et opérationnel</i>	185
3.2	<i>Méthodes et processus d'élaboration</i>	190
3.3	<i>Résultats</i>	194
3.3.1	Les critères de qualité retenus	194
3.3.2	Les macro-capacités identifiées	194
3.3.3	Les familles de situations professionnelles identifiées	195
3.3.4	Les critères et indicateurs précisés (ou rubriques)	196
3.3.5	L'objectif continué d'intégration	197
4	Mise en œuvre	197
4.1	<i>Outils développés et évolution des dispositifs pédagogiques</i>	197

4.1.1	Des évolutions de l'évaluation des apprentissages dans le cadre de la formation par les stages	197
4.1.2	Des évolutions de l'évaluation des apprentissages dans le cadre du mémoire de fin d'études	198
4.1.3	Le recours aux méthodes pédagogiques « actives » et l'introduction du portfolio	199
4.1.4	La conception d'un outil logiciel graphique au service de la réflexion sur les curriculums	200
4.2	<i>Impacts au niveau des personnes</i>	201
4.2.1	Le défi de l'expertise pédagogique	201
4.2.2	Les défis de la démarche collaborative et de la pérennité du projet	201
4.2.3	Une évaluation préliminaire stimulante	202
4.3	<i>Questionnements</i>	203
5	Conclusion	204
Chapitre 2. Introduction à la didactique professionnelle		
 Apports et limites pour le développement des compétences		205
1	Pour une approche scientifique de la notion de compétence	205
2	La didactique professionnelle : un cadre théorique pour la notion de compétence	206
3	Activité, compétence, schème et conceptualisation	207
4	Concepts pragmatiques, concepts organisateurs et structure conceptuelle d'une situation	209
5	Travailler sur l'articulation entre modèle opératifs et structure conceptuelle des situations	212
6	Activité efficace, conceptualisation et explicitation	213
7	Des éléments organisateurs qui ne sont pas d'ordre conceptuel ?	215
8	Conclusion	218
Chapitre 3. Les enjeux épistémologiques et méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles en santé		221
1	Introduction	221
2	L'évaluation en tant que pratique professionnelle et sociale	222

2.1	<i>La notion de programme social</i>	222
2.2	<i>L'évaluation d'un programme social</i>	222
2.3	<i>Les pratiques évaluatives</i>	223
3	Quelques distinctions en matière d'évaluation des pratiques	224
3.1	<i>Évaluation et contrôle</i>	224
3.1.1	Le contrôle des pratiques	224
3.1.2	L'évaluation des pratiques	225
3.2	<i>Évaluation et mesure</i>	225
3.2.1	La mesure est l'une des modalités de recueil d'informations concernant les pratiques	225
3.2.2	L'évaluation a une acception plus large que la mesure	226
3.3	<i>Évaluation et recherche évaluative</i>	227
3.3.1	La recherche évaluative ayant pour objet les pratiques en santé se propose d'établir des lois et des principes explicatifs (« to prove »)	227
3.3.2	L'évaluation des pratiques en santé s'interroge sur le bien-fondé de ces pratiques dans le but de les améliorer (« to improve »)	228
4	L'évaluation vue comme fondatrice d'une épistémologie des pratiques professionnelles en santé	230
5	Conclusion	232
Chapitre 4. La nécessaire exigence d'une ouverture aux savoirs pour tous les métiers en santé dans le cadre de l'approche par compétences		233
1	L'ambivalence du concept de compétence	234
2	Une opportunité pour recenser et réhabiliter tous les savoirs	236
3	La nécessité d'une prudence	239
Section 4. Planifier, construire, animer un dispositif de formation et d'évaluation		241
Chapitre 1. Promouvoir les pédagogies actives comme soutien à la pratique réflexive et à l'apprentissage en profondeur		245
1	Introduction	245
2	Quelques repères conceptuels	247

2.1	<i>Le concept de réflexivité et ses différentes déclinaisons</i>	247
2.1.1	La notion de pensée réflexive	247
2.1.2	Des caractéristiques de la réflexivité en contexte professionnel	248
	<i>La réflexivité est liée à la pratique professionnelle et à la visée de son amélioration</i>	248
	<i>La réflexivité est liée à un processus mental de haut niveau, au sens large du terme</i>	249
	<i>La réflexivité est liée à l'apprentissage</i>	249
	<i>La réflexivité est liée à la capacité de se percevoir en action</i>	249
2.1.3	Des modèles pluriels pour rendre compte de la réflexivité en contexte professionnel	250
	<i>Le modèle du praticien réflexif de Schön</i>	250
	<i>Le concept de pratique intentionnelle et délibérée d'Ericsson</i>	251
	<i>La notion de pratique attentive d'Epstein</i>	252
2.2	<i>La notion d'apprentissage en profondeur</i>	252
2.2.1	L'éclairage cognitiviste et la notion de stratégie d'apprentissage	252
2.2.2	L'éclairage socio-constructiviste et l'importance des connaissances antérieures	255
2.2.3	L'éclairage de la perspective de l'apprentissage auto-régulé	256
2.3	<i>Le courant de la pédagogie active</i>	259
2.3.1	Les orientations du paradigme d'apprentissage	260
2.3.2	La perspective de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques	262
2.3.3	Des principes directeurs cohérents avec le paradigme d'apprentissage et avec la perspective l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques	263
	<i>Certains principes permettent d'orienter l'organisation des dispositifs curriculaires</i>	263
	<i>Certains principes permettent d'orienter l'organisation des dispositifs pédagogiques</i>	264

3	Deux outils privilégiés au service de l'apprentissage en profondeur et de la pratique réflexive	264
3.1	<i>La carte conceptuelle</i>	265
3.2	<i>Le portfolio</i>	268
4	Des exemples de dispositifs curriculaires et pédagogiques favorables aux pédagogies actives	271
4.1	<i>L'apprentissage par problème</i>	271
4.2	<i>Les dispositifs de formation par les stages</i>	273
4.3	<i>Les dispositifs pédagogiques recourant à la simulation</i>	280
5	Conclusion	283
Chapitre 2. Évaluer les apprentissages dans la formation des professionnels de la santé		285
1	Et si l'on parlait des pratiques	285
2	Et si l'on conceptualisait	287
3	Évaluer quoi, quand, pour quoi et comment ?	292
4	La formation et l'évaluation : une question de « familles » et d'« intégration »	297
5	Quelques conclusions	301
Chapitre 3. La recherche en éducation médicale : un regard épistémologique		305
1	Des finalités distinctes pour les différents savoirs produits par la recherche	306
2	La nécessité de références épistémologiques plurielles	307
3	Des débats fondateurs d'une identité scientifique et professionnelle	310
Section 5. Évaluer un programme et accompagner un processus de changement		311
Chapitre 1. Élaborer un curriculum de formation et en assurer la qualité		315
1	D'une liste des matières à enseigner au concept de curriculum	315
1.1	<i>Un terme de plus en plus employé</i>	315
1.2	<i>Un concept très riche</i>	316
1.3	<i>Entre œuvre originale et outil technique</i>	316

2	Du prescrit au réalisé	318
2.1	<i>Articuler les différents types de curriculums</i>	318
2.2	<i>Articuler les différents niveaux de décision</i>	319
2.3	<i>Identifier les facteurs contextuels qui influencent la mise en œuvre du curriculum</i>	319
3	Évaluer la qualité d'un curriculum de formation et de sa mise en œuvre	320
3.1	<i>De la conception du curriculum à son pilotage</i>	320
3.2	<i>Au-delà du contrôle de conformité</i>	321
3.3	<i>Modéliser un processus complexe</i>	322
4	Gérer, mais aussi piloter la mise en œuvre d'un curriculum de formation	325
4.1	<i>Gérer et piloter</i>	325
4.2	<i>Changer, améliorer, innover</i>	326
4.3	<i>S'intéresser au processus mais aussi aux résultats</i>	328
5	Conclusion provisoire	329

Chapitre 2. Développer des dynamiques d'apprentissage organisationnel au sein des organisations de santé 331

1	Introduction	331
2	Qu'est-ce que l'apprentissage organisationnel ?	332
3	Conditions d'apprentissage organisationnel au sein des organisations de la santé	333
4	Des principes pour développer des dynamiques d'apprentissage organisationnel	335
4.1	<i>Créer des lieux d'objectivation et de controverse</i>	335
4.1.1	<i>Favoriser la controverse</i>	341
4.1.2	<i>Construire un climat de confiance collectif et organisationnel</i>	342
4.2	<i>Identifier un problème significatif</i>	344
4.3	<i>Créer des zones d'appropriation et des réseaux d'acteurs</i>	346
4.4	<i>Instaurer un leadership de type « gestion inspirée »</i>	347
5	Conclusion	349

Chapitre 3. Comprendre que le leadership n'est pas uniquement un trait de personnalité mais qu'il peut se construire dans le cadre d'un apprentissage situé et réflexif 351

1	Le concept de <i>leadership</i>	352
2	Des construits théoriques du <i>leadership</i> issus d'influences variées	353
2.1	<i>Le modèle charismatique est le prototype des modèles de leaderships indépendants des situations et des contextes authentiques où ils s'exercent, qui sont tous globalement développés en en lien avec les théories des comportements</i>	354
2.2	<i>À l'inverse, plusieurs modèles considèrent que les leaderships résultent d'une interdépendance avec les situations où ils s'exercent</i>	354
2.2.1	Le modèle interactionniste de Fiedler est le prototype des modèles développés au regard des théories de la contingence	355
2.2.2	Parmi les modèles qu'inspirent les théories cognitives, le modèle de leadership dit connexionniste s'appuie sur une perspective qui cherchait à dépasser les limites des premiers modèles très computationnels de traitement de l'information	356
3	Deux remarques peuvent être formulées en conclusion	357
	Pour ne pas conclure	359
	Postface	363
	Références	367
	Notes biographiques	405
	Index	413
	Index des auteurs cités	419