



# Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur

31-2 (2015)  
Varia

---

Viviane Vierset, Mariane Frenay et Denis Bédard

## Quels critères utiliser pour questionner la qualité pédagogique des stages cliniques ?

---

### Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

**revues.org**

Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le Cléo, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

---

### Référence électronique

Viviane Vierset, Mariane Frenay et Denis Bédard, « Quels critères utiliser pour questionner la qualité pédagogique des stages cliniques ? », *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur* [En ligne], 31-2 | 2015, mis en ligne le 01 juillet 2015, consulté le 15 juillet 2015. URL : <http://ripes.revues.org/976>

Éditeur : Association internationale de pédagogie universitaire

<http://ripes.revues.org>

<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne sur :

<http://ripes.revues.org/976>

Document généré automatiquement le 15 juillet 2015.

Article L.111-1 du Code de la propriété intellectuelle.

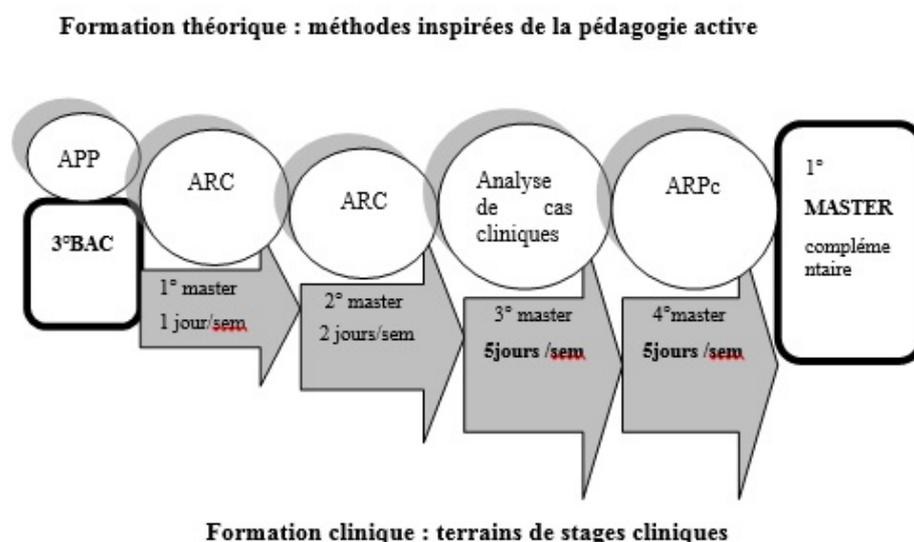
Viviane Vierset, Mariane Frenay et Denis Bédard

# Quels critères utiliser pour questionner la qualité pédagogique des stages cliniques ?

## Introduction

- 1 Précédent l'adoption par le Parlement de la Communauté française du *Décret Bologna* en 2004, la Faculté de médecine de l'Université de Liège propose un Renouveau pédagogique (Boniver, 2004) au début de l'année académique 2000-2001. Il vise à répondre aux sollicitations nouvelles adressées par la société aux institutions qui assurent la formation des médecins. Les motivations de cette réforme sont nombreuses : (1) améliorer des méthodes pédagogiques fondées sur des enseignements transmissifs cloisonnés impliquant peu les apprenants, (2) prendre en compte les attentes légitimes de la société et des patients envers les médecins, (3) adapter le cursus d'études à l'évolution de la médecine marquée par l'évolution exponentielle des connaissances et, enfin, (4) introduire des stages à vocation professionnalisante, objet du projet dont la première auteure de cet article, conseillère pédagogique au Centre hospitalier universitaire de Liège, a la charge.
- 2 L'installation de cette réforme facultaire se caractérise principalement par la diminution des cours *ex cathedra* en faveur de méthodes de travail pédagogique organisées en groupes restreints (Dolmans, De Grave, Wolfhagen & Van Der Vleuten, 2005), comme l'apprentissage par problèmes (APP), méthode d'apprentissage au raisonnement clinique (ARC) et méthode d'apprentissage à la résolution de problèmes complexes (ARPC). Toutes ces méthodes ont pour but le développement des stratégies de raisonnement et l'organisation efficace des connaissances. Elles visent à développer chez les apprenants l'acquisition de stratégies de résolution de problèmes cliniques, la préparation au transfert des apprentissages, l'exercice de la pratique réflexive y compris l'identification des besoins d'apprentissage à combler pour résoudre une situation clinique inédite et/ou complexe. Par ailleurs, ces méthodes de pédagogie active ont pour finalité de guider l'apprenant vers une autonomie professionnelle tout en se positionnant et en se questionnant lors d'échanges de pratiques entre praticiens de la même discipline ou d'autres disciplines (Vierset, 2005). Elles ont été introduites petit à petit à divers niveaux du cursus d'études médicales (figure 1), avant le passage du cursus médical de sept ans à six ans en 2012-2013.

**Figure 1. Interaction entre la formation théorique et la formation clinique médicales à l'Université de Liège**



- 3 Par ailleurs, du côté de la formation clinique organisée pendant les masters (deuxième cycle du cursus médical), même si le parcours de stages des étudiants est considéré comme un espace-temps privilégié au cours duquel le futur médecin a l'occasion de s'immerger en poursuivant l'objectif final de devenir suffisamment préparé pour entreprendre une formation post-doctorale (master complémentaire en spécialité médicale ou en médecine générale), elle n'a pas connu ni de restructuration, ni d'ajustement méthodologique. Dès le départ, en traversant les différents terrains cliniques (rotation organisée sur six à huit terrains disciplinaires inclus dans plusieurs structures hospitalières), les étudiants des dernières années de masters vivent quotidiennement, et tout au long de l'année académique, des situations confrontant leurs représentations personnelles initiales à des réalités cliniques. D'emblée, ils s'inscrivent dans la réalité professionnelle d'autres acteurs du terrain, avec les tensions, les enjeux, les pressions internes et externes, les attentes, les besoins et les exigences de chacun, sans parler des exigences économiques, institutionnelles et organisationnelles les mettant parfois en situation paradoxale vis-à-vis du développement de leurs compétences et de leur identité professionnelle.
- 4 Pour lever ce paradoxe, les étudiants négocient entre eux leur charge de travail et leur formation avec, parfois, quand le département peut se le permettre, l'aide d'une conseillère pédagogique qui adopte un rôle de médiation entre eux et les autres acteurs du système clinique. Simultanément, lorsque les étudiants sont en contact avec les patients, ils rencontrent des situations sociales, culturelles, religieuses et affectives parfois extrêmement délicates. En plus d'apprendre à faire face à tous ces nouveaux paramètres, ils doivent apprendre à organiser et à mobiliser leurs acquis antérieurs lors de situations cliniques contextualisées très diversifiées en présence du patient et d'un superviseur qui accompagne leur formation, tout en s'appropriant de nouveaux acquis. La tâche d'appropriation de cette posture de stagiaire n'est pas mince, car ils doivent s'intégrer à la fois dans une dynamique de formation (les apprentissages) et de service (les charges du service), à l'intérieur d'un groupe restreint (l'équipe soignante), pour proposer des soins à des individus fragilisés (les patients).
- 5 Les accompagnateurs des apprentissages font partie de l'équipe soignante. Ils sont généralement nommés superviseurs. Ce sont soit des professeurs, soit des médecins spécialistes, soit des médecins en formation post-doctorale (appelés internes, résidents ou assistants). Dans le cadre de cet article, afin de faciliter la lecture, le terme interne est préféré aux deux autres. En étant le plus souvent en contact direct avec les stagiaires, ces internes sont leurs interlocuteurs privilégiés. Or, tout comme les autres accompagnateurs, ils ne sont ni formés à la formulation d'objectifs d'apprentissage, ni à l'utilisation d'un référentiel de compétences à acquérir, ni à l'accompagnement des apprentissages, ni aux processus d'évaluation de ces apprentissages. Cette fracture existant entre, d'une part, une adaptation quasi immédiate renouvelée chaque mois par le stagiaire de master qui jongle entre les différentes exigences des sites d'accueil et, d'autre part, ces vides pédagogiques, permet de qualifier ce processus de formation clinique d'inabouti tant une structuration pédagogique fait défaut.
- 6 Considérant ce qui vient d'être énoncé, cet article propose un outil destiné à les forces et les faibles d'un système pédagogique tel que celui de la formation clinique en médecine. Cet outil, fondé sur le cadre conceptuel de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisé authentique (AECA), prend la forme d'une grille d'analyse. L'objectif de cet article est de proposer des critères permettant de questionner la qualité des stages cliniques. Pour ce faire, nous présentons d'abord les résultats d'un rapport d'enquête réalisée par la Commission des stages (2001) au sujet des stages de troisième master à la Faculté de médecine de l'Université de Liège, toutes spécialisations médicales confondues. Ensuite, le cadre conceptuel de l'AECA est décrit de manière générale. Pour terminer, les différents critères de l'AECA sont développés et illustrés par des questionnements relatifs à une spécialité clinique obligatoire (gynécologie-obstétrique) sur le parcours des stages cliniques des stagiaires.

## 1. Contexte de la formation clinique en troisième master à l'Université de Liège

7 Pendant plusieurs d'années, une volonté d'amélioration et de définition des parcours de stages cliniques était exprimée par l'ensemble des acteurs de la Faculté de médecine de l'Université de Liège. C'est pourquoi une enquête a été réalisée par la Commission des stages (Malaise & Seutin, 2001) concernant les stages de troisième master qui posaient le problème du grand nombre d'étudiants (entre 100 et 150) à encadrer tout au long de l'année.

8 Les résultats de cette enquête pointent un ensemble de constats relatifs à :

- la nature du stage (activités de consultation clinique insuffisantes, voire inexistantes dans certains stages) ;
- l'envergure du lieu de stage (structures de grande envergure moins propices à la structuration des stages et à l'aménagement d'une certaine convivialité entre le personnel soignant et le stagiaire) ;
- la diversité des contextes d'apprentissage et de leur adéquation au développement des compétences professionnelles requises (le stagiaire peut être instrumentalisé sans chercher, par ailleurs, à répondre à un objectif d'apprentissage) ;
- l'accompagnement des apprentissages du stagiaire (encadrement pédagogique insuffisant et manque de valorisation du travail du stagiaire) ;
- la coordination pédagogique (manque de formulation d'objectifs de formation entre la faculté, le service d'accueil, le superviseur, les internes et le stagiaire) ;
- l'évaluation du travail des stagiaires (absence de feedbacks *in situ* et manque de référentiels de compétences professionnelles permettant d'objectiver les notes attribuées lors des évaluations du travail du stagiaire qui se pose, à juste titre, des questions sur les critères et l'objectivité des évaluations).

9 A partir de ce constat, nous pouvons nous interroger d'abord sur la qualité de l'accompagnement proposé au stagiaire. Il apparaît légitime de poser la question de la posture qu'empruntent les superviseurs et les internes pour soutenir l'apprentissage des stagiaires. On peut aussi s'interroger sur la manière dont ils les évaluent et sur les critères qu'ils utilisent afin de porter un jugement sur les apprentissages réalisés. Il est également pertinent de se demander si les compétences à atteindre sont définies, si les critères d'évaluation sont précisés et, enfin, qui a la charge de l'évaluation. Nous pouvons aussi nous interroger sur les postures relationnelles empruntées par les stagiaires vis-à-vis de leur superviseur. Reproduisent-ils ce qu'ils ont observé chez le superviseur ou sont-ils prêts à envisager d'autres stratégies de résolution de problèmes ou/et d'autres attitudes relationnelles envers le patient ? La question des stratégies de réussite que les stagiaires vont mettre en place se pose également. Le nombre d'occasions de vivre des situations d'apprentissage authentiques peut aussi être interrogé. En résumé, la question globale de la (re)structuration pédagogique de la formation des étudiants en stages est soulevée : comment, avec quelle posture méthodologique et avec quels outils pédagogiques, (re)penser la formation clinique des étudiants en médecine ? Jusqu'en 2007-2008, date du début d'une intervention à ce sujet au Centre hospitalier universitaire de Liège, à notre connaissance, aucun changement n'avait été apporté et aucune autre enquête n'avait été proposée. C'est pourquoi nous proposons à travers cet article des pistes d'analyse de la qualité pédagogique des stages cliniques. Pour soutenir ce travail, nous nous basons sur le cadre conceptuel de l'AECA.

## 2. Cadre conceptuel de l'AECA

10 Dans l'enseignement supérieur médical, Vanpée, Frenay, Godin et Bédard (2010) ont recouru au cadre conceptuel de l'AECA pour questionner le parcours clinique de ses étudiants. Ce cadre propose de nombreuses similarités avec les caractéristiques de l'apprentissage situé (Bertrand, 1993 ; Tardif, 1998 ; Herrington, Olivier & Reeves, 2003). L'AECA s'intéresse simultanément aux rôles de l'enseignant-chercheur-superviseur de stage (posture d'accompagnement) et aux rôles de l'étudiant-apprenant-stagiaire dans sa formation (posture d'apprentissage) ainsi qu'à la contextualisation des apprentissages. D'un point de vue empirique, ce cadre conceptuel a pris naissance autour des questionnements que soulève le

transfert des connaissances acquises par l'étudiant dans les situations de formations ou de modules théoriques jusqu'aux lieux et moments de pratique professionnelle où ils doivent les utiliser. D'un point de vue théorique, il prend assise aussi dans les préceptes socio-constructivistes souvent évoqués lorsque l'on parle de pédagogie active et de méthodes de pédagogie active utilisées actuellement dans nos universités (Bédard *et al.*, 2000).

11 La perspective de l'AECA s'apparente également, en de nombreux points, à la perspective de l'APP dans les institutions francophones de Belgique. En effet, il est possible de constater que les deux ont le souci d'établir une passerelle entre l'apprentissage des théories et l'apprentissage des pratiques en terrain professionnel (Vierset, Lahaye & Foidart, accepté) en activant un processus itératif entre ces espaces d'apprentissages très différents. Ces deux perspectives convergentes ont pour but le développement des stratégies de raisonnement, l'exercice de la pratique réflexive et la mobilisation des apprentissages acquis antérieurement (cognitifs, socio-cognitifs et affectifs-relationnel) tout en tenant compte de l'organisation pédagogique des situations de formation visant l'acquisition de nouvelles compétences. À ce sujet, Vanpée *et al.* (2010) précisent : « Ce cadre apporte un éclairage non seulement sur la définition des contextes d'apprentissages mais aussi sur l'accompagnement des étudiants au plan du traitement de l'information qu'ils sont appelés à réaliser au moment d'utiliser leurs connaissances. » (p. 257)

12 Le cadre conceptuel de l'AECA s'appuie sur deux principes qui peuvent guider les choix pédagogiques à prendre dans les situations de formation : la contextualisation des apprentissages et le compagnonnage cognitif (Frenay & Bédard, 2004). Le premier principe, la contextualisation des apprentissages, invite l'apprenant à vivre des situations inscrites dans le quotidien d'un contexte de travail authentique afin qu'il s'exerce au transfert de ses apprentissages lors des situations professionnelles qu'il rencontrera dans l'avenir. Ce principe concerne l'adéquation entre la situation d'apprentissages simulés (p. ex., par la formulation d'un cas clinique, nommée vignette clinique dans le cadre de la pédagogie médicale de l'Université de Liège) et les contextes socio-professionnels des stages. En effet, selon Frenay et Bédard (2004), la contextualisation des connaissances favorise le transfert. En résumé, dans le présent contexte de formation, le premier principe s'intéresse aux diverses opportunités contextuelles d'apprentissage fournies aux stagiaires lors de leur parcours clinique. Le deuxième principe, le compagnonnage cognitif, postule que la construction du savoir chez l'apprenant, dans le cadre des situations d'acquisition des connaissances, est facilitée par un travail d'encadrement adéquat offert par l'accompagnateur qui suscite l'engagement cognitif et métacognitif de l'étudiant. De façon large, ce modèle renvoie au support offert par le tuteur à l'ensemble des étudiants d'un groupe d'APP tout en évitant que ses interventions ne deviennent omniprésentes lorsqu'il assure une fonction du tuteur d'APP. En résumé, le deuxième principe s'intéresse à la qualité du compagnonnage et à la volonté de guider l'étudiant vers l'appropriation et la mobilisation de compétences professionnelles à actualiser en fonction des contextes de soins et des ressources disponibles. Concrètement, ces deux principes AECA se déclinent en sept conditions à mettre en œuvre, dans la mesure du possible, dans les situations de formation ou d'acquisition de compétences.

13 Le postulat de départ est que la perspective du cadre conceptuel de l'AECA pourrait apporter des éléments de réponse à notre questionnement concernant la structuration des stages cliniques. Ainsi, nous avons traduit les principes de l'AECA en critères d'analyse de la qualité pédagogique des stages cliniques. Ces critères sont illustrés par des exemples de questions à se poser dans le contexte de la gynécologie-obstétrique.. Notons que cette grille d'analyse peut être adaptée en fonction d'autres contextes et d'autres disciplines. Par ailleurs, le lecteur est invité à formuler ses propres questionnements relatifs aux caractéristiques de son contexte de travail, comme : à quels critères puis-je répondre actuellement ? A quels critères pourrais-je répondre à l'avenir ? Quelle démarche pédagogique vais-je adopter sur le terrain de stage pour que celui-ci soit non seulement un lieu de transfert des connaissances acquises mais devienne également un lieu d'acquisition de compétences nouvelles ? Quel est mon rôle d'accompagnateur ? Quel est le rôle de l'apprenant ? Comment vais-je organiser l'évaluation des apprentissages ?

### 3. Questionner la qualité pédagogique d'un stage clinique

- 14 Comme le soulignent Herrington et al. (2003), « in spite of the growing evidence of the success of authentic learning environments, they are not without their problems [...] the initial reluctance to willingly immerse in learning scenarios that some students experience, and the need for the suspension of disbelief before engaging in the task » (p. 62). Aussi, nous insistons sur le fait qu'un environnement d'apprentissage adéquat est un environnement qui se donne le temps de soutenir l'engagement de l'étudiant dans la tâche qu'il a accomplir au sein d'une communauté d'experts. Ceux-ci peuvent le guider, le conseiller et le faire réfléchir sur ce qu'il vit, ce qu'il fait, ce qu'il dit, ce qu'il comprend, ce qu'il pense et ce qu'il devient progressivement. La perspective du cadre conceptuel de l'AECA tel qu'il a été synthétisé par des auteurs francophones (Bédard et al., 2000 ; Frenay & Bédard, 2004) s'attache principalement à développer des conditions de contextualisation des apprentissages et des postures d'apprentissage/accompagnement pour soutenir l'engagement de l'étudiant dans sa tâche.

#### 3.1. Critères pour questionner la contextualisation des apprentissages

- 15 Ces critères attirent l'attention sur l'importance du contexte dans lequel l'apprenant va pouvoir exercer les capacités acquises et développer petit à petit ce qui lui manque pour faire de lui un professionnel compétent dans son domaine. L'ensemble de ces critères est repris dans le tableau 1.

**Tableau 1. Grille d'analyse questionnant l'authenticité des situations d'apprentissage**

<b>Tableau 1. Grille d'analyse questionnant l'authenticité des situations d'apprentissage</b>	
<b>Critères AECA</b>	<b>Exemples de questionnements</b>
<b>1. Vécus en contexte de mobilisation authentique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le stagiaire a-t-il pu vivre des situations cliniques lui permettant d'exercer ses capacités de résolution de problème (cf. APP, ARC, ARPC)</li> <li>• Le stagiaire a-t-il pu s'exercer à développer sa relation avec le patient ?</li> <li>• Le stagiaire a-t-il pu vivre des situations cliniques authentiques correspondant à l'apprentissage de son futur métier ?</li> <li>• ...</li> </ul>
<b>2. Développement de compétences professionnelles (cf. référentiel de compétences à acquérir en stages)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les compétences (capacités cognitives, socio-cognitives et affectives-relationnelles) à acquérir par le stagiaire ont-elles été définies préalablement ? Des critères d'évaluation ont-ils été précisés ?</li> <li>• Les tâches proposées au stagiaire exercent-elles à l'acquisition des compétences attendues au terme du stage ?</li> </ul>
<b>3. Vécus de situations-problèmes complètes et complexes (avec pistes de solutions à organiser en un choix thérapeutique)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le stagiaire a-t-il eu l'occasion de suivre un patient de manière continue jusqu'à la fin de sa prise en charge (par ex. d'une consultation à l'accouchement) ?</li> <li>• Le stagiaire a-t-il eu l'occasion de suivre des situations au MIC (Médical Intense Care) exigeant une prise de risque thérapeutique ?</li> <li>• Le stagiaire a-t-il eu l'occasion d'accueillir un patient, de faire l'anamnèse, de pratiquer l'examen physique, de formuler des hypothèses précoces, et de proposer un protocole d'analyse, voire un diagnostic différentiel ?</li> <li>• ...</li> </ul>
<b>4. Vécus de situations-problèmes avec contenus pluridisciplinaires (p.ex. néonatalogie, obstétrique, anesthésie, etc.)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le stagiaire a-t-il pu vivre des situations cliniques faisant appel à des contenus disciplinaires différents (par ex. G-O, pédiatrie, anesthésie, pharmacologie, néonatalogie) ?</li> <li>• Le stagiaire a-t-il eu l'occasion de proposer une recherche de solution thérapeutique pluridisciplinaire ?</li> <li>• ...</li> </ul>
<b>5. Vécus de situations-problèmes multidimensionnelles (p.ex. juridique, métabolique, psychologique, etc.)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le stagiaire a-t-il pu vivre des situations prenant en compte d'autres paramètres que des paramètres purement biomédicaux ?</li> <li>• Le stagiaire a-t-il été confronté à des situations croisant les aspects juridiques, éthiques, sociaux, culturels, religieux ou psychologiques ?</li> <li>• ...</li> </ul>
<b>6. Vécus de situations-problèmes diversifiées, non routinières</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le stagiaire a-t-il pu vivre des situations diversifiées, singulières, peu communes et non répétitives ?</li> <li>• Le stagiaire a-t-il pu vivre des situations cliniques présentant des difficultés non attendues et exigeant une prise de décision immédiate ?</li> <li>• Le stagiaire a-t-il eu l'occasion de gérer personnellement la prise en charge des patients aux urgences ?</li> <li>• ...</li> </ul>
<b>7. Exploration de solutions et d'interprétations multiples</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le stagiaire a-t-il été confronté à des situations exigeant des interprétations multiples ?</li> <li>• Le stagiaire a-t-il pu développer l'argumentation d'une prise de position thérapeutique ? A-t-il envisagé plusieurs pistes de solutions, leurs avantages/inconvénients ?</li> <li>• ...</li> </ul>

16 L'authenticité du contexte d'apprentissage est énoncée en sept critères intimement liés entre eux.

*3.1.1. Premier critère : des vécus d'apprentissage en contextes de mobilisation authentiques*

17 Un des critères proposé par l'AECA est le respect du contexte de mobilisation. Le vécu d'apprentissage en contexte de mobilisation authentique, c'est-à-dire fondé et ancré dans la vie clinique professionnelle ou dans des contextes de simulation et de jeu de rôle (APP, ARC et ARPC), constitue un critère prépondérant dans le transfert et l'appropriation de

compétences (Frenay & Bédard, 2004). Ainsi, il s'agit donc non seulement de prendre en compte la contextualisation des apprentissages, mais également de s'assurer que le contexte d'acquisition des apprentissages est authentique aux contextes que l'apprenant sera susceptible de rencontrer dans sa vie professionnelle et dans lesquels il devra mobiliser ou transférer ses connaissances acquises. Dans le cadre de l'analyse d'un site de stage clinique, les questions à se poser sont par exemple : les situations vécues par le stagiaire permettent-elles l'exercice et l'apprentissage de sa future profession ? A-t-il pu vivre des situations qui lui permettent d'exercer son raisonnement clinique-ARC ? A-t-il pu vivre des situations qui lui permettent d'exercer ses capacités de résolution de problèmes-APP ? A-t-il pu mener une anamnèse ? A-t-il pu s'exercer à la communication clinique avec le patient ? A-t-il eu l'occasion de prendre part à l'organisation de son stage, aux prises de décision le concernant ? A-t-il pu s'exercer à l'apprentissage du transfert en mobilisant des connaissances, voire des capacités, acquises antérieurement ?

### 3.1.2. Deuxième critère : un référentiel de compétences professionnelles

18 Il est conseillé que les compétences à atteindre soient formulées et développées dans un référentiel de compétences, sous forme de capacités à exercer et de tâches à effectuer *in situ*. « L'enseignant se doit de proposer des contextes d'apprentissages où des tâches authentiques seront présentes. Ces tâches constituent le matériau de base du développement des compétences chez les étudiants » (Frenay & Bédard, 2004, p. 247). Une compétence est, selon Tardif (2006), « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété ressources internes ou ressources externes à l'intérieur d'une famille de situations » (p. 22). Cette définition est communément utilisée dans notre université. Pour développer une compétence, il est essentiel que des possibilités de mobilisation et de combinaison de plusieurs capacités (cognitives, socio-cognitives, affectives-relationnelles) soient présentées à l'étudiant afin qu'il puisse s'exercer progressivement aux compétences requises par la profession. Hager et Gonczi (1996, dans Frenay & Bédard, 2004) proposent qu'une compétence comporte une série « *of desirable attributes* » (p. 247) dont des connaissances, des habilités intellectuelles (p. ex. résolution de problèmes), des capacités communicationnelles (p. ex. communiquer avec un patient), procédurales (p. ex. tâches administratives et techniques cliniques) et organisationnelles (p. ex. gérer son temps de travail). Dans le cadre d'un questionnaire relatif à un stage clinique, les questions à se poser sont par exemple : les tâches proposées au stagiaire participent-elles à l'acquisition des compétences attendues au terme du stage ? Les compétences (connaissances, capacités, habilités) à acquérir par le stagiaire sont-elles définies ? Comment y est-il formé ? Comment ses apprentissages sont-ils évalués ?

### 3.1.3. Troisième critère : des situations complètes et complexes

19 Ce type de situations exige l'exercice de stratégies et de recherche de solutions multiples à organiser en fonction du système corporel où évolue la maladie, du système psychosocial où évolue le patient et du système clinique où évoluent les acteurs médicaux. Un stagiaire qui a l'occasion de suivre le terme d'un processus de gestation jusqu'à l'accouchement peut suivre, non seulement, la progression de l'état de santé de la mère, mais aussi être sensibilisé aux affects de la patiente et de son entourage. Il pourra ainsi s'engager dans une relation professionnelle continue plutôt que de manière ponctuelle et décousue en passant d'un cas clinique à un autre sans transition comme cela arrive encore trop souvent.

20 Plusieurs des situations rencontrées en milieu médical présentent un degré de complexité élevée. Cela exige de l'intervenant qu'il tienne compte de nombreux paramètres liés entre eux avant de prendre une décision thérapeutique. Lorsque se présentent des situations complexes, l'apprentissage d'automatismes, voire de standardisation, ne suffit plus. Ces cas complexes c'est-à-dire singuliers, étranges, pas ordinaires sont loin d'être évident à gérer. Ils exigent une prise de position, un choix à faire, un engagement à prendre et une prise de responsabilité à assumer. La proposition d'une solution originale exigée par une situation singulière révèle donc d'une prise de risque. Dans le cadre de l'évaluation d'un stage, les questions à se poser sont les suivantes : le stagiaire a-t-il eu l'occasion de suivre une patiente de manière continue

jusqu'à la fin de la prise en charge (d'une ou plusieurs consultations à l'accouchement) ? A-t-il eu l'occasion de suivre des cas cliniques au MIC (*Médical Intensive care*), voire des cas cliniques exigeant une prise de risque thérapeutique ? A-t-il pu accueillir et gérer des urgences et ainsi être exposé à l'ensemble des étapes d'intervention ?

### 3.1.4. Quatrième critère : des contenus pluridisciplinaires

21 Le quatrième critère fait référence à l'articulation de contenus pluridisciplinaires (p. ex. néonatalogie, obstétrique, anesthésie). Encore trop souvent, lors de la formation, les différents apports théoriques sont présentés de façon linéaire et non intégrative ; les connaissances sont morcelées et fragmentées de telle façon que les étudiants arrivent difficilement à se représenter une vue d'ensemble cohérente reliant les différents contenus disciplinaires. Or, dans de nombreuses situations, le milieu professionnel clinique exige de l'étudiant qu'il organise des liens lorsqu'il doit aborder la gestion d'une situation. (p. ex. entre la gynécologie-obstétrique, la néonatalogie, l'anesthésie, la pharmacologie, l'endocrinologie et l'hématologie). Dans le cadre de l'évaluation d'un stage, les questions à se poser sont les suivantes : les situations vécues par le stagiaire font-elles référence à plusieurs contenus disciplinaires ? A-t-il eu l'occasion de proposer la résolution d'un problème faisant intervenir plusieurs disciplines ? Ces connaissances disciplinaires sont-elles explicitées lors de ces interventions à travers ses échanges avec l'interne ou d'autres intervenants en santé ?

### 3.1.5. Cinquième critère : des contenus multidimensionnels

22 Le cinquième critère considère les situations-problèmes multidimensionnelles (p. ex. physiopathologique juridique, psychologique, sociologique, religieux). Les auteurs de l'AECA proposent de travailler sur l'analyse d'une situation observée sous plusieurs angles différents qui, eux-mêmes, font partie d'une globalité. Des capacités, souvent nommées compétences transversales, sont sollicitées dans ce cas. Nous pensons notamment à la communication interpersonnelle avec les patientes (p. ex. suivre une patiente en déni de grossesse sur le plan psychologique et, parallèlement sur le plan biomédical), à la collaboration psychosociale dans une équipe de soins ou avec d'autres acteurs de terrain (p. ex. psychologue clinicien, assistant social, interprète), à l'engagement personnel envers le patient lors des suivis thérapeutiques et à la restauration d'un système thérapeutique fondé sur la confiance, ou encore à une prise de position d'ordre éthique, social ou juridique. L'AECA propose à l'étudiant de vivre des situations où plusieurs pistes peuvent être envisagées. Pour développer précocement la capacité à transférer une vision multidimensionnelle des connaissances, il est essentiel que l'étudiant s'exerce à prendre en compte les multiples aspects d'une prise en charge médicale, et ce, dès la formation universitaire initiale. Les démarches de positionnement et d'engagement ainsi que le processus de prise de décision seront alors facilités. Dans le cadre de l'évaluation d'un stage clinique, les questions à se poser sont, par exemple : le stagiaire a-t-il eu l'occasion de vivre des situations où sont considérés des paramètres autres que purement biomédicaux ? A-t-il été confronté à des situations croisant les aspects juridiques, éthiques, sociaux, psychologiques ou culturels ? A-t-il partagé son point de vue avec le point de vue de ses futurs collègues (les internes) ou de ses pairs (les autres stagiaires) ?

### 3.1.6. Sixième critère : des situations diversifiées

23 Le sixième critère à vérifier en faveur de l'authenticité du contexte est le vécu de situations-problèmes diversifiées. Pour que l'apprenant ait l'occasion de s'exercer au transfert de ses apprentissages lors de son vécu de nouvelles situations potentiellement imprévisibles, il est important qu'il ait l'occasion de vivre des situations très diversifiées. Collins, Brown et Newman (1989, dans Frenay & Bédard, 2004) proposent de présenter des situations ayant un niveau de complexité et de diversité croissant afin de favoriser le transfert des connaissances acquises dans des contextes variés. Ce n'est qu'à cette condition qu'il sera possible d'exercer le transfert des connaissances et leur appropriation effective. L'approche de l'apprentissage situé souligne que les individus ayant une expérience préalable exploitent et apprennent d'une manière qui reflète leurs activités précédentes. Anderson, Reder et Simon (1996, dans Peters, 2012), soulignent que « les apprentissages méritent d'être réalisés dans différents environnements opérationnels afin de favoriser un transfert élargi » (p. 59). Dans le cadre

de l'évaluation d'un stage, les questions à se poser sont les suivantes : le stagiaire a-t-il été confronté à autres choses qu'à des situations répétitives ou/et communes ? A-t-il eu l'occasion de vivre des situations diversifiées et/ou singulières ? A-t-il vécu des situations cliniques abordant différents niveaux de difficultés à gérer ?

### 3.1.7. Septième critère : des situations à interprétations multiples

- 24 Le septième critère rappelle l'importance de solutions, de conclusions ou d'interprétations multiples auxquelles l'étudiant doit être sensibilisé. Ce critère pourrait s'intégrer dans chacun des critères précédents puisqu'il est essentiel dans toute situation clinique quotidienne. L'efficacité du stagiaire sera alors, en partie, tributaire de sa capacité à reconnaître rapidement les pistes stériles, de même que les stratégies qui lui permettront d'atteindre avec la plus grande probabilité possible l'objectif visé, en l'occurrence la meilleure prise en charge du patient. Les formations d'ARC inscrites actuellement dans de nombreux cursus de faculté de médecine en sont un bel exemple. Elles développent chez les apprenants l'acquisition de démarches de résolution de problèmes cliniques contextualisés tout en exerçant à la formulation d'hypothèses diagnostiques organisées en fonction de l'interprétation des symptômes révélés par le patient en situation clinique. Cette génération précoce d'hypothèses est suivie d'une collecte de données orientée pour les vérifier.
- 25 Comme Nendaz, Charlin, Leblanc et Bordage (2005) le précisent : « Le raisonnement clinique est un ensemble de processus de pensée et de prises de décision qui permettent au clinicien de choisir les actions les plus appropriées dans un contexte spécifique de résolution de problème de santé [...] Le clinicien efficace ne génère pas plus d'hypothèses, n'en entretient pas plus en mémoire de travail et ne collecte pas plus d'informations cliniques que les novices. En revanche, il se distingue par la génération d'hypothèses diagnostiques de meilleure qualité, par la capacité à recueillir les données cruciales et par une meilleure interprétation des données pour tester ses hypothèses » (p. 244). Dans le cadre de l'évaluation d'un stage clinique, les questions à se poser sont les suivantes : le stagiaire a-t-il été confronté à des situations exigeant des interprétations multiples ? A-t-il été confronté à l'argumentation d'une prise de position diagnostique ou/et thérapeutique ? A-t-il pu envisager plusieurs pistes de solutions, leurs avantages et leurs inconvénients qu'elles soient d'ordre physique, psychique, économique ou juridique ?
- 26 Ces sept critères liés au premier principe de l'AECA, la contextualisation des apprentissages, s'attachent à développer une validité écologique qui donne l'occasion à l'étudiant de s'exercer à sa future profession et, par conséquent, aux compétences professionnelles attendues qui seront évaluées au terme de sa formation. Parallèlement, le deuxième principe de l'AECA, le compagnonnage cognitif, développe l'importance de la relation pédagogique qui unit un stagiaire et son superviseur lors des situations d'apprentissage tant au niveau cognitif que socio-cognitif et affectif-relationnel. Car, même si l'étudiant a l'occasion de vivre des situations cliniques authentiques contextualisées, il éprouvera beaucoup de difficultés à faire un transfert de connaissances (au sens large du terme) pour savoir-agir et réagir face à une situation inédite. Il a en fait besoin d'un accompagnement qui le soutienne dans cette démarche, qui lui propose une co-évaluation son travail, lui donne des feedbacks et lui fournisse des axes cognitifs valides autour desquels il s'exercera au traitement des informations multiples tout en régulant ses apprentissages et en gagnant en autonomie. En ce sens, les APP fournissent un bel exemple d'encadrement. Un stage clinique peut se calquer sur le même gabarit pédagogique. Tout comme pour le premier principe de l'AECA, nous proposons d'envisager les sept conditions du deuxième principe de l'AECA et de les traduire sous forme de critères permettant d'évaluer un stage clinique. Les trois premiers représentent les postures d'apprentissages à exercer par l'étudiant (A) afin de développer un certain niveau de transfert, de pratique réflexive et d'autonomisation. Les quatre suivantes définissent les postures d'accompagnement à adopter par l'encadrant (B) pour atteindre cet objectif.

## 3.2. Critères pour questionner le compagnonnage cognitif

- 27 Dans le domaine de l'éducation et de la formation, l'aboutissement d'un parcours professionnel envisage l'acteur comme autonome, responsable de ses actes, capable de prendre

des décisions, de construire des projets, capable de s'évaluer tout en travaillant au sein d'une communauté de praticiens. Se pose alors la question des attitudes et des postures à activer chez l'acteur sur ses terrains d'apprentissages. Les concepts du tutorat et de l'accompagnement sont devenus des sujets incontournables en pédagogie. Le modèle de King (1997) décrit l'ASK (*Attitudes-Skills-Knowledge*) en tant que *Model of peer tutoring*, lui aussi fondé sur les théories socio-constructivistes proposant à l'étudiant d'être acteur de ses apprentissages, dans le sens où il les construit en fonction d'un problème à résoudre ou d'une situation à gérer tout en proposant à l'accompagnateur d'adopter une posture de tuteur soutenant les apprentissages. Lafortune (2002) aborde l'accompagnement par la définition des compétences d'accompagnement. Saroyan et Frenay (2010) parlent du développement professionnel de l'enseignant-chercheur et de son accompagnement ainsi que Poumay (2006) et Paul (2004).

28 Dans ce sens, le principe de compagnonnage cognitif de l'AECA vise un changement attitudinal de la part des acteurs en présence, en l'occurrence, des stagiaires apprenant et des superviseurs/internes accompagnant. L'objectif visé est que les apprenants s'exercent au transfert des acquis et à la pratique réflexive. Pour les guider, ils sont encadrés par les accompagnateurs qui se sont exercés lors d'une formation à l'accompagnement aux attitudes favorisant le transfert des apprentissages des stagiaires et l'acquisition de l'autonomie professionnelle. Ainsi, le compagnonnage cognitif est envisagé suivant les deux faces d'une même pièce : la face A, qui envisage les opérations mentales facilitatrices préparant l'étudiant au transfert (posture d'apprentissage) et la face B, qui envisage les attitudes facilitatrices du transfert (posture d'accompagnement).

29 Voyons tout d'abord la posture d'apprentissage (face A) proposée par l'AECA. Le critère A1 fait référence à l'articulation des connaissances, le critère A2 fait référence à la compétence réflexive et le critère A3 fait référence à la discrimination et à la généralisation des situations d'apprentissage. Notons que ces trois critères, repris dans le tableau 2, sont explicités à l'aide de situations concrètes vécues sur le terrain clinique.

**Tableau 2. Grille d'analyse questionnant la posture de l'apprenant et la posture de l'accompagnateur**

Tableau 2. Grille d'analyse questionnant la posture de l'apprenant et la posture de l'accompagnateur	
Critères AECA	Exemples de questionnements relatifs à la posture d'apprentissage
A1. <u>Articuler les connaissances. Transfert et mobilisation des pré-acquis</u> lors de la pratique clinique ; mise en lien explicite avec de nouveaux apprentissages acquis en stage	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le stagiaire s'est-il exercé <i>in vivo</i> à mobiliser ses savoirs acquis en faculté et à les articuler à de nouvelles connaissances acquises sur le terrain ?</li> <li>Le stagiaire s'est-il exercé à identifier ce qu'il savait déjà lors d'une nouvelle situation clinique et à reconnaître ce qu'il lui manque pour rechercher une réponse personnelle, soit interdisciplinaire, soit multidimensionnelle, à cette situation ?</li> <li>....</li> </ul>
A2. <u>Réfléchir sur l'action.</u> Observation, analyse, questionnement, argumentation, positionnement et identification des acquis/non acquis d'apprentissage. <u>Processus de pratique réflexive</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le stagiaire s'est-il exercé à observer une gestion de consultation, à se questionner, à rechercher des réponses personnelles (cf. ressources externes et internes), à se positionner et à argumenter son propre choix thérapeutique ainsi que son attitude relationnelle envers la patiente ?</li> <li>Le stagiaire a-t-il exercé une auto-évaluation de son travail sur base d'une liste de critères ?</li> <li>Le stagiaire s'est-il exercé à formuler précisément ses acquis d'apprentissages ?</li> <li>Le stagiaire s'est-il exercé à l'auto-régulation concernant une stratégie, une attitude, un comportement à développer ?</li> <li>Le stagiaire a-t-il pu partager et développer son point de vue avec les <i>internes</i> ou avec ses pairs ?</li> <li>...</li> </ul>
A3. <u>Généraliser et discriminer des situations d'apprentissage.</u> <u>Conception de cartes conceptuelles</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le stagiaire s'est-il exercé à reconnaître les points convergents et les points divergents entre plusieurs situations cliniques apparemment semblables ?</li> <li>Le stagiaire s'est-il exercé à organiser progressivement ses connaissances sur une carte conceptuelle (liens, hiérarchisation, priorisation etc.) ?</li> <li>....</li> </ul>
Critères AECA	Exemples de questionnements relatifs à la posture d'accompagnement
B1. <u>Coaching.</u> Soutien facilitant <u>l'émergence des compétences</u> et de <u>l'identité professionnelle</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le superviseur a-t-il procuré un soutien lors de nouvelles tâches à accomplir ?</li> <li>Le superviseur a-t-il utilisé un support pédagogique explicite ?</li> <li>Le superviseur a-t-il prévu des <i>feedbacks</i> progressifs des apprentissages ? Les <i>feedbacks</i> sont-ils récurrents, non dévalorisants, précis et fondés sur des actes réalisés (organisés soit après les consultations gérées par un stagiaire, soit en fin de journée) visant l'ajustement progressif de la gestion de la tâche ?</li> <li>Le superviseur se réfère-t-il à un socle de compétences ? A-t-il des objectifs de formation explicites ? Ceux-ci sont-ils discutés avec le stagiaire ?</li> <li>Le superviseur soutient-il la formulation des objectifs d'apprentissage du stagiaire, le développement de l'identité professionnelle du stagiaire, de ses choix personnels, de ses attitudes envers les patients ? Propose-t-il une co-régulation ?</li> <li>....</li> </ul>
B2. <u>Scaffolding.</u> Soutien minimum facilitant <u>transfert des acquis, l'échafaudage d'une stratégie, d'une action ou d'un comportement</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le superviseur a-t-il communiqué un minimum d'indices pour guider progressivement le stagiaire vers des stratégies efficaces et lui éviter de se perdre sur un chemin définitivement inefficace ?</li> <li>Le superviseur a-t-il laissé le stagiaire construire lui-même ses apprentissages en le laissant chercher ses propres solutions et en intervenant au moment opportun ?</li> <li>Le superviseur a-t-il proposé des tâches en adéquation avec le niveau d'apprentissage du stagiaire ?</li> <li>....</li> </ul>
B3. <u>Modeling.</u> Soutien explicite facilitant la conceptualisation de situations d'apprentissage. <u>Carte conceptuelle</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le superviseur a-t-il verbalisé ses stratégies d'action ou de réflexion pour les confronter à celles du stagiaire et à ses questionnements ?</li> <li>Le superviseur a-t-il soutenu l'organisation d'une carte conceptuelle à propos de l'une ou l'autre situation clinique complexe tout en suscitant les productions personnelles du stagiaire ?</li> <li>....</li> </ul>
B4. <u>Fading.</u> Soutien progressivement distancié facilitant <u>l'autonomisation du savoir-agir-réagir</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lorsque le stagiaire a atteint un niveau de compétence suffisant, le superviseur lui donne-t-il l'occasion d'agir seul sur le terrain clinique ?</li> <li>Le superviseur organise-t-il les apprentissages suivant une logique progressive (observation passive, participation active, action seul sous supervision proche, action seul sous supervision distanciée) ?</li> <li>Le superviseur donne-t-il au stagiaire l'occasion de faire sa propre proposition diagnostique, voire thérapeutique ?</li> <li>....</li> </ul>

**3.2.1. Critère d'apprentissage (A1) : transfert et articulation des connaissances**

30 Le premier critère concerne l'articulation des connaissances. L'organisation des connaissances exige de faire un choix parmi les savoirs emmagasiné en mémoire de plusieurs disciplines acquises, encore trop souvent, de manière fragmentée et discontinue. Afin de faciliter l'articulation des savoirs existant en mémoire aux savoirs attendus lors de l'action, il est important que l'étudiant s'y exerce de manière formalisée. Il est regrettable de s'apercevoir, lors d'un tour de salle didactique, qu'un étudiant brillant lors des examens de connaissances théoriques, soit incapable de proposer une réponse adéquate lors de la visite d'une patiente présentant une pathologie commune. Le Boterf (2007) rappelle qu'un professionnel est celui qui sait gérer une situation professionnelle complexe en démontrant un savoir-agir, interagir et réagir avec pertinence. Pour nous, un professionnel est aussi celui qui démontre un savoir-s'engager dans une prise de position face à un choix à prendre pour résoudre une situation-problème. A ce sujet, Guillemette (2006) rappelle : « Zarifian (1997) établit un rapport synonymique entre engagement et prise de responsabilité. Il parle alors de l'engagement [dans la tâche proposée] comme d'une auto-sollicitation et d'une auto-mobilisation » (p. 18). Intimement liées à la notion d'identité professionnelle, les savoirs agir, interagir, réagir et s'engager s'acquièrent grâce à l'éveil au quotidien de dynamiques socio-cognitives-affectives et réflexives activées lors de la mobilisation des apprentissages.

31 Les savoirs acquis peuvent alors s'articuler aux savoirs s'organisant en action lors de situations cliniques vécues *hic et nunc* par le stagiaire. Nous insistons sur le fait qu'il ne s'agit pas

seulement de transférer des apprentissages, mais d'apprendre à les transférer adéquatement dans les situations de formation sinon d'apprendre à les rendre transférable (Le Boterf, 2007). Dans le cadre de l'évaluation d'un stage clinique, les questions à se poser sont les suivantes : le stagiaire s'est-il exercé à articuler et à organiser ses connaissances lors du vécu de cas cliniques non résolus ultérieurement ? A-t-il eu l'occasion de s'exercer à mobiliser ses savoirs déjà acquis et de les articuler efficacement aux nouvelles connaissances à acquérir *hic et nunc* pour trouver une solution adéquate ?

### 3.2.2. Critère d'apprentissage (A2) : processus de pratique réflexive

32 Le deuxième critère énonce la réflexion (sur l'action). Ce critère représente une condition primordiale pour aider au transfert des connaissances. Ce point prioritaire évoque le développement de la compétence « Exercer une pratique réflexive » formulée dans le référentiel de formation des stages en gynécologie-obstétrique (Vierset, De Ketele, Foidart & Nisolle, 2010). L'ensemble du processus mis en place est fondé sur l'acquisition progressive de cette compétence globalisante interpellant les stagiaires à chaque niveau de formation, et pour chaque compétence à acquérir sur le parcours clinique afin que cette posture réflexive s'incarne peu à peu.

33 A l'instar de Perrenoud (2009), nous insistons sur les démarches de résolution de problèmes à transférer lors des situations problématiques rencontrées en stage, car les situations complexes singulières et appellent une démarche de résolution de problème plutôt que l'application d'un répertoire de recettes. Simultanément, une pratique réflexive conscientisant l'étudiant sur les points acquis – versus non acquis – et les remédiations potentielles le préparent précocement à sa future profession. Les accompagnateurs pourraient inviter les apprenants à s'engager dans une pratique réflexive aux moments clefs de leur travail. Ils peuvent se poser des questions, y répondre, trouver des solutions personnelles, les comparer, soit aux réponses d'un expert, soit aux réponses des autres stagiaires et formuler les capacités acquises – versus à acquérir – par ce travail. La conscientisation à l'acquisition – versus à la non acquisition – des apprentissages permet aux étudiants de connaître leur niveau d'adéquation à la tâche professionnelle tout en gagnant en autonomie d'apprentissage. Dans le cadre de l'évaluation d'un stage clinique, les questions à se poser sont les suivantes : le stagiaire s'est-il exercé à exprimer et à ajuster ses connaissances après le feedback qui lui a été communiqué ? S'est-il exercé à se questionner et à se positionner ? S'est-il exercé à auto-évaluer un travail qu'il a réalisé ? A-t-il eu l'occasion de expliciter les compétences acquises et celles à acquérir ?

### 3.2.3. Critère d'apprentissage (A3) : généralisation, discrimination et carte conceptuelle

34 Le troisième critère concerne la généralisation et la discrimination des situations d'apprentissage. Jusqu'ici, l'exercice du transfert s'organise selon trois phases (Merieu & Develay, 1992) : la contextualisation (phase 1) d'un problème (exigeant l'analyse d'un cas sur terrain clinique) est suivie par une décontextualisation des apprentissages (phase 2) (concepts, principes, modèles, cartes conceptuelles et schémas généraux) où les étudiants doivent différencier (discriminer) les connaissances qui sont uniquement liées à ce cas et les distinguer des connaissances générales (généraliser) applicables à plusieurs cas cliniques pour être en mesure de recontextualiser à d'autres situations vécues (phase 3). Ces trois activités cognitives sont simultanées. Ce processus est facilité par la construction d'une carte conceptuelle qui, selon Jouquan, Romanus, Vierset, Jaffrelot et Parent (2013), constitue un outil efficace d'organisation des liens conceptuels : « 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 des liens inter-conceptuels en nommant explicitement la nature de ces relations (liens de causalité, d'identité, de condition, de corrélation, d'exclusion, etc.) » (p 265).

35 En privilégiant ainsi explicitement les stratégies cognitives d'organisation, de discrimination et de généralisation, en favorisant l'établissement de liens entre les nouvelles informations et les connaissances antérieures, les cartes conceptuelles représentent des outils de soutien très éclairants. Dans le cadre de l'évaluation d'un stage clinique, les questions à se poser sont : Le

stagiaire a-t-il été exercé à mettre en évidence les points communs et les points divergents aux différentes situations cliniques afin de les utiliser à bon escient ? S'est-il exercé à établir des liens entre les différentes disciplines ? S'est-il exercé à hiérarchiser les connaissances ? A-t-il construit des cartes conceptuelles ou des schémas décisionnels ?

36 Voyons à présent la posture d'accompagnement (face B) proposée par l'AECA. Frenay et Bédard (2004) proposent quatre postures d'accompagnement intimement liées entre elles. Le *coaching* (B1) consiste à observer les étudiants, à intervenir au niveau des feedbacks, au niveau de la régulation des apprentissages ; il représente un soutien global pour atteindre les compétences. Le *scaffolding* (B2) consiste à offrir un support explicite de façon ponctuelle, ciblée et par touches successives si cela s'avère nécessaire. Le *modeling* (B3) consiste à proposer notre manière de penser notre propre action tout en soutenant la modélisation des apprentissages de l'étudiant. Le *fading* (B4) consiste à graduellement laisser faire l'étudiant dans la gestion de l'action. Notons que ces quatre critères, repris dans le tableau 2, sont explicités à l'aide de situations concrètes vécues sur le terrain clinique.

### 3.2.4. Critère d'accompagnement (B1) : *coaching*

37 Le *coaching* correspond à un soutien cognitif, socio-cognitif et affectif-relational lors de l'exécution de tâches organisées. Plus particulièrement, il propose un soutien à l'émergence des compétences et de l'identité professionnelle. Le superviseur observe les actes ou les stratégies utilisées par l'étudiant pour les recadrer si nécessaire, par exemple, au terme d'une prise en charge d'un patient en consultation. Il se doit d'intervenir ponctuellement quand l'étudiant a besoin d'aide pour réguler ses apprentissages de manière adéquate. Ainsi, les étudiants peuvent percevoir leurs erreurs et éviter de développer des conceptions erronées à propos de leur futur métier et ne pas prendre des habitudes inopportunes à la gestion d'une situation clinique. Dans le cadre de l'évaluation d'un stage clinique, les questions à se poser sont les suivantes : le superviseur a-t-il procédé à une observation directe d'une prise en charge par le stagiaire ? A-t-il prévu un moment pour offrir un feedback constructif après cette observation ? A-t-il prévu une évaluation progressive des apprentissages ? A-t-il procuré à l'étudiant un soutien attentif concernant les tâches à accomplir et les notions qui s'y rattachent ? A-t-il donné des réponses complètes aux questionnements ? A-t-il utilisé le support d'évaluation explicite lors des feedbacks (ex. grille d'évaluation) ? A-t-il rappelé les compétences à atteindre ?

### 3.2.5. Critère d'accompagnement (B2) : *scaffolding*

38 Pour le *scaffolding*, étayage ponctuel des apprentissages, l'accompagnateur propose des *spots* d'intervention ayant pour but de soutenir l'apprentissage de l'étudiant lorsqu'il aborde un niveau de complexité croissante jusque-là encore totalement inconnu de lui. Cette manière de faire s'inspire du modèle de la zone proximale de développement de Vygotski (1934). Ce modèle prend en considération le seuil du développement des capacités de l'étudiant afin de lui communiquer des indices lui permettant de dépasser ce seuil et d'accéder à un autre niveau d'apprentissage. Tout comme le tuteur d'APP, le superviseur guide *a minima* l'étudiant dans la résolution de sa tâche en recherchant avec lui des stratégies et des pistes possibles tout en soutenant le processus de transfert des acquis antérieurs. Au moment opportun, il laisse l'étudiant réaliser le traitement des informations et le choix des recherches à faire. Au terme de différentes phases du travail, il identifie avec lui les apprentissages à développer. Selon Bédard et Frenay (2004), cet étayage « implique d'offrir un support minimum, qui est juste au niveau des habilités des étudiants, pour opérer au seuil supérieur de leur compétence » (p. 254). Ainsi, le rôle du superviseur est de soutenir la démarche de l'étudiant dans son processus d'apprentissage. La définition des niveaux de difficulté de la tâche à accomplir est souhaitable afin d'assurer un développement optimal des compétences à acquérir lors de la formation clinique. Dans le cadre de l'évaluation d'un stage clinique, les questions à se poser sont les suivantes : le superviseur a-t-il communiqué des indices – des échelons – sur la manière de traiter les informations reçues en les triant et en les organisant sans les avoir traitées lui-même auparavant ? A-t-il laissé le stagiaire construire de manière personnelle ses apprentissages en le laissant chercher ses propres solutions et en intervenant

comme appui explicite au moment opportun ? A-t-il proposé des tâches en adéquation avec le niveau d'apprentissage de l'étudiant ?

### 3.2.6. Critère d'accompagnement (B3) : modeling

39 L'apprentissage ne se construisant pas par osmose dans un milieu clinique, la verbalisation du raisonnement du superviseur pendant un acte clinique favorise la démarche réflexive du stagiaire. Ainsi, il rend accessible sa logique de traitement et la portée de ses actes. Cette verbalisation à voix haute est une aide pour le stagiaire qui peut avoir accès aux réflexions cognitives ainsi qu'à la modélisation cognitive du superviseur. La modélisation peut se faire grâce à la verbalisation de sa façon de procéder ou grâce à la schématisation des liens sémantiques qu'il organise lors de son action. La tâche de l'étudiant sera ainsi facilitée lors de ses propres verbalisations et schématisations des situations cliniques qu'il vivra dans son futur professionnel. Dans le cadre de l'évaluation d'un stage clinique, les questions à se poser sont les suivantes : le superviseur a-t-il exposé sa logique de raisonnement ou ses stratégies d'action en verbalisant la raison de ses actes ? A-t-il aidé l'étudiant à conceptualiser sa façon de faire ? A-t-il proposé des exercices tels que des constructions de cartes conceptuelles ?

### 3.2.7. Critère d'accompagnement (B4) : fading

40 Au fur et à mesure que le niveau de compétence du stagiaire augmente, les interventions du superviseur devraient diminuer (retrait graduel et progressif de la supervision). Cette stratégie de retrait favorise l'émergence d'une autonomie de pensée et d'action fortement attendue par le milieu professionnel. Si le compagnonnage des étudiants se révèle prioritaire, il peut aussi devenir encombrant quand le superviseur reste trop présent dans la tâche de l'étudiant qu'elle soit d'ordre cognitif, socio-cognitif ou affectif et relationnel. Le *fading* y fait notamment référence pour qu'un superviseur propose aux étudiants de réaliser une tâche complexe sous une supervision de plus en plus éloignée lui permettant d'atteindre des paliers d'apprentissage successifs. Il est important que le superviseur – et/ou l'interne – prenne conscience des moments où il ne doit plus accompagner, où il doit laisser les étudiants à eux-mêmes pour que ceux-ci aient l'occasion de se débrouiller seuls. L'esprit d'initiative, l'anticipation, l'autonomisation et la personnalisation de leurs démarches cognitives est à ce prix. Dans le cadre de l'évaluation d'un stage clinique, les questions à se poser sont les suivantes : lorsque le stagiaire a démontré l'acquisition de compétences, le superviseur lui donne-t-il l'occasion de les exploiter seul dans le cadre clinique ? Organise-t-il les apprentissages suivant une logique progressive (observation passive, participation active, exercice individuel sous supervision directe, exercice individuel sous supervision indirecte et, enfin, exercice individuel validé par la supervision afin de vérifier le contrôle de l'action) ? Le superviseur retire-t-il graduellement son soutien au stagiaire ?

## 4. Usage d'une grille de critères

41 Il est important de souligner que 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 car, comme le soulignent Jouquan et al. (2013) : « 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. [...] 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 » (p. 263).

42 Selon nous, une grille présente des pistes cohérentes toujours ouvertes à d'autres pistes qui peuvent émerger au cours d'un travail d'analyse d'un parcours de stage. La grille proposée ici sous forme de tableaux (tableaux 1 et 2) pourrait être approfondie, affinée, spécifiée, détaillée par les acteurs en présence, voire reconstruite en fonction de leur contexte de travail, des priorités, des contraintes et des forces déjà en œuvre dans leur système de formation. Elle peut,

soit servir d'élément catalyseur d'un projet de restructuration d'un parcours de stages (comme c'est le cas dans un dispositif installé en gynécologie-obstétrique), soit être utilisée par un responsable de département comme outil d'auto-évaluation et de régulation du fonctionnement pédagogique du dispositif de stages, soit servir d'auto-évaluation et de régulation pour les superviseurs qui accompagnent les apprentissages, ou encore comme outil à discuter avec les stagiaires. Cette grille n'est pas une prescription figée, c'est un cadre pour questionner le fonctionnement, les attitudes. La force d'un cadre est de communiquer aux acteurs des ancrages et des repères tout en activant simultanément le pouvoir d'en dépasser les limites et les usages prescrits. C'est un cadre à ajuster ou/et à dépasser si cela est nécessaire à la résolution d'un problème inédit.

## Conclusions

- 43 L'immersion de l'étudiant dans le cadre des stages cliniques est cruciale pour la formation des futurs médecins. Cette dernière donne l'occasion à l'étudiant de découvrir les pratiques professionnelles d'un monde qu'il ne connaît pas ou qu'il connaît encore mal et pour lequel il s'est construit ses propres représentations. A ce processus de socialisation professionnelle s'ajoute un processus de développement de compétences professionnelles identifiées comme indispensable à une pratique efficiente de la médecine. Les stages cliniques ayant comme objectif de développer les compétences professionnelles actualisées aux demandes de la société actuelle, ils représentent un enjeu majeur pour la formation des futurs médecins.
- 44 Cependant, une étude réalisée en 2001 à la Faculté de médecine de l'Université de Liège pointe des faiblesses dans le système des différents parcours cliniques. Les stages faisaient toujours face à des critiques notamment concernant leur organisation, leur suivi, leur évaluation, la formation pédagogique des accompagnateurs. En d'autres termes, la qualité pédagogique des stages était devenue un défi à relever pour l'institution. Ce constat amène à se demander quel dispositif mettre en place pour que les stages deviennent des lieux de transfert, depuis les apprentissages acquis *in vitro* (en faculté) jusqu'au lieu d'apprentissages à acquérir *in vivo* (en stages) tout en développant les compétences indispensables (capacités cognitives, socio-cognitives et affectives-relationnelles) à l'exercice de la profession médicale actualisée.
- 45 Nous abordons cette problématique sous l'angle du cadre conceptuel de l'AECA qui est fondé sur deux principes : l'authenticité des situations d'apprentissage et le compagnonnage cognitif. Ce cadre conceptuel pédagogique propose des conditions facilitatrices de l'accompagnement et de l'apprentissage à mettre en place dans un contexte signifiant. Des exemples de questionnements relatifs au contexte de formation clinique en gynécologie-obstétrique ont été formulés et présentés sous la forme d'une grille d'analyse. Les critères la composant permettront d'identifier les failles et les forces d'une structure pédagogique accueillant les stagiaires tout en permettant de (re)penser des pistes de restructuration adéquates aux apprentissages et à l'accompagnement sur un terrain de stages. Ainsi, nous postulons que l'AECA, décliné en une série de critères, permet de prendre du recul pour susciter des questionnements interpellant un contexte de formation clinique à propos de ses pratiques de formation et de ses postures pédagogiques se révélant *in situ*.
- 46 Partant de cette analyse, plusieurs défis majeurs pourraient être soulevés. Le premier est de changer la représentation des acteurs du système au sujet des postures pédagogiques empruntées par l'un ou par l'autre tout en réduisant la distance socio-pédagogique tacitement pré-établie dans nos institutions francophones entre un superviseur qui sait et un stagiaire qui ne sait pas. Ces postures figées enferment l'un et l'autre dans une reproduction de rôles pas toujours adaptée à l'évolution de la société. Or, notre société actuelle, très diversifiée et très changeante, est en demande d'interactions sociales compréhensives, d'échanges réflexifs, de négociations et de prises de positions partagées multilatéralement lors des évaluations et des régulations d'un système en renouvellement permanent. Ainsi, le superviseur, pourrait adopter des attitudes de partage réflexif vis-à-vis du stagiaire qui, en retour, lui répondrait en adoptant une posture isomorphe. Le but étant, *in fine*, que, dans toutes les situations mêmes les plus imprévisibles ou/et les plus complexes, le stagiaire soit préparé précocement à savoir-agir,

- interagir, réagir et à savoir s'engager pour savoir-devenir un médecin qui accueille et qui soigne des patients venus d'horizons très divers (social, économique, affectif, intellectuel etc.).
- 47 Le deuxième défi, lié au premier, est d'autonomiser progressivement le stagiaire par rapport au domaine de connaissances qu'il privilégie personnellement, qu'il se questionne, qu'il fasse des recherches et, enfin, qu'il puisse prendre position vis-à-vis d'une situation clinique problématique et complexe. C'est en posant un choix personnel argumenté par des traces scientifiques récentes que le stagiaire pourra se distancier, si nécessaire, de l'avis de son accompagnateur, ancrer progressivement un savoir-agir dans un socle de compétences personnelles et définir petit à petit son identité professionnelle grâce à l'exercice d'une pratique réflexive quotidienne.
- 48 Le troisième défi est de développer la formation des superviseurs et des internes, accompagnateurs des apprentissages, au niveau institutionnel. Cette formation pourrait développer les principes de l'AECA pour les adapter à différents contextes cliniques afin que les acteurs du système aient l'occasion d'approfondir les notions de pédagogie active introduite sur le parcours clinique. Il serait fructueux et enrichissant qu'ils questionnent eux-mêmes leurs pratiques d'accompagnement en regard de concepts pédagogiques tels que ceux présentés dans les tableaux 1 et 2. Quant à nous, nous l'utiliserons comme guide pour restructurer le parcours des stages cliniques en gynécologie-obstétrique. Celui-ci prendra la forme d'un dispositif destiné à renforcer l'engagement du stagiaire dans ses actions d'apprentissage en lui donnant l'occasion de (re)construire à sa façon les ressources indispensables à la profession et à la dynamique du processus de transfert toujours réactivée dans les situations professionnelles qui se présenteront à lui.

---

### **Bibliographie**

- 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. Bertrand, Y. (1993). *Théories contemporaines de l'éducation*. Lyon : Chronique Sociale.
- Boniver, J. (2004). Une réforme fondamentale pour les études en médecine de l'Université de Liège. *Revue médicale de Liège*, 59, 717-730.
- Dolmans, D.H.J.M., De Grave, W.S., Wolfhagen, I.H.A.P. & Van Der Vleuten, C.P.M. (2005). Problem-based learning: Future challenges for educational practice and research. *Medical Education*, 39, 732-41.
- 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. 241-268. Dans A. Presseau & M. Frenay (dir.), *Le transfert des apprentissages*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Guillemette, Fr. (2006). *L'engagement des enseignants du primaire et du secondaire dans leur développement professionnel*. (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec Trois-Rivières (UQTR) en association avec l'Université du Québec à Montréal (UdeM).
- Herrington, J., Oliver, R. & Reeves, Th. (2003). Patterns of engagement in authentic online learning environments. *Australian Journal of Educational Technology*, 19, 59-71.
- Jouquan, J., Romanus, Ch., Vierset, V., Jaffrelot, M. & Parent, F. (2013). Promouvoir les pédagogies actives comme soutien à la pratique réflexive et à l'apprentissage en profondeur, 245-283. Dans F. Parent & J. Jouquan (dir.), *Penser la formation des professionnels de la santé*. Bruxelles: De Boeck.
- King, A. (1997). A model of transactive peer tutoring for scaffolding higher level complex learning. *Educational psychologist*. Routledge, 32, 221-235.
- Lafortune, L. (2002). Une pratique réflexive pour accompagner l'évaluation. *Québec français*, 127, 71-73.
- Le Boterf, G. (2007). *Professionaliser*. Paris : Éditions d'Organisation.
- Malaise, M. & Seutin, V. (2001). *Rapport sur l'enquête pédagogique concernant les stages obligatoires du 3<sup>e</sup> doctorat*. Faculté de médecine, Université de Liège, Liège, Belgique.
- Merieu, Ph. & Develay, M. (1992). *Emile, Reviens vite....Ils sont devenus fous*. Paris : ESF.

- Nendaz, M., Charlin, B., Leblanc, V. & Bordage, G. (2005). Le raisonnement clinique : données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. *Pédagogie médicale*, 6, 235-254.
- Paul, M. (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Paris : L'Harmattan.
- Perrenoud, P. (2009). *Le désir de ne pas savoir. Innovations pédagogiques dans les pratiques réflexives*. Conférence donnée à l'IFRES. Université de Liège, Belgique.
- Peters, S. (2012). *Transfert des acquis de formation : Modélisation de l'impact de variables liées à l'apprenant, au design pédagogique et à l'environnement de travail* (Thèse de doctorat inédite). Université de Liège, Belgique.
- Poumay, M. (2006). *Former des accompagnateurs du développement instructionnel d'enseignants du supérieur* (Thèse de doctorat inédite). Université de Liège, Belgique.
- Saroyan, A. & Frenay, M. (2010). *Building teaching capacities in higher education: A comprehensive international model*. Sterling, IL : Stylus Publishing.
- Tardif, J. (1998). *Intégrer les nouvelles technologies de l'information. Quel cadre pédagogique ?* Paris : ESF.
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences*. Montréal : Chenelière Education.
- Vanpée, D., Frenay, M., Godin, V. & Bédard, D. (2010). Ce que la perspective de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques peut apporter pour optimaliser la qualité pédagogique des stages d'externat. *Pédagogie Médicale*, 10, 253-266.
- Vierset, V. (2005). *Sensibilisation à une autre pédagogie*. Marrakech : Presses Universitaires de l'Université Cadi Ayyad (UCAM).
- Vierset, V., Lahaye, W. & Foidart, J-M. (accepté). L'apprentissage par problème envisagé comme terrain d'exercice à la pratique réflexive. *Pédagogie médicale*.
- Vierset, V., De Ketele, J-M., Foidart, J-M. & Nisolle, M. (2010). *Guide d'Apprentissage et d'Accompagnement, GAA*. Liège : Université de Liège.
- Vygotski, L. (1934). *Pensées et langage*. Paris : La Dispute.

### ***Pour citer cet article***

#### Référence électronique

Viviane Vierset, Mariane Frenay et Denis Bédard, « Quels critères utiliser pour questionner la qualité pédagogique des stages cliniques ? », *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur* [En ligne], 31-2 | 2015, mis en ligne le 01 juillet 2015, consulté le 15 juillet 2015. URL : <http://ripes.revues.org/976>

### ***À propos des auteurs***

#### **Viviane Vierset**

Université de Liège, Liège, Belgique  
viviane.vierset@student.ulg.ac.be

#### **Mariane Frenay**

Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique  
mariane.frenay@uclouvain.be

#### **Denis Bédard**

Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada  
denis.bedard@usherbrooke.ca

### ***Droits d'auteur***

Article L.111-1 du Code de la propriété intellectuelle.

## ***Résumés***

L'objectif de cet article est de proposer des pistes d'analyse de la qualité pédagogique des stages de formation clinique en médecine. Le cadre conceptuel d'apprentissage et d'enseignement contextualisé authentique (AECA) représente la principale ressource théorique (Bédard, Frenay, Turgeon & Paquay, 2000 ; Frenay & Bédard, 2004) de ce travail. Celui-ci est fondé sur deux principes pédagogiques fondamentaux intimement liés : l'authenticité du contexte d'apprentissage et le compagnonnage cognitif. Chaque principe présente des conditions destinées à améliorer la qualité d'enseignement et d'apprentissage d'un dispositif pédagogique comme peut l'être un parcours de stages cliniques.

Une traduction des principes de l'AECA en critères d'analyse de la qualité pédagogique des stages est fondée sur le postulat que leur identification faciliterait la construction d'un diagnostic pédagogique du terrain clinique envisagé. Il servirait d'outil pour qui s'intéresse au questionnement de la qualité pédagogique des stages cliniques.

The objective of this article is to propose some tracks to analyze the pedagogical quality of training in medicine. The conceptual framework of "Authentic Situated Learning and Teaching" (AECA) constitutes the main theoretical background (Bédard, Frenay, Turgeon & Paquay, 2000; Frenay & Bédard, 2004) from which this work has been realized. It is based on two fundamental pedagogical principles that are intertwined: authenticity of the learning environment and cognitive apprenticeship. Associated with each principle are conditions that aim at improving the quality of teaching and learning in any pedagogical environment, such as a cursus of clinical trainings.

Based on the conceptual framework of AECA, we identified quality criteria to evaluate the clinical field considered. Thus, translated in a series of questions, the AECA framework allows taking a step back to raise questions challenging the context of clinical trainings, particularly about its practices and pedagogical postures revealed in situ. The list of questions is a preliminary exploration project (re)structuring clinical placements.

## ***Entrées d'index***

***Index de mots-clés*** : compagnonnage cognitif, contextualisation des apprentissages, critères de questionnements, stages cliniques