

**Émergence de postures d'accompagnement et  
d'apprentissage réflexifs.  
Effets d'un dispositif professionnalisant inscrit sur le  
parcours de stages des étudiants en médecine**

---



**Émergence de postures d'accompagnement et  
d'apprentissage réflexifs.  
Effets d'un dispositif professionnalisant inscrit sur le  
parcours de stages des étudiants en médecine**

---

**Viviane Marie Vierset**

**Promoteur(trice)s**

Daniel Faulx (ULg)  
Mariane Frenay (UCL)

Thèse présentée en vue de  
l'obtention du titre de Docteur  
en sciences psychologiques  
et de l'éducation

**Comité d'encadrement**

François Guillemette (UQTR)  
Denis Bédard (UdeS)  
Didier Giet (ULg)

Université de Liège- Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation  
(FAPSE), octobre2015

**Président du jury**

Didier Giet – Faculté de médecine – Université de Liège (ULg)

**Secrétaire du jury**

Daniel Faulx – Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation – Université de Liège (ULg)

**Promoteur(trice)s**

Daniel Faulx – Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation – Université de Liège (ULg)

Mariane Frenay – Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation – Université Catholique de Louvain (UCL)

**Comité d'encadrement et membres du jury**

François Guillemette – Faculté des sciences de l'éducation – Université du Québec Trois-Rivières (UQTR)

Denis Bédard – Faculté des sciences de l'éducation – Université de Sherbrooke (UdeS)

Didier Giet – Faculté de médecine – Université de Liège (ULg)

**Membre extérieur du jury**

Dominique Vanpée – Faculté de médecine – Université catholique de Louvain (UCL)



Université  
de Liège



**Faculté de médecine.** Faculté de

médecine de Liège installée au Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Des *Crédits pédagogiques* ont été octroyés par la faculté de médecine pour réaliser ce projet en permettant l'obtention du matériel pédagogique nécessaire.

UNIVERSITE DE LIEGE



DEPARTEMENT DE  
GYNECOLOGIE  
OBSTETRIQUE

**CHR CITADELLE.** Les recherches ont été organisées sur le site expérimental du CHRCitadelle de Liège, au département de Gynécologie-Obstétrique (G-O).



LA LIBERTÉ DE CHERCHER

**FNRS – FRFC.** Ce projet de recherche a été financé partiellement par le Fonds de la Recherche Fondamentale et Collective, fonds associé au Fonds National de la Recherche Scientifique.



## Remerciements aux accompagnateur (trice)\*s

---

« Accompagner l'autre c'est faire un bout de chemin avec lui vers quelque chose, ce bout de chemin se construit en marchant et ce quelque chose s'invente en se faisant. »

Beauvais, M. (2004). Des principes éthiques pour une philosophie de l'accompagnement. *Savoirs*, 6 (3), 104.

« Rien ne se manifeste immédiatement, il y a toujours un travail préparatoire souterrain dont on ne s'aperçoit pas ; c'est le vrai travail. »

Bernard, Cl. (écrits entre 1858-1877). *Principe de médecine expérimentale*. Paris : PUF.

Comment dire merci à ceux qui m'ont ouvert la porte de leur bureau entre deux cours, défier des milliers de kilomètres grâce au technomagique *Skype*, organisé un agenda plus que trop chargé pour m'accueillir, partagé le goût de l'humilité et de la reconnaissance de l'autre tel qu'il est, si complexe et pourtant si simple.

Il *suffit de* ... De quoi? De chercher les traces qui marquent un autre monde que celles qui délimitent un tout petit monde bien à soi, tout à soi, rien qu'à soi. C'est chose rare !!! A force de s'accommoder de normes prescrites, on oublie d'oser déjouer celles qui deviennent trop lourdes à assumer, on tente l'enfermement des tribulations de ce à quoi nous n'échapperons pas ; le changement. Merci d'avoir été au-delà du cadre avec moi tout en me montrant où le consolider.

Mariane, François, Daniel, Denis et Didier, les mots se pleuvent lorsque je parle de vous qui, à force de *coaching*, de *scaffolding*, de *fading* et de *modeling*, m'avez accompagné sur des bouts de chemins, retenant un souffle d'exaspération par endroit, travaillant avec un plaisir conjugué à d'autres, toujours sans fracas, avec soin et bienveillance. Merci aussi à Dominique qui en acceptant d'être membre de ce jury manifeste son enthousiasme pour un changement à l'affût d'authenticité.

Merci à toutes les constellations doctorales : à Isabelle au réveil d'un moteur à l'arrêt, à Virginie & Annie, dames de cœurs et d'âmes lectrices, à Cécile pour ses corrections affûtées, à Leslie pour son sauvetage de mise en page, à Raphaël à l'écoute de mes tournants émotifs, à Hervé, Séverine,

## Remerciements aux accompagnateur (trice)\*s

---

Gilles, Medhi, amis de loin en loin et pourtant toujours présents, à Ma & Pa qui cherchent leur *la* sur terre comme au ciel, aux mélodies harmonieuses de Gé & comparses chanteuses, aux exercices d'auto-régulation du mouvement avec Véronique, Ricardo & comparses danseur(seuse)s, sans oublier tabou & totem qui en vigueur, stupeur et douceur incarnés résumant la pensée d'une femme libre sous un voile.

Merci à tous et toutes de chercher *au-delà*, dans les souterrains des évidences.







« Le danseur extrait la part silencieuse de la vie quotidienne, l'événement dynamique à l'œuvre dans toutes les productions de la pensée en mots. Il en est le gardien-laboureur, il cultive ce seuil. Il rompt ainsi avec le rythme du mouvement quotidien dans la conscience profonde de ce mouvement même. [...] Ce pays que découvre le danseur n'est donc pas à proprement parler le lieu d'un pur voyage intérieur puisque cet intérieur se modifie en fonction d'un extérieur. [...] On ne peut plus dès lors concevoir le travail du danseur comme un effort d'ajustement à un schéma corporel pré-établi. [...] Le corps du danseur est mû par des pré-mouvements le plus souvent inconscients, par ce fond postural chargé de messages aussi importants que les mouvements intentionnels. »

Launay, I. (1996). *A la recherche d'une danse moderne. Rudolf Laban et Mary Wigman*. Paris : Chiron.



Introduction .....	19
Section I. Cadre théorique.....	33
Introduction des trois chapitres .....	35
<b>Chapitre 1. Le transfert et la pratique réflexive envisagés comme pierre angulaire d'une approche pédagogique professionnalisante</b>	
1. Approche Par Compétences (APC) et professionnalisation .....	41
2. Le transfert : « ce qui échappe aux modèles » (Meirieu & Develay, 1996) .....	46
2.1 Définitions .....	48
2.2 Différences et similarités entre les situations d'apprentissage .....	56
3. Exercice du transfert : un cycle en trois temps .....	60
4. Exercice de la pratique réflexive : un cycle en quatre temps ? ....	63
4.1 Devenir praticien réflexif ? .....	67
4.2 Modèle de pratique réflexive de Schön .....	69
4.3 Modèle de l'apprentissage expérientiel de Kolb .....	72
4.4 Apports de l'entretien d'explicitation de Vermersch. 74	
4.5 Pratique réflexive et transfert : quel lien ? .....	77
5. La pratique réflexive pour une formation aux compétences professionnelles .....	82
<b>Chapitre 2. La posture réflexive inscrite dans la relation d'accompagnement</b>	
1. Relation d'accompagnement .....	94
1.1 Relation d'accompagnement : définitions .....	94
1.2 Relation d'accompagnement : caractéristiques.....	100
1.3 Vers une relation d'accompagnement : grilles d'auto-évaluation pour le formateur .....	101
2. Relation d'accompagnement/apprentissage réflexifs.....	102
2.1 Accompagnement réflexif .....	108
2.2 Apprentissage réflexif .....	111
2.3 « Savoir-pouvoir » (Kaës, Anzieu & Thomas, 1975 ; Lesne, 1977) .....	112

2.4	Notion de partenariat .....	117
2.5	Pour un contrat réflexif .....	120
2.6	Vers une posture réflexive : « une question d'attitudes » (Pelpel, 2001) .....	124
3.	Des supports d'apprentissage/accompagnement réflexifs : <i>log book</i> et/ou <i>portfolio</i> .....	130

### **Chapitre 3. Ancrer la pratique réflexive dans le quotidien d'un stage clinique**

1.	Un moment de formation nommé <i>stage</i> .....	143
1.1	Stage : espace-temps à délimiter et/ou zone intermédiaire à créer ? .....	143
1.2	« Contraintes en jeu dans un stage » (Pelpel, 2001)..	153
1.3	Conditions à installer pour soutenir la formation par l'expérience .....	158
2.	Dans le quotidien d'un stage clinique en formation médicale ...	165
2.1	Problématique envisagée sous l'angle de l'Approche Par Compétences (APC) .....	165
2.2	Critères d'analyse de la qualité pédagogique d'un dispositif professionnalisant .....	168
	Conclusion des trois chapitres de la section I. ....	171

## **Section II. Le dispositif réflexif implanté sur un parcours de stages cliniques** .....

173

Introduction des deux chapitres .....

175

### **Chapitre 1. Quels critères utiliser pour questionner la qualité pédagogique des stages cliniques ?**

1.	Introduction .....	178
2.	Contexte de la formation clinique en troisième master à l'ULg..	181
3.	Cadre conceptuel de l'AECA .....	183
4.	Questionner la qualité pédagogique d'un stage clinique .....	186

4.1 Critères pour questionner la contextualisation des apprentissages .....	186
4.2 Critères pour questionner le compagnonnage cognitif .....	195
5. Usage d'une grille de critères .....	207
6. Conclusion .....	208

### **Chapitre 2. De la nécessaire articulation entre la formation théorique et la formation pratique. Présentation d'un dispositif professionnalisant construit sur un parcours de stages cliniques**

1. Introduction.....	212
2. La pratique réflexive comme socle du dispositif .....	215
3. Phases préliminaires au projet d'implantation du dispositif .....	218
3.1 Élaboration d'un référentiel de compétences nécessaires à la profession .....	218
3.2 Analyse des besoins des acteurs du terrain clinique .....	220
4. Implantation du dispositif réflexif .....	224
4.1 Formulation de livrets pédagogiques destinés aux stagiaires .....	225
4.2 Organisation d'Ateliers de Communication Clinique (ACC) et de Pratique Réflexive (APR) .....	225
4.3 Création d'un support d'apprentissage/accompagnement réflexifs .....	227
4.4 Organisation d'un processus d'auto-évaluations/auto-régulations.....	228
4.5 Accompagnement des accompagnateurs .....	229
4.6 Planification des postes de travail.....	231
4.7 Utilisation du référentiel de compétences .....	233
5. Vérification de l'installation du dispositif .....	233
6. Conclusion ! .....	237

Conclusion des deux chapitres de la section II..... 241

Section III. Recherches empiriques .....

243

Introduction des trois recherches ..... 245

**Chapitre 1. Un dispositif de contextualisation et d'accompagnement des apprentissages sur un site de stages cliniques. Qu'en disent les stagiaires ?**

1. Introduction..... 250  
2. Dispositif implanté sur un parcours de stages cliniques ..... 253  
3. Méthodologie mixte ..... 257  
    3.1 Étude 1. Approche quantitative fondée sur un questionnaire standardisé ..... 258  
    3.2 Étude 2. Approche qualitative par la Méthode d'Analyse en Groupe (MAG) ..... 265  
4. Discussion des résultats de recherche (étude 1 et étude 2) ..... 272  
5. Conclusion ..... 275  
6. Annexes ..... 279

**Chapitre 2. Vers un modèle d'accompagnement réflexif. Itinéraire d'une recherche par Méthodologie de la Théorisation Enracinée (MTE) sur un parcours de stages cliniques**

1. Introduction..... 300  
2. Objectif de recherche ..... 303  
3. Fondements de la Méthodologie de la Théorisation Enracinée (MTE) ..... 304  
4. « Principes de la MTE » (Guillemette, 2006b) ..... 308  
5. Itinéraire de recherche par MTE et modélisation ..... 310  
    5.1 Collecte des données A et B ..... 312  
    5.2 Analyse des données A et B ..... 313  
    5.3 Collecte des données C et D ..... 315  
    5.4. Analyse des données A, B, C et D ..... 315  
    5.5 Comparaison de la catégorie émergente aux théories pré-existantes ..... 319  
    5.6 Modélisation d'une théorie émergente enracinée.. 323  
    5.7 Retour vers les acteurs..... 329  
6. Discussion des résultats..... 329  
7. Conclusion ..... 331



**Chapitre 3. Vers un modèle d'apprentissage réflexif. Recueil de traces d'apprentissage formulées dans les *log books* des stagiaires en médecine**

1. Introduction.....	334
2. Problématique .....	336
3. Objectifs de recherche .....	337
4. Analyse des traces formulées dans les <i>log books</i> des stagiaires	338
4.1 Émergence d'une première catégorie : « Acteurs inscrits dans une situation clinique » .....	340
4.2 Émergence d'une deuxième catégorie : « Posture réflexive » .....	343
4.3 Sélection de la catégorie centrale : « Posture réflexive » .....	346
5. Modélisation de la posture réflexive adoptée par les stagiaires	352
6. Discussion des résultats.....	358
7. Conclusion .....	366
 Annexes .....	 369
 Conclusion des trois chapitres de la section III. ....	 377

**Section IV. Discussion générale..... 379**

1. Questions de recherche .....	384
2. Synthèse des résultats des trois recherches .....	385
3. Effets du dispositif sur l'émergence de l'apprentissage et de l'accompagnement réflexifs .....	391
4. Limites et perspectives pour de futures recherches .....	408
5. Implications pratiques .....	410
6. Bilan d'expérience .....	418
 Conclusion .....	 421
Références bibliographiques .....	427
Signification des acronymes.....	463



# Introduction



Les apprentissages ont-ils du sens s'ils ne sont pas mobilisés pour résoudre des problèmes, pour créer des projets, pour s'engager dans une controverse entre amis, pour organiser un voyage, pour gérer l'éducation de nos enfants ou pour gérer une situation clinique ? Or, lorsque les étudiants en médecine, après avoir ingurgité de nombreuses connaissances théoriques pendant plusieurs années, découvrent la réalité du terrain clinique, la plupart d'entre eux se trouvent désorientés et ne savent quoi faire sur ces lieux cliniques aux pratiques inconnues d'eux. Alors, du terrain clinique, les stagiaires tentent la débrouillardise pour intégrer les multiples dimensions tout en se prêtant au jeu de leur propre instrumentalisation et en répondant vaillamment aux attentes et aux besoins de leurs superviseurs. Ces derniers, bien trop souvent, ne savent pas très bien quoi faire de ces stagiaires sinon reproduire ce qu'ils ont vécu eux-mêmes durant leur propre stage, accompli parfois il y a plus de 20 ou 30 ans.

D'après les stagiaires, lorsqu'ils se trouvent face à un cas complexe au poste de *Medicine Intensive Care* (MIC) ou encore face à un patient en détresse (deuil, annonce d'une mauvaise nouvelle, déni de grossesse, etc.) ou lorsqu'un couple de musulmans exige une gynécologue de sexe féminin aux urgences, ou tout simplement face à des questions médicales élémentaires (p. ex., pourquoi une femme enceinte perd conscience au début de sa grossesse ? Pourquoi vomit-elle ? Etc.), ils se sentent désorientés sinon désabusés. Ainsi ont-ils « l'impression que les cours n'ont servi à rien et qu'ils n'ont rien appris pendant les années passées sur les bancs de la faculté. » Ils ne peuvent qu'évoquer des savoirs détachés de cette réalité clinique complexe dans laquelle ils sont plongés. Par ailleurs, des superviseurs nous disent : « Les stagiaires ne savent plus réfléchir ! Ils me donnent des réponses toutes faites ! On dirait qu'ils ont tout oublié de mon cours ! On dirait qu'ils ont tiré un trait sur ce qu'on leur a enseigné... » La question se pose alors de savoir comment (r)attacher les savoirs acquis *in vitro* (en laboratoire facultaire) aux situations vécues *in vivo* (en réalité clinique) et les (r)aviver en les mobilisant efficacement dans un contexte clinique. À partir du moment où ce processus de transfert d'apprentissages se réalise pour permettre aux acquis d'être actionnables, Vergnaud (1995) parle de *connaissances en actes*. Le Moigne (1998) parle de *connaissances actionnables*. Le Boterf (2001) parle de *l'agir avec compétence*.

Lors de la prise en charge d'une situation clinique, l'intégration des apprentissages à mobiliser, à assembler, à trier, à généraliser, à distinguer, à conceptualiser, à identifier en tant que ressources internes (déjà acquises) ou externes (à acquérir) par l'apprenant est incontournable pour prétendre progressivement à un agir professionnel efficace qui s'ajusterait aux inconnues de la société en train de naître et de (re)naître de plus en plus rapidement. Cet apprentissage du transfert intimement lié à l'apprentissage de la pratique réflexive et au développement des compétences professionnelles n'allant pas de soi, il est urgent d'exercer précocement les étudiants à cet exercice sans attendre qu'ils se retrouvent diplômés et seuls dans leur cabinet de consultation face à des situations (cognitives, sociales et affectives-relationnelles)<sup>1</sup> de plus en plus complexes. Car, si la médecine d'hier n'est plus celle d'aujourd'hui, si les besoins de la société ne sont plus ceux d'hier, alors il devient primordial d'envisager la formation clinique des médecins en tant que réponse aux attentes des acteurs (patients, médecins, infirmières, etc.) de la société de demain.

Par quel bout aborder cette problématique de transfert et de mobilisation des acquis lors des stages cliniques? Envisager de travailler avec les accompagnateurs (formateur, superviseur, interne, etc.) des apprentissages des stagiaires constitue une première approche. Préparer les étudiants à donner du sens à leurs apprentissages, les préparer à prendre conscience de ce qu'ils ont acquis pour savoir-agir-réagir tout en identifiant ce qui leur manque pour gérer une situation clinique dans sa globalité, constitue la deuxième approche. C'est au lieu de rencontre entre ces acteurs que nous situons ce projet de construction d'un dispositif réflexif. Les questions que nous nous sommes posées à ce propos ont été très nombreuses : quels rôles pourraient adopter les accompagnateurs ? Quels rôles pourraient adopter les stagiaires ? Quels rôles devraient-ils assumer les uns vis-à-vis des autres pour développer un sentiment d'accomplissement lors de la réalisation d'une tâche dans laquelle ils sont engagés ensemble, l'un accompagnant l'autre sur son parcours clinique ? Comment soutenir l'apprentissage des compétences professionnelles en abordant une expérience inattendue voire singulière ou délicate du point de vue des stagiaires ? Comment les outiller pour qu'ils

---

<sup>1</sup> Poliakow (2003) organise des liens entre les dimensions cognitives, sociales et affectives interférant lors de l'apprentissage.

puissent appréhender les changements auxquels ils devront faire face dans leur futur professionnel ? Comment soutenir l'acquisition précoce d'un sentiment d'auto-efficacité personnelle chez les stagiaires ? Comment soutenir leurs auto-régulations lors de leurs recherches visant à proposer des solutions ? Comment les impliquer et les responsabiliser vis-à-vis d'un travail réalisé en commun ? Comment favoriser l'engagement des acteurs du terrain (accompagnateurs et stagiaires) dans la relation pédagogique qui s'installe ? Etc. Toutes ces questions constituent l'élément déclencheur de la mise en place d'un dispositif réflexif en formation clinique. Celui-ci a pris forme afin de trouver, avec les acteurs du terrain, des réponses à quelques-unes de ces questions.

La finalité de ce dispositif est de faciliter l'ancrage d'une posture réflexive dans l'*habitus*<sup>2</sup> professionnel des étudiants en médecine ainsi que dans l'*habitus* des accompagnateurs. Cette posture réflexive engage les acteurs de la relation pédagogique sur le chemin d'un agir autonome à partir duquel s'organiseront leurs attitudes, leurs choix, leurs engagements ainsi que leurs décisions thérapeutiques à prendre dans les situations nouvelles *hic et nunc*. Les notions de pratique réflexive et de transfert des apprentissages liées aux notions de développement des compétences professionnelles constituent le fil d'Ariane de ce travail avec les notions d'apprentissage/accompagnement réflexifs qui s'y associent lors des vécus de situations d'apprentissages contextualisées.

Dans cette introduction, en premier lieu, nous présentons le contexte des études à la faculté de médecine de Liège et le fonctionnement du département de Gynécologie-Obstétrique (G-O) où ce dispositif réflexif a été implanté. En deuxième lieu, nous résumons les quatre sections qui constituent cette thèse.

À l'université de Liège, la formation clinique des stagiaires de 3<sup>e</sup> master représente une immersion clinique d'au moins dix mois de stages par an. Cette troisième année de 2<sup>e</sup> cycle exige une organisation urgente car elle

---

<sup>2</sup> *Habitus* : Terme proposé par Bourdieu (1980) pour définir un ensemble organisé d'opérations et de mouvement mentaux qui constitue une façon d'appréhender et d'interpréter le monde d'une manière qui est propre à chaque individu (cf. schèmes mentaux de Piaget (1966).

correspond à une immersion complète de l'étudiant dans plusieurs cadres cliniques de différentes disciplines médicales (G-O, cardiologie, pédiatrie, médecine interne, etc.) ainsi qu'à une période de mise à distance (physique et mentale) vis-à-vis de la faculté durant toute une année mis à part deux jours par mois de cours qui y sont organisés. Les autres années de formation clinique concernant les 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> masters (période de sensibilisation clinique) ainsi que l'année de 4<sup>e</sup> master (stagiaires aguerris par plusieurs mois de stage avec préparation pour le concours d'admission au master complémentaire) ne sont pas évoquées dans ce cadre. Notre intervention psycho-pédagogique développée dans cette thèse se focalise sur le parcours clinique des stagiaires de 3<sup>e</sup> master en G-O, c'est-à-dire des étudiants âgés de 24-25 ans, en fin de cursus de médecine de base (figure 1).

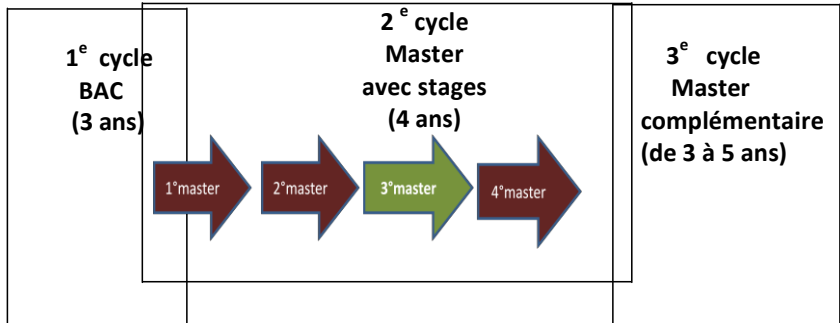


Figure 1. Cursus des études médicales à l'université de Liège jusqu'en 2014-2015

Au département de G-O, durant l'année académique 2008-2009, un dispositif pédagogique réflexif (Vierset, Frenay, Bédard & Giet, sous presse) est mis en place sur le parcours des stages cliniques de G-O pour accompagner les apprentissages des stagiaires tout au long de leur parcours clinique de G-O. L'élément catalyseur de ce projet de dispositif est concrétisé sous la forme d'une demande d'intervention qui nous a été formulée au sujet des stages par le directeur du département de G-O à cette époque, le professeur Foidart, lui-même superviseur de stage en questionnement vis-à-vis de l'apprentissage des étudiants. En tant qu'intervenante, nous avons installé ce dispositif réflexif



professionnalisant. Plusieurs phases ont été implantées progressivement. Ce travail de thèse présente la première de ces phases c'est-à-dire le processus organisé avec les stagiaires de 3<sup>e</sup> master lors de leur immersion d'un mois par an au sein du département. Cet espace-temps étant une zone de passage privilégiée, il nécessitait une organisation pédagogique appropriée au potentiel d'apprentissages à transférer. L'année d'implantation du dispositif, le département de G-O était constitué de quatre services de G-O. Ceux-ci accueillent à eux tous une centaine de stagiaires par année. L'opérationnalisation des modalités du dispositif est effective au début de cette année-là sur un des quatre sites cliniques du département G-O ; le site du CHRCitadelle (Centre Hospitalier Régional de Liège), site expérimental de ce projet.

Trois raisons ont déterminé le choix de ce site expérimental. La première correspond au nombre élevé, plus de dix stagiaires à former, à accompagner et à encadrer sur ce lieu de stage dont six-sept de 3<sup>e</sup> master. La deuxième raison, très liée à la première, est la demande du responsable de département G-O de coordonner la formation clinique des stagiaires sur ce site CHRCitadelle qui, vu sa grande envergure (p. ex.  $\pm$  2 500 accouchements par an sur ce site et  $\pm$  1 000 par an sur l'ensemble des autres sites) éprouve des difficultés à gérer ce travail d'encadrement, d'accompagnement et d'évaluation. Et, enfin, la troisième raison est liée au fait que le site d'expérimentation représente jusqu'ici le pôle centralisateur de la formation clinique G-O de la faculté de médecine de Liège. L'examen de G-O y est organisé en fin de stage ainsi que les tours de salle didactiques. Les autres sites du département G-O bénéficiant, dans la plupart des cas, d'un interne qui peut accueillir et accompagner un seul stagiaire ne demandent pas, de *prime abord*, une (re)structuration pédagogique car cet unique stagiaire accueilli sur ces sites a l'occasion d'accéder à tous les postes de travail du service tout en étant encadré par tous les membres de l'équipe de soins. Cela étant dit, afin d'homogénéiser la formation clinique et de ne pas défavoriser les stagiaires des autres sites, ceux-ci sont invités à participer à la plupart des modalités pédagogiques organisées sur le site CHRCitadelle tous les mardis.

Les six ou huit stagiaires de 3<sup>e</sup> master G-O évoluant sur ce site CHRCitadelle sont ainsi accompagnés, majoritairement et épisodiquement, par dix ou douze *internes* qui, eux-mêmes en apprentissage, sont accompagnés par les médecins G-O en fonction sur ce site. Dans le cadre organisationnel et

administratif du département de G-O, seul le chef de service assume la fonction, en terme contextuel, de *superviseur* ou de *maître de stage*. Ce dernier, ainsi que les médecins G-O en fonction, accompagnent les stagiaires quand cela leur est possible. Le service G-O de ce site engage chaque année douze *internes* de niveaux d'étude différents, de la première à la cinquième année de master complémentaire. Tous les stagiaires ont potentiellement l'occasion de travailler avec chacun d'eux au cours de leur mois de stage. Le fonctionnement des départements se fonde en grande partie sur leur participation active. Ceux-ci sont nommés *assistants*, *internes* ou *résidents*, suivant les pays de la francophonie. Ainsi, tout en poursuivant leur formation à la spécialisation G-O pendant cinq années, ils se trouvent être les intermédiaires privilégiés des stagiaires aux différents postes cliniques.

Ces *assistants*, *internes* ou *résidents* que nous nommerons dans ce cadre *internes* ont tacitement la charge d'accompagner les stagiaires lors de leurs observations, participations et/ou actions à différents postes de travail G-O (Bloc d'accouchement, Bloc opératoire, *Médecine Intensive Care (MIC)*, *Fécondation In Vitro (FIV)*, Urgences, Consultations ambulatoires, Salles d'hospitalisation, Echographie). Certains d'entre eux, à tour de rôle, devant assumer la responsabilité du poste des Urgences, d'autres étant en repos de *lendemain de garde*, en déplacement pour des colloques ou encore, en congé ou en formation, ils ne sont pas tous présents au CHRCitadelle au même moment. Grâce à un système de rotation des postes de travail organisé tant pour les accompagnateurs que pour les stagiaires, tous ces acteurs du terrain clinique ont l'occasion de se rencontrer, de travailler ensemble et d'inscrire des échanges réflexifs sur leur parcours. Ainsi le dispositif réflexif va s'attacher à valoriser la fonction d'accompagnement et d'apprentissage réflexifs au sein de la relation pédagogique qui s'engage au cours de cette période de stage.

Un stage étant un lieu de résurgence des savoirs acquis, de leur mobilisation, de leur organisation, de leur discrimination, il est aussi un lieu de leur articulation avec les nouveaux savoirs émergeant sur le terrain. En cela, le stage représente l'espace-temps idéal du transfert des acquis qui, par une pratique réflexive adéquate, permet une (re)construction des connaissances (socio-cognitives, cognitives et affectives-relationnelles) et l'identification des compétences professionnelles développées, *versus* à développer, par

l'apprenant. La pratique réflexive facilite la conscientisation de ce processus de transfert par l'apprenant. Ce processus est indispensable pour pouvoir répondre aux inconnues et aux sollicitations multi-diversifiées du terrain pratique. Toutefois, la pratique réflexive et l'apprentissage du transfert n'ayant pas été priorisés jusqu'il y a peu sur le terrain clinique, les stagiaires ne savent pas comment s'y prendre. Ils ont besoin d'être accompagnés dans cette démarche. Dans ce cadre du dispositif installé sur le parcours des stages cliniques des étudiants en médecine, sont proposées aux acteurs pédagogiques concernés, deux fonctions : une fonction d'*apprentissage réflexif* pour le stagiaire, et une fonction d'*accompagnement réflexif* pour le superviseur et/ou l'interne qui accompagne les apprentissages du stagiaire.

À travers ce travail d'écriture, nous souhaitons expliquer notre démarche d'analyse des besoins, notre démarche d'implantation du dispositif, expliquer les ressources théoriques dont nous avons eu besoin tout au long du chemin traversé et, enfin, proposer une identification des effets qu'a pu créer ce dispositif. En 2009-2010, nous proposons la première évaluation du dispositif. Deux autres recherches organisées respectivement en 2012-2013 et en 2013-2014 s'ajoutent à l'évaluation de ce dispositif destiné à faciliter le transfert et l'apprentissage/accompagnement réflexifs.

Cette thèse étend les travaux déjà réalisés sur les sujets concernant le transfert, la pratique réflexive et la relation d'accompagnement et d'apprentissage contextualisé authentique. Ces concepts sont abordés dans le cadre du dispositif réflexif. Les questions de recherche sont les suivantes :

(a) Le dispositif donne-t-il l'occasion aux stagiaires de vivre des situations d'apprentissages authentiques potentiellement formatrices sur le terrain clinique ? Et, les occasions d'apprentissage/accompagnement réflexifs proposées par le dispositif sont-elles perçues par les stagiaires (section III, chapitre 1) ?

(b) Quelles sont les postures d'accompagnement adoptées par les accompagnateurs agissant au sein du dispositif (section I, chapitre 2) ? Autrement dit, comment les internes conçoivent-ils leur fonction d'accompagnement des apprentissages des stagiaires (section III, chapitre 2) ?

(c) Quelles sont les postures d'apprentissage adoptées par les stagiaires ? Autrement dit, quelles sont les postures d'apprentissage identifiées dans les traces formulées par les stagiaires dans leur *log book*<sup>3</sup> (section III, chapitre 3) ?

Afin de présenter des réponses à ces questionnements, ce travail est divisé en quatre sections, elles-mêmes divisées en chapitres :

- section I. Cadre théorique ;
- section II. Dispositif réflexif implanté sur un parcours de stage clinique ;
- section III. Recherches empiriques ;
- section IV. Discussion générale.

Après avoir introduit les éléments théoriques mobilisés (section I) et avant de présenter le travail de recherche identifiant les effets du dispositif installé (section III), il est opportun de présenter le dispositif mis en place à l'intention des stagiaires en médecine (section II). La figure 2 ci-après présente une chronologie du travail d'implantation du dispositif professionnalisant dans lequel nous coordonnons l'intervention pédagogique ainsi que les recherches que nous avons réalisées. Voici un bref résumé des différentes sections de cette thèse :

La section I de ce travail présente le cadre théorique. Celui-ci propose les ressources théoriques auxquelles nous avons fait appel pour organiser, consolider et planifier ce dispositif sur le terrain. Cette section est constituée de trois chapitres. Le chapitre 1 développe les notions de transfert, de pratique réflexive, d'apprentissage situé et de compétences professionnelles, tout en tissant des liens entre ces notions. Le chapitre 2 propose un approfondissement du concept d'accompagnement tout en insistant sur la relation pédagogique d'apprentissage/accompagnement réflexifs au sein de laquelle l'accompagnateur pourrait assumer une fonction d'appui à l'apprentissage de (trans)formation des savoirs (au sens large du terme) toujours renouvelés ou à renouveler. Nous terminons en citant des travaux

---

<sup>3</sup> *Log book* = carnet de route (écrits à propos d'un voyage, d'un trekking, d'un parcours de vie, etc.), journal de bord (écrits à propos d'un parcours marin ou fluvial).

nommés soit *portfolio*, soit *log book* réalisés dans des universités francophones. Le chapitre 3 rappelle des points de dynamique psycho-sociale éprouvés lors d'un espace-temps nommé *stage*.

La section II de ce travail présente le dispositif réflexif ainsi que des critères d'analyse du dispositif fondé sur l'Apprentissage et l'Enseignement Contextualisé Authentique (AECA ; Frenay & Bédard, 2004). Le chapitre 1 développe le cadre conceptuel de l'AECA, porteur du développement de la pratique réflexive chez l'apprenant et chez l'accompagnateur. Ce cadre aborde, premièrement, la fonction que pourrait assumer un accompagnateur ainsi que la fonction que pourrait assumer un apprenant sur un terrain de pratique clinique et, deuxièmement, la condition *sine qua non* de la contextualisation des situations d'apprentissages, vecteur du développement des compétences professionnelles. Ce chapitre 1 se termine par une traduction de l'AECA en critères destinés à analyser la qualité pédagogique d'un stage. Le chapitre 2 présente l'installation du dispositif réflexif organisé sur le site expérimental G-O. Ce dispositif est composé de plusieurs modalités pédagogiques visant à faciliter l'articulation des apprentissages acquis *in vitro* aux apprentissages acquis *in vivo* au moment où les stagiaires se trouvent face à la nécessité de (re)construire leurs connaissances (cognitives, sociales et affectives-relationnelles) pour faire émerger des solutions à des situations rencontrées pendant leur stage. Le dispositif propose des pistes de solutions concrètes qui prennent la forme de sept modalités pédagogiques installées dans leur totalité au CHRCitadelle. La formation clinique ne pouvant pas faire l'économie, ni d'une analyse des besoins des stagiaires et des superviseurs et/ou des internes (besoins des acteurs concernés par la problématique des stages), ni de l'élaboration d'un référentiel de compétences (besoins de la profession) à acquérir progressivement en stage par l'étudiant, nous avons tout d'abord procédé à ces deux phases préliminaires d'analyses de besoins (2007-2008). La mise en place du dispositif s'achève en 2013-2014. Un processus d'auto-régulation du dispositif est actuellement géré par les acteurs de ce terrain clinique G-O. Ce travail de thèse présente le dispositif installé au niveau de la formation clinique des stagiaires de 3<sup>e</sup> master G-O accueillis sur le site CHRCitadelle, site expérimental, ainsi que les effets qu'il a pu induire sur les acteurs du contexte (principalement stagiaires et internes).

La section III de ce travail propose les recherches empiriques. Celle-ci est constituée de trois chapitres développant les travaux de recherches empiriques relatives à l'évaluation du dispositif réflexif implanté. Le chapitre 1 présente une recherche abordée grâce à une méthodologie mixte qui intègre un questionnaire standardisé et la Méthode d'Analyse en Groupe (MAG ; Van Campenhoudt, Chaumont & Franssen, 2005). Le questionnaire permet d'élaborer un constat quantitatif à propos de la contextualisation des situations d'apprentissages cliniques vécues par les stagiaires. La MAG permet d'approfondir les résultats du questionnaire en faisant intervenir la perception des stagiaires au sujet de leur vécu clinique. Le chapitre 2 présente une recherche par Méthodologie de la Théorisation Enracinée (MTE ; Glaser & Strauss, 1967/2010) focalisée sur les postures empruntées par les accompagnateurs des apprentissages des stagiaires. Cette recherche aboutit à une modélisation des postures d'accompagnement. Le chapitre 3 présente une autre recherche par MTE focalisée, cette fois, sur les postures d'apprentissage empruntées par les stagiaires. Cette dernière recherche aboutit à une modélisation des postures d'apprentissage.

La section IV de ce travail – discussion générale – présente les résultats envisagés sous l'angle des trois questions de recherche pour aboutir aux éléments de réponse à la problématique de départ : les stagiaires peuvent-ils apprendre à transférer des ressources d'un contexte *in vitro* à un contexte *in vivo* ? Peut-on accompagner cet apprentissage du transfert ? Peut-on mettre en place des conditions facilitatrices du transfert au sein du contexte de formation ? Après une synthèse des résultats des trois recherches, les effets du dispositif sur l'émergence de postures d'apprentissage et d'accompagnement réflexifs sont présentés ainsi que la mise en perspective des résultats avec les concepts présentés dans le cadre théorique (section I). L'apport de ce travail de recherche en fonction des recherches existantes est développé par la suite. Les limites de ce travail sont identifiées ainsi que de nouvelles perspectives pour des recherches futures. Pour terminer, nous proposons des implications pratiques au sein de nos institutions d'enseignement supérieur et universitaire tout en portant notre vigilance sur leur faisabilité et leur pérennisation au sein du système opérationnel, organisationnel et institutionnel.

# Introduction

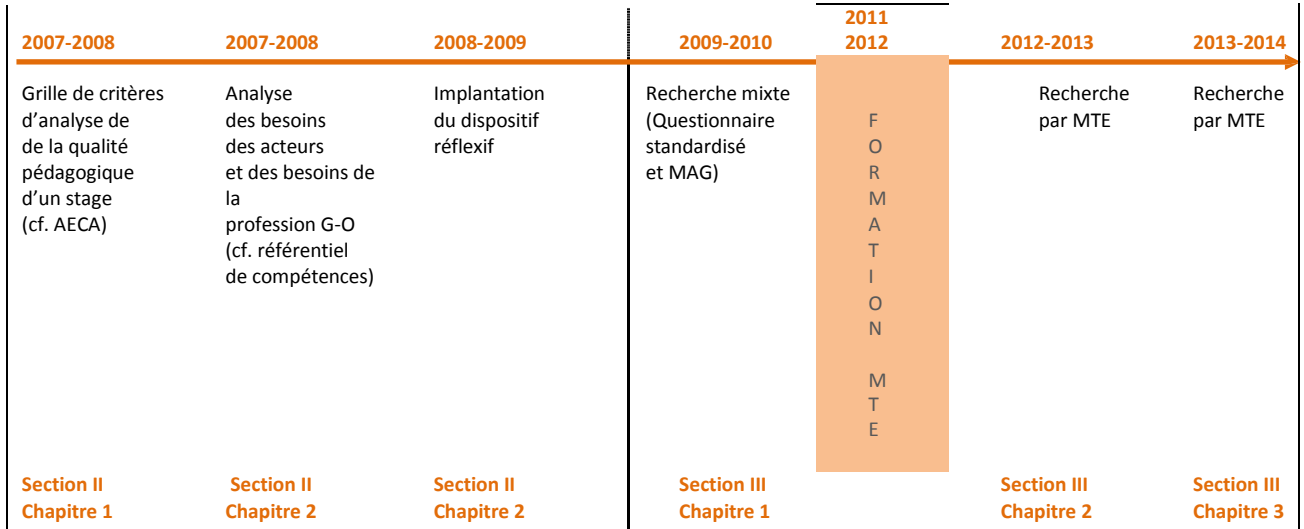


Figure 2. Chronologie de notre intervention psycho-pédagogique (praticienne) relative à l'implantation du dispositif réflexif et du processus de recherches que nous avons réalisées (chercheuse) en tant que conseillère pédagogique au département de Gynécologie-Obstétrique (G-O) de 2005 à 2013





## Section I. Cadre théorique



Cette section I développe les concepts théoriques auxquels nous avons fait référence durant l'implantation du dispositif. Voici le résumé des trois chapitres.

### **Chapitre 1. Transfert et pratique réflexive envisagés comme pierre angulaire d'une approche pédagogique professionnalisante**

Ce chapitre 1 rappelle que l'enseignement est destiné à l'apprentissage. Sa finalité est que l'apprenant sache se servir de ce qu'il a appris, du lieu de formation théorique *in vitro* (en dehors d'une réalité professionnelle) aux lieux de formation pratique *in vivo* (au sein d'une réalité professionnelle). Or, actuellement, s'installe une fracture de plus en plus grande entre les deux types de formation. D'un côté, les étudiants se retrouvent plongés dans un milieu inconnu et, sans y avoir été préparés, se débrouillent *bon an mal an* sur des terrains de pratique où ils sont accueillis. D'un autre côté, la société contemporaine se complexifiant à une vitesse exponentielle souhaite travailler avec des individus prêts à assumer les changements nécessaires et à faire face à cette complexité grandissante. Autrement dit, il devient nécessaire de former des individus prêts à exercer, c'est-à-dire qui savent mobiliser leurs acquis et les organiser avec de nouveaux apprentissages pour gérer des situations authentiques inédites et faire face à leur diversité croissante.

La conscientisation des acquis et de ce qui peut être utilisé dans la pratique *hic et nunc* (cf. pratique réflexive) ainsi que la conscientisation des besoins d'apprentissage lors d'une formation à l'expérience facilitera la mobilisation des connaissances (cf. transfert) d'une situation contextualisée authentique à une autre. Donnay et Charlier (2008, p. 62) ajoutent : « L'expérience, même si elle recèle des savoirs en actes, n'est pas en soi formatrice, si ce savoir n'est pas explicité par l'analyse de pratiques (seule ou partagée). La réflexion sur les pratiques est une façon d'apprendre et, par là, de créer du savoir sinon au moins de se le révéler à soi même. » L'objectif de ce chapitre est de présenter les liens qui

existent entre transfert, pratique réflexive, Approche Par Compétence (APC) et professionnalisation des apprentissages, pour qu'un apprenant soit préparé à savoir-agir et à savoir-réagir adéquatement au sein d'un autre contexte de travail, dès les débuts de l'exercice de sa profession, c'est-à-dire en milieu de pratique professionnelle, comme en stage par exemple.

### **Chapitre 2. Inscrire la posture réflexive dans la relation d'accompagnement**

Le chapitre 2 aborde le concept d'accompagnement pour, ensuite, se focaliser sur l'accompagnement pédagogique et sur la relation qui se construit entre un apprenant et un accompagnateur. La question des attitudes adoptées par l'un et par l'autre y est développée ainsi que la définition d'un partenariat, posture facilitant l'ancrage d'une posture réflexive chez ces deux acteurs de terrain travaillant ensemble à un but commun : apprendre. Apprendre à conjuguer avec le présent pour tracer des axes d'ouverture à la (re)création de nouveaux savoirs (au sens large du terme). Y sont développées des conditions facilitatrices d'un apprentissage/accompagnement réflexifs ainsi que les conditions qui précisent un cadre de formation en adéquation avec la notion de contextualisation des situations d'apprentissages. Des exemples d'outils pédagogiques porteurs des traces d'apprentissage réflexif tels que des *log books* et des *portfolios* sont présentés. L'objectif de ce chapitre est d'aboutir à la notion de partenariat, notion fondamentalement démocratique dont la spécificité est la reconnaissance des individus et de leurs compétences lors de leur mise en relation au sein d'un projet, comme en stage par exemple.

### **Chapitre 3. Ancrer la pratique réflexive dans le quotidien d'un stage clinique**

Le chapitre 3 introduit la problématique de stage en général pour mener à des éléments concernant la problématique des

stages cliniques en médecine, contexte de recherche de ce travail. La spécificité d'un lieu de stage, d'un stagiaire et des acteurs d'un contexte d'accueil prend la forme d'une zone intermédiaire entre la formation théorique *in vitro* et la formation pratique *in vivo*. Elle représente un potentiel d'apprentissage et d'accompagnement lors du vécu de situations d'apprentissage authentiques. Cet espace-temps donne l'opportunité aux apprenants de mobiliser leurs acquis, de les organiser avec les nouveaux acquis de terrain pratique, de les trier et de les sélectionner pour tenter de résoudre une situation problématique avec succès.

Les principes et contraintes propres aux stages sont présentés ainsi que des conditions pour soutenir une formation par l'expérience. Nous évoquerons des auteurs qui proposent des critères d'analyse de la qualité pédagogique d'un dispositif professionnalisant. L'objectif de ce chapitre est de rappeler les spécificités d'un terrain de pratique dans lequel doit s'inscrire un apprenant sans y être préparé, tout en ayant la tâche de se former à des compétences professionnelles, bien trop souvent encore non définies pour ce qui concerne les stages cliniques en médecine.



## **Chapitre 1**

### **Le transfert et la pratique réflexive envisagés comme pierre angulaire d'une approche pédagogique professionnalisante**

---





## **Le transfert et la pratique réflexive envisagés comme pierre angulaire d'une approche pédagogique professionnalisante<sup>1</sup>**

---

La notion de transfert, présentée par Aït Djida (2009, p. 55) comme « notion lancinante », est une fois de plus abordée dans ce qui va suivre. Qu'elle touche aux transferts de capacités, de connaissances, d'acquis de formation, d'apprentissages ou encore de compétences (Tardif, 1999), nous choisissons de parler de transfert de ressources acquises (cognitives, socio-cognitives et affectives-relationnelles) lorsque nous abordons ce concept à la définition insuffisamment stabilisée à l'heure actuelle. Dans ce travail de formulation de repères théoriques, en premier lieu et avant tout, sont rappelées les notions de compétence et de professionnalisation. En deuxième lieu, nous présentons ce qui nous apparaît comme prépondérant dans l'état actuel des recherches sur le sujet du transfert. En troisième lieu, nous rappelons l'incontournable cycle en trois temps de Meirieu et Develay (1996 ; Contextualisation-Décontextualisation-Recontextualisation ; CDR) privilégié à l'heure actuelle en tant que processus pédagogique pour exercer l'étudiant à l'apprentissage du transfert. En dernier lieu, nous abordons le concept de pratique réflexive de Schön (1983/1994) pour le mettre en perspective avec l'apprentissage expérientiel de Kolb (1984), avec l'entretien d'explicitation de Vermersch (2011) et avec le processus réflexif proposé par Le Boterf (1997), tout en identifiant les places qu'y occupent les notions de transfert, d'apprentissage et de compétence.

### **1. Approche Par Compétences (APC) et professionnalisation**

L'approche par compétences adoptée aujourd'hui par de nombreuses institutions invite à (re)voir l'apprentissage sous un autre angle. Les *curricula* ne se conçoivent plus uniquement en termes de contenus ou de matière à assimiler. Ils se conçoivent prioritairement en termes de savoir-agir-réagir, c'est-à-dire en termes de postures de résolutions de problèmes

---

<sup>1</sup> Qui forme par l'expérience professionnelle.

à acquérir pour que l'apprenant ait l'occasion d'agir de manière précocement autonome face à des situations problèmes, et cela sans attendre des années d'expérience professionnelle. Est-ce une proposition vraiment neuve ? L'approche par compétences ne constitue pas une originalité en soi car elle perpétue un certain nombre de principes de la pédagogie active (Rousseau, 1762 ; Decroly, 1921 ; Dewey, 1933 ; Freinet, 1949) dans le sens où l'apprenant devient acteur de sa formation, acteur de l'évaluation et de la régulation de ses apprentissages pour développer une autonomie professionnelle. Cette pédagogie active est encore nommée *pédagogie nouvelle*, malgré son grand âge, tant elle demeure encore pleine d'inconnues pour nombre d'enseignants et d'étudiants.

Et, plus l'apprenant est vu comme acteur – et non plus comme objet ou sujet de la formation –, plus l'approche par compétences se rapproche des valeurs démocratiques et humanistes souhaitées dans nos institutions. Les deux hypothèses explicatives de cette offensive du terme *compétence* sont, d'une part, l'influence du monde économique et, d'autre part, la nécessité d'un changement pédagogique. Ce concept nous apparaît en premier lieu plutôt comme rassembleur (Bosman, Gérard & Roegiers, 2000) entre le monde de l'enseignement et le monde économique que comme diviseur. Car, jusqu'ici, nous remarquons que les deux contextes s'imprègnent d'une même perspective tant par les outils qu'ils empruntent que par leurs démarches, bien que la perspective diverge lorsque l'on touche au paradigme socio-culturel et aux enjeux sous-jacents. Pour ce qui concerne les universités, dont l'idéal est de représenter des valeurs de liberté et de citoyenneté, cet aspect est plus qu'essentiel ; il est identitaire. Cet aspect n'est pas priorisé au sein de nombreuses entreprises pour lesquelles le rendement économique se justifie en priorité (Vierset, 2004).

L'idée soutenue par l'approche par compétences est d'identifier précisément les attitudes, les capacités et les connaissances (cognitives, socio-cognitives et affectives-relationnelles) à intégrer pour que l'apprenant puisse gérer une expérience professionnelle en tenant compte de sa globalité et pour le diriger progressivement vers la professionnalisation de ses apprentissages, telle que Wittorski (2005, p. 152) l'envisage :

« La professionnalisation est un processus de négociation, par le jeu des groupes sociaux, en vue de faire reconnaître l'autonomie et la spécificité d'un ensemble d'activités et un processus de formation d'individus aux contenus d'une profession existante. Dans le premier cas, il s'agit de construire une nouvelle profession et, dans le second, de former des individus à une profession existante. Nous pourrions dire qu'elle réside dans le jeu de la construction et/ou de l'acquisition de ces éléments qui permettront au final de dire de quelqu'un qu'il est un professionnel c'est-à-dire qu'il est doté de la professionnalité (l'ensemble des connaissances, des savoirs, des capacités et des compétences caractérisant sa profession). Le mot "professionnalisation", quant à lui, revêt, selon nous, trois sens différents :

- la professionnalisation des activités, voire des métiers, au sens de l'organisation sociale d'un ensemble d'activités (création de règles d'exercice de ces activités, reconnaissance sociale de leur utilité, construction de programmes de formation à ces activités, etc.) ;
- la professionnalisation des acteurs, au sens à la fois de la transmission de savoirs et de compétences (considérées comme nécessaires pour exercer la profession) et de la construction d'une identité de professionnel ;
- la professionnalisation des organisations, au sens de la formalisation d'un système d'expertise par et dans l'organisation. »

Nous parlons dans ce travail de thèse du deuxième point énoncé ci-dessus : la professionnalisation des acteurs. Dans le même temps, nous proposons une réponse à la question soulevée par des acteurs du terrain clinique : « L'accent mis sur le processus de professionnalisation et sur l'approche par compétences ne sont-ils pas des effets de mode, une quinquillerie pédagogique de plus ? » Si ces développements participent au courant de la pédagogie universitaire d'aujourd'hui c'est parce qu'ils sont porteurs de sens pour qu'elle prépare ses étudiants au développement de demain. C'est un passage proposé pour former les étudiants d'aujourd'hui au monde de demain. Elle représente un générateur d'actions (savoir-agir), de ré-actions (savoir-réagir) et de cré-actions (savoir-devenir)

incontournable dans un monde en mutation perpétuelle tel que nous le vivons actuellement. Le développement des attitudes et des capacités est alimenté par les contenus disciplinaires lorsqu'ils sont abordés en tant qu'outils de travail, ou en tant que ressources utilisables pour atteindre une solution efficace, telles des *connaissances en acte* (Vergnaud, 1995) où les connaissances ne sont pas seulement du registre de la théorie mais aussi du registre de la pratique. Ainsi les connaissances ne sont-elles plus réduites seulement à une fin en soi pour réussir des examens au terme d'un cycle d'études. Wittorski (2008, p. 12) précise :

« Le recours à la compétence traduit un surcroît d'exigence vis-à-vis du salarié [de l'apprenant], celui d'avoir à s'organiser lui-même pour répondre aux insuffisances du travail prescrit, développer une nouvelle forme de performance centrée sur le service rendu aux clients [aux patients] et capable de mobiliser des ressources spécifiquement humaines de raisonnement et de décision. »

Comment rendre ces connaissances opérationnelles et fonctionnelles lors d'une activité professionnelle exercée par l'étudiant ? Cette question est importante car, en dehors de la réussite facultaire, il y a la formation à la profession. Pour ne plus entendre, lors des stages ou lors de l'entrée dans le monde professionnel, « on n'a rien appris au cours ! » ou « on n'est pas suffisamment armés pour entrer dans la vie active ! », l'approche par compétences tend à ce *qu'il reste quelque chose* des années passées sur les bancs de la faculté en connectant les cours à des réalités professionnelles, c'est-à-dire à des situations qui posent problèmes et qu'il faut résoudre en construisant des solutions *hic et nunc* fondées sur les connaissances acquises antérieurement. Comme le souligne Perrenoud (1997, p. 62) : « S'il reste quelque chose quand on a tout oublié, n'est-ce pas parce que ce quelque chose n'est pas de l'ordre de la connaissance ou de l'information mais de la capacité à retrouver, à assembler, à reconstruire voire à (ré)apprendre ? »

Avant de poursuivre, nous précisons que pour définir le terme *compétence*, nous choisissons de retenir parmi de nombreuses définitions celle de Tardif (2006, p. 22), la plus souvent employée à l'université de Liège :

« Une compétence est un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes [acquises et/ou innées] et externes [à acquérir et/ou à questionner] à l'intérieur d'une famille de situations [des situations professionnelles qui présentent des points communs entre elles]. »

Développer une compétence est donc intimement lié à l'intégration de savoirs (dans le sens large du terme) permettant d'affronter une situation inédite grâce à la mobilisation de ressources internes ou externes. L'approche par compétences engage l'étudiant sur le chemin de la compréhension du fonctionnement de la mobilisation de ses ressources. En ce sens, elle se définit comme une approche professionnalisante. Guillemette et Gauthier (2008b, p. 132) soulignent : « Elle peut aussi être définie comme une contre-révolution par rapport au taylorisme dont le principe général a été de séparer radicalement le travail des penseurs et le travail des exécutants. » Dans un contexte où la finalité de l'enseignement est d'apprendre aux étudiants la maîtrise de compétences, une des pistes à suivre est de leur donner l'occasion de s'en servir précisément sur des terrains professionnels pour résoudre des situations professionnelles qu'ils n'abordent pas sur les bancs de la faculté. Guillemette et Gauthier (2008b) ajoutent (p. 132) : « Dans la logique de l'APC contemporaine, comme le rappelle Wittorski (2000), les compétences ne peuvent être développées que si l'apprenant passe d'une logique d'action à une logique de l'intégration en passant par une logique de la réflexion *sur* et *pour* l'action. »

Perrenoud (1999, p. 3) ajoute : « Une compétence est indissociable de la capacité à affronter du neuf à condition qu'on puisse le ramener à du connu au prix de certaines opérations complexes. » Dès lors, si on définit la notion de *compétence* comme étant un *savoir-agir complexe* prenant appui sur la capacité de réinvestir ses ressources dans de nouvelles situations, ne s'approche-t-on pas d'une définition du transfert (Le Boterf, 2001)? Que devient cette notion de transfert dans le cadre d'une approche par compétences? Ne parle-t-on pas de la même chose, l'un étant le processus de mobilisation d'opérations complexes – transférer –, l'autre le cadre dans lequel l'expression du processus serait facilitée – l'approche par compétences – avec pour résultat l'apprentissage de

nouvelles compétences – connaissances, capacités et attitudes – pour affronter du neuf *en se sentant suffisamment armé pour entrer dans la vie active* ?

## **2. Le transfert : « ce qui échappe aux modèles » (Meirieu & Develay, 1996)**

La métaphore utilisée par Forcier et Goulet (1996, p. 30) pour parler du transfert est une piste très concrète et aisément assimilable par les nombreux conducteurs automobiles que nous sommes. Ainsi, ces deux consultants en pédagogie proposent-ils d'aborder le concept de transfert en s'appuyant sur l'exemple de la conduite automobile :

« D'un conducteur automobile diplômé d'une école de conduite, on attend qu'il soit facilement capable de conduire une automobile d'une autre marque que celle sur laquelle il a suivi son cours [p. ex. d'une *Chrysler* à une *Toyota*]. On n'attend toutefois pas qu'il puisse conduire une moto, et encore moins qu'il puisse piloter un avion ; on n'attend même pas qu'il puisse piloter un camion. »

Si l'individu vit dans un monde où conduire une voiture lui est indispensable pour faire des courses, aller travailler ou emmener ses enfants à l'école, il pourrait aisément s'approprier cette compétence avec une automobile de la marque *Chrysler*. Il pourrait aussi emprunter la *Toyota* de son voisin sans effort d'adaptation important. Cet exemple propose un cas où l'apprentissage de la conduite automobile réalisé précédemment – en *Chrysler* – s'ajuste tellement bien au nouveau contexte de conduite – en *Toyota* – qu'il permet au conducteur de se rendre là où il veut sans encombre avec l'une ou l'autre automobile de manière quasi spontanée. Le nouveau contexte de conduite (situation cible) est tellement similaire à la situation d'apprentissage (situation source) qu'il « apparaît presque comme un stimulus activant un réflexe conditionné » (Forcier & Goulet, 1996, p. 30). Il n'existe pas d'éléments différenciant fondamentalement les deux situations d'apprentissage. Certaines recherches soulignent qu'il y a un certain nombre d'apprentissages dont le transfert apparaît comme pratiquement

automatique (Perkins & Salomon, 1988). C'est le cas de ce premier exemple (1).

Par contre, si l'individu doit se rendre sur une île où ne peuvent circuler que des vélos ou des motos, une adaptation sera nécessaire pour parcourir de longues distances rapidement. S'il choisit de conduire une moto, son permis de conduite automobile ne lui suffit plus. L'apprentissage de la conduite de la voiture ne va pas être spontanément transféré à la conduite d'une moto. Des éléments similaires aux deux types de véhicules sont peut-être déjà acquis par l'individu, tels que des principes mécaniques de base (freins, accélérateurs, embrayage, vitesse, etc.). Toutefois, le maintien de l'équilibre sur un véhicule à deux roues sera éventuellement à acquérir ainsi que la coordination entre les mains et les pieds, bien différente de la conduite d'une voiture où les systèmes de freinage et d'accélération sont répartis d'une autre façon. Ce sont des éléments différenciant les deux situations d'apprentissage. Dans ce cas, le transfert – de la conduite auto à la conduite moto – ne sera ni un processus spontané, ni un processus automatique.

Le contexte n'est pas le même. Il change fondamentalement dans l'appréhension de sa forme. Il va falloir que l'individu s'exerce à la conduite de la moto, reconnaisse la nécessité de nouveaux apprentissages, admette, s'il en est, ses besoins de formation et d'accompagnement afin d'acquérir cette nouvelle compétence de conduite. Lorsque le moniteur de conduite de moto accueille l'individu dans un groupe d'apprenants, avant de commencer la formation, il identifie pour chacun ce qui est déjà acquis et ce qui ne l'est pas. Certains trouvent facilement leur équilibre car ils font du vélo couramment, d'autres ont des notions de mécanique, d'autres encore possèdent une bonne coordination des mouvements entre les mains et les pieds, etc. Le moniteur de conduite en moto se trouve face à un groupe d'apprenants qui possèdent des connaissances, des capacités et des attitudes très hétérogènes à propos du sujet de l'apprentissage d'un véhicule à deux roues motorisé. Ce deuxième exemple (2) montre la complexité du transfert des acquis de formation. Ces deux exemples, l'un évoquant un transfert *quasi* automatique (d'une auto à une autre auto) et l'autre un transfert à apprendre (d'une auto à une moto), vont dès à

présent soutenir l'abord de ce concept de transfert, inéluctablement présent lorsqu'on parle d'apprentissage.

## 2.1 Définitions

En latin *transfere* signifie transporter. Pour ce qui concerne le domaine de la psycho-pédagogie, Develay (1995) rappelle que *trans* signifie *aller au-delà*. Il suggère alors que transférer *c'est porter au-delà*. Transférer un apprentissage consisterait alors pour l'apprenant à *aller au delà* de ce qu'il a déjà acquis. Cette notion soutient les propos de Presseau (2003, p. 108), qui dit que « transférer c'est faire en sorte que les apprentissages puissent être réutilisés dans de nouveaux contextes, que ce soit pour construire de nouvelles connaissances, développer de nouvelles compétences ou accomplir des tâches inédites ». Avec cette idée *d'aller au-delà*, de chercher plus loin que ce que l'on sait déjà et de s'ouvrir à des perspectives innovantes, il est proposé de sortir de ce qui est prescrit et de ce qui semble *a priori* évident, si cela est nécessaire, pour pouvoir fournir une réponse adéquate à une situation problématique inédite.

Nous n'évoquons pas ici le développement épistémologique relatif au transfert (Frenay, 2004). Nous évoquons uniquement les approches qui nourrissent la conception du dispositif pédagogique mis en place dans le cadre de cette recherche. Piaget (1968), précurseur de la conception constructiviste, souligne que l'on ne connaît un objet qu'en agissant sur lui et en le transformant. Selon lui, l'apprentissage s'élabore à partir des représentations que le sujet a déjà de l'objet. Il met ainsi l'accent sur l'importance déterminante de l'interaction sujet-environnement lors de l'apprentissage. La conception socio-constructiviste, avec, comme précurseur de cette conception, Vygotski<sup>2</sup> (1934), élargit cette idée en privilégiant la dimension sociale des connaissances qui se construisent dans l'action et dans la réflexion partagée entre les acteurs du terrain d'action. Pour Vigotsky (1934), les cognitions émergent dans et par l'action sociale. Ainsi, quotidiennement, par les interactions avec les objets et par les interactions sociales, de nouvelles connaissances socio-cognitives-

---

<sup>2</sup> Vygotski est né en 1896 et décédé en 1934. Sa courte vie ne lui a laissé le temps d'écrire qu'un seul livre : *La Dispute* (cf. bibliographie).



affectives sont intégrées dans les structures cognitives mentales de l'apprenant. Celles-ci sont nommées *schèmes mentaux* par Piaget (1977) qui les identifie comme des ensembles organisés d'opérations et de mouvements mentaux qui constituent une façon d'appréhender et d'interpréter le monde d'une manière qui est propre à chaque individu. Ces schèmes s'ancrent dans l'esprit, lorsque l'expérience les conforte, ou se modifient lorsqu'ils sont contredits par les faits. Dans ce travail, nous utilisons aussi ce que Bourdieu (1980) nomme *habitus* pour parler de la même chose. Lorsque de nouvelles connaissances se combinent aux connaissances antérieures déjà ancrées, elles provoquent des changements de nos schèmes mentaux, de notre *habitus*.

Ce processus nous fait davantage penser à une réaction chimique de *transformation* de la matière (dans tous les sens du terme) qu'à un mécanisme physique de *transport* de la matière. La métaphore de la transformation chimique pour expliquer le concept de transfert nous semble plus pertinente que celle du transport mécanique (Perrenoud, 2001). Dans le processus de transfert, ce ne sont pas essentiellement les acquis qui sont transportés dans une autre situation ; ce sont des schèmes qui se transforment en devenant plus généraux, plus adaptables, plus mobilisables : « L'apprenant construit du neuf à partir du connu. » (Piaget, 1978, cité par Frenay, 2004, p. 40). Et comme Frenay (2004, p. 18) le souligne : « Le postulat central est que tout apprentissage se réalise à partir de structures cognitives *déjà là*. Apprendre, dans cette perspective, c'est transformer des structures cognitives préalables en structures nouvelles. »

Pour sa part, Meirieu (1998, p. 6) souligne au sujet du transfert : « Tout le monde comprend très vite qu'il s'agit de réinvestir des apprentissages dans une autre situation, à la fois semblable et différente. » Cet auteur précise le transfert en termes de *mouvement* grâce auquel l'apprenant s'approprie les savoirs, les intègre et les réutilise à sa propre initiative. Mais comment l'apprenant arrive-t-il à intégrer des savoirs lors d'une situation d'apprentissage (situation source) et à les réutiliser dans un autre contexte (situation cible) ? De quoi est fait ce mouvement ? Par ailleurs, Lasnier (2000) parle de restructuration des informations en regard des réseaux de concepts particuliers à chaque personne. Quant à lui,

Perrenoud (1999, p. 46) propose la métaphore de la *mobilisation de ressources* pour identifier le processus de transfert : « Mobiliser ce n'est pas seulement utiliser ou appliquer, c'est aussi adapter, différencier, intégrer, généraliser ou spécifier, combiner, orchestrer, coordonner, bref conduire un ensemble d'opérations mentales complexes, qui, en les connectant aux situations, transforment les connaissances plutôt qu'elles ne les déplacent. » Frenay (1994, p. 73) propose également le terme de *mobilisation* : « Le transfert renvoie à la capacité qu'a un apprenant de résoudre de nouvelles situations en mobilisant les connaissances acquises antérieurement dans des situations différentes. »

Pour Rey (1998), la dynamique du transfert se met à fonctionner lorsque l'apprenant a *l'intention*, le désir et l'envie d'aller chercher dans sa mémoire les ressources qu'il possède. Aussi le transfert est-il très variable selon les apprenants. Il dépend du niveau d'expertise, du niveau d'appropriation des ressources internes, de la maîtrise de la théorie, des modalités pédagogiques installées, de l'accompagnement pédagogique proposé et surtout du sens perçu de l'activité en tant que source d'intérêts mobilisateurs. Rey (1996, cité par Perrenoud, 2001b) va encore plus loin en associant le transfert à une *intuition*, fondée sur une forme de confiance en soi dans le sens où l'apprenant *sait intuitivement* (ou pas) qu'il a des ressources à (ré)investir dans la gestion d'une situation inédite. Il sait aussi (ou pas) s'il a des ressources stratégiques pour chercher et trouver de nouvelles ressources adéquates. Le transfert dépend donc aussi de la capacité qu'a l'apprenant de se représenter son niveau personnel de savoir-apprendre lorsque s'ouvre l'accès aux ressources potentielles. Autrement dit, le transfert dépend de la perception que l'apprenant a de sa compétence personnelle. Cette perception, nommée *self-efficacy*<sup>3</sup> par

---

<sup>3</sup> La notion de *sentiment d'efficacité personnelle* que Bandura (2007, p. 326), psychologue, développe en disant : « La représentation (interprétations personnelles des expériences passées, type d'accompagnement reçu, type de contexte, etc.) qu'a l'individu d'une tâche détermine son degré d'efficacité pour l'accomplir. » Cette notion intimement liée à l'auto-évaluation fait référence au jugement porté sur ses propres compétences, qui peut avoir lieu *a posteriori*, après l'exécution d'une action spécifique mais qui peut également prendre la forme d'une évaluation *a priori* de ses capacités ou de son potentiel à agir. En ce sens, Dory, de Foy et Degryse (2009, p. 43) rappellent : « Une telle auto-évaluation ne cherche pas à refléter la réalité mais à favoriser l'action dans le but de générer une nouvelle réalité. »

Bandura (2007), est nourrie tant par son éducation familiale et sa culture d'appartenance que par le système éducatif dans lequel il se trouve (Rondier, 2004, p. 475) :

« Le sentiment d'efficacité personnelle [auto-efficacité] désigne les croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières. Il contribue à déterminer les choix d'activité et d'environnement, l'investissement du sujet dans la poursuite des buts qu'il s'est fixé, la persistance de son effort et les réactions émotionnelles qu'il éprouve lorsqu'il rencontre des obstacles. »

Ces propos rejoignent le point de vue de la conception contextualiste qui envisage une *approche contextuelle de l'apprentissage*, nommée aussi *approche située de la cognition* ou *action située [situated cognition]*, où, comme le souligne Frenay (2004, pp. 44-45) :

« [...] le savoir n'est pas seulement de l'ordre de l'information mais encore et surtout de l'ordre de la signification, et [...] toute signification est liée au contexte socio-culturel dans lequel elle est construite et utilisée [...] Il s'agit donc avant tout d'un processus interprétatif et culturel (Pea, 1987) au sens où il est inséré dans un contexte déterminé qui est interprété par un sujet ayant lui-même une histoire particulière. »

Basque (2004, p. 53) rappelle aussi à ce sujet : « Pour John Dewey, ce que nous appelons une *représentation* ne se trouve pas exclusivement dans la tête d'un individu ; il s'agit plutôt d'un phénomène partagé entre l'individu et la situation (physique et sociale) dans laquelle il se trouve. » En effet, l'apprenant, face à une situation nouvelle, va s'impliquer cognitivement, socialement et affectivement. Cette approche contextuelle de la cognition réprecise la notion d'interaction sujet-environnement (cf. constructivisme de Piaget) et la notion d'interaction socio-culturelle (cf. socio-constructivisme de Vygotski). Elle met l'accent sur l'activité du sujet pour appréhender les phénomènes, les situations et les actions des acteurs impliqués dans le contexte de l'action même. Bien que la tâche proposée et le contexte de pratique où elle se déroule gardent toute leur importance, l'approche située de la cognition insiste sur l'importance de la culture globale d'un individu (valeurs, croyances, habitudes, règles, lois,

etc.) lors de l'apprentissage. Le terme *contexte* est alors élargi parce qu'on ne considère pas uniquement les buts de l'activité et de la structure conceptuelle de la tâche, mais aussi les objets physiques, les personnes présentes et, surtout, la culture globale d'appartenance de l'individu.

Cette approche, nommée contextualiste, propose aux étudiants de vivre, voire de gérer, une activité authentique dans un contexte authentique d'apprentissage. Si cette condition d'apprentissage facilite l'accès à la mobilisation et à la transformation des connaissances, le processus d'appropriation des connaissances dépendra également du traitement que l'apprenant fera des informations reçues et des perceptions qu'il aura de la tâche à réaliser. Ces perceptions, comme le précise Basque (2004, p. 65), peuvent être de trois types : « perception<sup>4</sup> adéquate du but de l'activité [...], perception du savoir en tant qu'outil [...], perception d'une similarité entre deux contextes d'apprentissage ». Selon Basque (2004, p. 56) : « Les contextualistes soutiennent trois propositions : la cognition est fondamentalement sociale [interactive et s'inscrit dans une matrice socio-culturelle qui structure les activités de l'acteur] ; elle est répartie [entre l'acteur et la situation telle qu'il se la représente] ; le savoir est dynamiquement construit au fil d'ajustements continus du sujet [de l'acteur] en activité. » Selon cette conception, le savoir de l'apprenant se construirait donc en fonction des différents paramètres contextuels relatifs à une situation déterminée ainsi qu'en fonction de l'interprétation qui émerge au sein des schèmes mentaux de l'apprenant lors de l'exercice proposé.

Cette conception contextualiste de l'apprentissage précise les deux conceptions citées précédemment (constructivisme et socio-constructivisme), car, comme Basque (2004, p. 56) le rappelle : « L'action envisagée lors d'une situation est guidée *hic et nunc* par ce processus d'ajustements continus ; pas avant, ni après : au moment même du déroulement de l'action. C'est pourquoi l'action est dite *située*. » Greeno et Moore (1993, cités par Basque, 2004, p. 56) précisent : « Cette action

---

<sup>4</sup> « Le regard subjectif que l'apprenant porte à l'activité se révèle être un facteur beaucoup plus déterminant que les caractéristiques objectives de la situation. » (Tardif, 1999 cité par Basque, p. 65)

s'inscrit dans les pratiques sociales d'une communauté ; elle est contrainte par la compréhension qu'a une personne de sa *place* au sein de cette communauté. » Brown, Collins et Duguid (1989, cités par Vanpée, Frenay, Godin & Bédard, 2010, p. 258) soulignent que *l'action située* se distingue par deux caractéristiques : « Le traitement de l'information est indissociable du contexte dans lequel il prend place (1) et le contexte d'apprentissage et d'enseignement influence de manière déterminante la représentation et l'utilisation qui seront faites des connaissances (2). » La cognition est alors traitée en fonction du contexte, de l'action, de l'interaction et des perceptions qu'en ont les acteurs. En effet, aux yeux des contextualistes, « la cognition est inextricablement liée au contexte dans lequel elle se développe » (Basque, 2004, p. 49). Elle n'existe pas dans la tête d'un apprenant sous la forme de connaissances abstraites qui sont mobilisées d'une situation à une autre sans que les situations (sources et cibles) à gérer *hic et nunc* ne colorient culturellement, socialement et affectivement le résultat de l'action. Pour ces auteurs, le transfert est essentiellement « un processus qui implique l'interprétation d'une situation donnée dans laquelle est inscrite une tâche à accomplir » (Pea, 1987, cité par Frenay, 2004, p. 18). Autrement dit, la conception contextualiste ne rejette pas les autres conceptions ; elle vient les enrichir avec de nouveaux éléments à prendre en compte. Et, au contraire de nier l'existence du transfert, cette conception insiste pour que les apprenants prennent conscience qu'il constitue l'enjeu de toute situation d'apprentissage lorsqu'il est envisagé selon l'interprétation qu'a l'apprenant de la situation. Frenay (2004, p. 44) ajoute : « Dans cette perspective, apprendre, pour l'individu, c'est participer à ce processus collectif de co-construction du savoir, c'est s'inscrire dans une relation avec d'autres qui promeut cette co-construction, c'est en participant que l'on apprend et réciproquement. »

Ainsi, le transfert, loin d'être une simple transposition *quasi* automatique, exige-t-il, en plus d'un travail mental de mobilisation, d'intégration, d'identification, d'abstraction, de conceptualisation et de (re)combinaison des ressources, une prise en compte du contexte socio-culturel, une réponse à des intérêts d'apprentissage et, surtout, un travail de mise en confiance en l'accessibilité des ressources internes et externes de l'apprenant. Ce dernier point intervient tant au niveau de la progression

de son sentiment d'efficacité personnelle qu'au niveau de l'autonomisation de ses apprentissages. Car, comme le souligne Meirieu (1991, p. 156) : « Il n'y a autonomie que dans la mesure où un sujet a acquis la capacité d'utiliser de manière pertinente un outil cognitif c'est-à-dire de l'associer à des situations dans lesquelles il aura identifié un problème pour lequel il connaît son efficacité. »

Par ailleurs, Baldwin et Ford (1988), dès leurs premières recherches sur le transfert de connaissances, insistent sur l'influence de la mémoire en soulignant que le transfert consiste en l'application, la généralisation et la maintenance dans le temps des acquis de formation. D'autre part, pour résoudre un problème, l'apprenant doit nécessairement avoir dans sa mémoire à long terme les connaissances pour traiter les données du problème dont il est question (Tardif, 1999). Quant à lui, Roussel (2011, cité par Peters, 2012, p. 60) introduit la notion de *performance*, fondée sur les compétences acquises, en proposant un autre regard : « Le transfert des apprentissages en milieu organisationnel est l'utilisation réalisée par un individu, des connaissances, savoirs et habilités appris en formation dans le cadre de contextes de travail comportant un certain degré de nouveauté, et ce, afin d'améliorer de façon prioritaire sa performance. »

En résumé, pour l'apprenant, transférer serait alors un processus qui (re)construit les connaissances grâce à la gestion d'opérations mentales complexes, à la fois de tri, d'ajustement, de mobilisation et de recombinaison permanente de ressources internes à dynamiser (déjà acquises) et de ressources externes à sélectionner parmi d'autres (à acquérir) pour les associer en fonction de l'interprétation qu'il a de la situation et des besoins qu'il aura identifié par rapport à cela. L'ensemble de la dynamique reposerait non seulement sur l'unité centrale du traitement de l'information qu'est la mémoire mais aussi sur la confiance qu'a l'apprenant en l'accessibilité des ressources (internes et/ou externes), sur la perception qu'il a de son efficacité personnelle, sur l'intuition qu'il a vis-à-vis des potentialités de réussite de l'action et sur une intention stimulée par une contextualisation des situations d'apprentissage.

Ainsi, au-delà de quelques apprentissages simples, il semble bien que le transfert ne soit pas un processus spontané (Forcier & Goulet, 1996).

Pour faciliter ce processus, plusieurs conditions sont nécessairement à remplir dans un cadre pédagogique professionnalisant. Proposer de vivre des situations d'apprentissage authentique *in situ* constitue une première condition nécessaire. Proposer des activités rendant le transfert le plus explicite possible aux yeux des étudiants est une autre condition à remplir. Cela leur donnera l'occasion d'identifier ce qu'ils ont appris pour mieux l'évoquer, le mobiliser et s'en servir par la suite lors d'un stage ou lors des débuts dans le monde professionnel. Des modalités pédagogiques porteuses de sens qui donnent l'occasion d'avoir envie de *savoir-mobiliser* (Le Boterf, 1994) est, à notre avis, une autre condition nécessaire. Cependant, cela ne suffit pas. Plusieurs questions restent en suspens : qu'est-ce qu'ils ont retenu de ce vécu ? Comment l'ont-ils interprété ? Qu'est-ce qu'ils vont en faire ? Comment vont-ils articuler leurs apprentissages ? Quelles ressources ont-ils mobilisées ? Comment vont-ils s'y prendre pour gérer ce type de situation dans l'avenir ? Comment vont-ils acquérir précocement leur autonomie professionnelle et répondre à des situations inconnues jusqu'ici ?

Ainsi un accompagnement adéquat constitue-t-il un élément à prioriser dans les formations telles qu'elles sont envisagées actuellement, c'est-à-dire orientées vers le développement de compétences professionnelles. Nous reviendrons sur ce point primordial à nos yeux dans le chapitre 2 de cette section théorique. Toutefois, il est déjà possible de souligner que le soutien des pairs, des collègues ou des superviseurs constitue un élément de cet ordre. En effet, « de nombreuses recherches démontrent que, après avoir suivi une formation professionnelle et acquis de nouveaux apprentissages, l'environnement de travail auquel l'apprenant est à nouveau confronté apparaît avoir un impact indéniable sur le transfert de ces apprentissages » (Devos & Dumay 2006, p. 14). Par ailleurs, la valorisation et la reconnaissance de l'engagement d'un étudiant qui participe à l'élaboration d'un projet, à sa planification et à sa gestion est un facteur favorable au transfert. En effet, les étudiants identifient les conditions non contraignantes encourageant leurs ressources créatives, opérationnelles et décisionnelles lors de la réalisation d'un projet et, comme le soulignent Bédard et Bécharde (2009, p. 40) : « Plus les étudiants perçoivent la présence de conditions *gratifiantes* dans leur parcours de formation, plus ils sont susceptibles de s'engager et de persévérer. »

## 2.2 Différences et similarités entre les situations d'apprentissage

Nous n'abordons pas ici les nombreuses typologies relatives au transfert (Kraiger, Ford & Salas, 1993 ; Laker, 1990 ; Salomon & Perkins, 1989 ; Toupin, 1995). Nous avons choisi de présenter celles qui nous rapprochent le plus de notre objectif de recherche, c'est-à-dire soutenir l'autonomisation des apprentissages et la perception du sentiment d'auto-efficacité chez l'étudiant lorsqu'il doit faire face à des situations plus ou moins familières ou plus ou moins singulières rencontrées lors d'un stage.

Gagné (1962) présente les notions de *transfert vertical* lorsqu'un savoir déjà acquis facilite l'acquisition d'une autre connaissance à acquérir et de *transfert horizontal* lorsqu'un savoir acquis peut être généralisé et utilisé dans d'autres contextes. Presseau (2003) rappelle que les situations cibles présentent toujours des similarités et des différences par rapport à la situation source. Ces *similarités* et *différences* peuvent être *de surface* (en apparence) ou *structurelles* (en profondeur). De plus, toutes les situations cibles peuvent présenter des similitudes et des différences allant de très proches à très éloignées de la situation source. À ce sujet, Haskell (2001) propose l'identification de *niveaux de différences* entre la situation de formation (situation source) et la situation de terrain (situation cible).

Par la suite, dans le même souci de catégoriser les niveaux du transfert, Roussel (2011) propose une adaptation de la typologie de Haskell (2001) en organisant l'identification de quatre niveaux de transfert d'apprentissage (figure 1) qui se définissent autant dans le rapport au contexte de travail que dans le rapport à la tâche : *le transfert de contexte, le transfert rapproché, le transfert éloigné et le transfert créatif*. En évoquant les deux exemples précédents (ex. 1, auto et ex. 2, moto), les formes des engins motorisés se révèlent très différentes à appréhender physiquement et mentalement. Il peut exister entre elles un *niveau de différence* très faible ou très élevé, tant au niveau du contexte qu'au niveau du contenu de l'apprentissage à transférer. Cela va dépendre des pré-acquis de l'apprenant. On aura affaire à un *transfert éloigné* si l'apprenant doit apprendre de nouvelles capacités telles que l'équilibre, la coordination des mouvements et/ou la crainte de s'exposer librement sur



la route. On aura affaire à un *transfert rapproché* si l'apprenant a déjà acquis ces capacités dans un autre contexte.

En effet, le *niveau de différence* – ou du *degré de similarité* – perçu entre les situations est intimement dépendant des connaissances antérieures (cognitives, socio-cognitives et affectives-relationnelles) de l'apprenant. De même, la différenciation entre les situations ainsi que l'identification de leurs similitudes, qui peut être évidente pour des experts ayant vécu une multitude d'expériences, ne le sera pas pour des novices. Nendaz, Charlin, Leblanc et Bordage (2005, p. 244) précisent à propos du raisonnement clinique, que : « 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. » Aussi, pour mener progressivement le novice à ce niveau d'expertise, associer l'apprentissage du transfert et sa conscientisation très tôt dans la formation faciliterait l'incarnation d'une posture reliant les apprentissages aux expériences vécues par l'étudiant tout en réduisant la fracture épistémologique entre théorie et pratique.

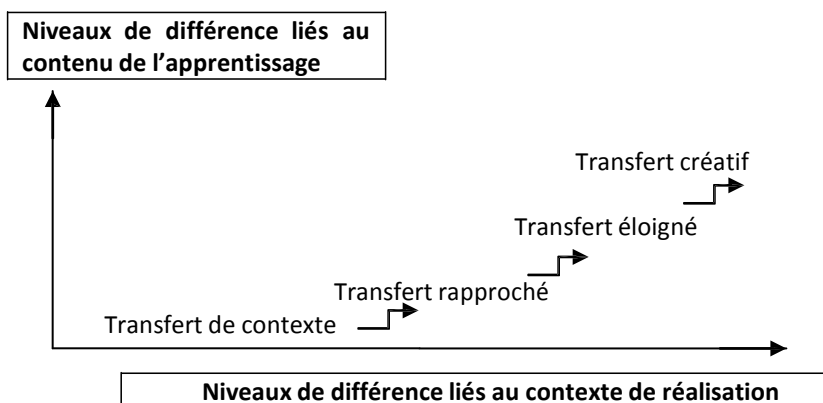


Figure 1 : Les quatre niveaux de transfert d'apprentissages selon Roussel (2011)

Pour qu'il y ait transfert d'une tâche à une autre, la condition *sine qua non* est qu'il existe des similarités et/ou des différences entre les deux. Lors de la résurgence des ressources acquises en situation professionnelle, l'étudiant les organise et les adapte pour les réutiliser à bon escient. Pour arriver à cela, il élabore une estimation en tenant compte des similarités et des différences identifiées entre une situation de formation et un contexte de transfert. Lorsque le *degré de similarité* est élevé, les apprenants réutilisent leurs connaissances de manière *quasi* automatique (cf. exemple 1). Il s'agit d'un transfert *bas de gamme* ou *low road transfer* (Perkins & Salomon, 1988). Lorsque le *degré de similarité* est plus difficile à percevoir, il s'agit d'un transfert *haut de gamme* ou *high road transfer* (cf. exemple 2). Au fur à et mesure des expériences vécues, au processus de généralisation – identifier les similitudes – vient s'ajouter simultanément un processus de discrimination – identifier les différences – lors de la gestion d'un transfert. Roussel (2011, p. 18) précise : « Plus la différence sera faible, plus le type de transfert visé s'apparentera au transfert de contexte ou au transfert rapproché. Au contraire, plus la différence sera élevée, plus le transfert s'apparentera au transfert de type éloigné ou créatif. »

Pour que le savoir devienne pragmatique, utilitaire au quotidien, il faudrait l'envisager, non sous la forme d'une contrainte mais sous la forme d'une liberté à penser par soi-même, à s'autoriser à *aller au-delà* des schémas prescrits et à prendre des risques en devenant créatif lorsqu'il faut affronter l'inconnu, l'inattendu, l'incertitude et la singularité des situations professionnelles actuelles. Ce niveau de transfert peut s'apprendre en développant la perception de son niveau d'efficacité chez l'étudiant, à condition de lui expliquer en quoi ça consiste, tout en abordant simultanément les notions de prise de risques et d'enjeux sous-jacents. Car « transférer, c'est sortir du cadre et prendre des risques » (Charlot & Stech, 1996, p. 64). C'est sortir d'un cadre prescrit et sécurisant déjà pré-défini pour aller vers l'inconnu, le doute, les risques et les peurs. Lors d'une intervention, il est conseillé d'identifier le cadre, les règles, les consignes et des concepts théoriques adéquats pour, d'abord, gagner en stabilité et, ensuite, s'en affranchir, si cela est nécessaire. Deleuze (2002) adoucit cette perspective en disant que : « Loin d'être la délimitation de la

surface picturale, le cadre est presque le contraire, c'est la mise en relation immédiate avec le dehors. »

Perrenoud (1997, p. 4) rappelle : « La prétention de toute scolarisation [d'un système de formation] est de préparer les élèves [les étudiants] à réinvestir leurs acquis dans des contextes variés hors de l'école [du contexte d'apprentissage], dans des situations de la vie quotidienne, professionnelle, politique, familiale et personnelle. » De plus, l'adaptation aux demandes technologiques et à la globalisation que nous apporte le 21<sup>e</sup> siècle étant de plus en plus exigeante, l'habileté à transférer, à mobiliser, à re(créer) est devenue une nécessité pour exercer dans les systèmes de formation (Haskell, 2001). Les enseignements tentent de répondre à ces mutations perpétuelles en relevant le défi de cette nécessaire adaptation. L'apprentissage du transfert en fait partie. L'apprentissage du transfert se tourne alors vers une fonction d'accompagnement qui favorise explicitement son émergence (soutenir l'articulation des connaissances, valoriser les stratégies choisies par l'étudiant sinon l'y confronter, soutenir la prise de conscience de ses choix, soutenir l'édification d'un projet qu'il propose, donner des pistes pour l'auto-évaluation, proposer des espaces-temps de réflexivité, etc.)

N'étant ni spontané, ni automatique, ni facile à acquérir, il devient nécessaire d'accompagner les étudiants dans les exercices d'apprentissage du processus de transfert afin de développer ou d'acquérir de nouvelles compétences, sans cesse à renouveler sinon à inventer. Car, comme le soulignent Forcier et Goulet (1996, p. 31): « Compétence et transfert de ressources sont deux réalités indissociables, deux côtés d'une même pièce. » Quelles que soient les différentes modalités pédagogiques développées dans ce sens, pour faciliter le transfert, Campione, Shapiro et Brown (1995, p. 61) suggèrent quatre pistes : « Que les élèves soient conscients que le transfert est l'enjeu principal de toute situation d'apprentissage (1), qu'ils aient de nombreuses occasions de discuter de ce qu'ils apprennent (2), qu'ils expliquent fréquemment les apprentissages qu'ils sont en train de réaliser (3) et qu'ils profitent de chaque situation d'apprentissage car chacune permet des apprentissages de différents niveaux d'analyse (4). » La question se pose alors de savoir comment placer, pratiquement, les apprenants dans une dynamique de transfert.

Holton et Baldwin (2003, cités par Peters, 2013, p. 52) proposent un processus de transfert en six étapes : « acquérir des connaissances (1), apprendre comment les utiliser (2), les exercer (3), appliquer ce qui a été appris au terrain professionnel (4), poursuivre cette application dans le temps (5) et généraliser cet apprentissage à des situations inconnues (6). » Afin de rompre avec cette perspective linéaire d'application à un terrain pratique des connaissances acquises sur un terrain théorique, nous choisissons d'explorer dans ce travail une perspective cyclique et itérative très privilégiée à l'heure actuelle dans nos universités francophones : *Contextualisation, Décontextualisation et Recontextualisation* ; CDR (Meirieu & Develay, 1996).

### **3. Exercice du transfert : un cycle en trois temps**

Étant donné l'importance accordée au contexte d'apprentissage (situation source) et aux contextes de réinvestissement de cet apprentissage (situations cibles) dans les recherches théoriques, depuis quelques années, les enseignants proposent aux étudiants une dynamique pédagogique prenant la forme d'un cycle d'apprentissage du transfert. Celle-ci est destinée à faciliter le mouvement du transfert (Meirieu & Develay, 1996 ; Tardif & Meirieu, 1996). Ce cycle se construit en trois temps : *Contextualisation* (C), *Décontextualisation* (D) et *Recontextualisation* (R) ; CDR. Nous verrons plus loin que ce cycle peut encore évoluer, ou du moins être approfondi, pour développer un apprentissage et un accompagnement plus efficaces.

Avant cela, nous rappelons le processus de cette dynamique. La première phase se nomme *contextualisation* (C). L'encodage d'un nouvel apprentissage et le contexte initial d'acquisition étant intimement liés (Barth, 1993, p. 67), le nouvel apprentissage peut être alors confondu avec son contexte : « Cela est ainsi parce que la rencontre avec ce nouveau savoir se passe dans des circonstances qui sont à la fois affectives, cognitives et sociales. » C'est pourquoi il devient inéluctable de proposer, d'imaginer ou de formuler des contextes signifiants les plus authentiques possibles (APP, ARC, analyse de contenu, incidents critiques, etc.) c'est-à-dire liés à la réalité professionnelle lors d'un nouvel apprentissage quelle que soit la discipline abordée. À ce moment, s'effectue un processus

d'encodage de notions, d'attitudes et de stratégies destinées à aborder sinon à résoudre une nouvelle situation. L'apprenant associe ce nouvel apprentissage à un contexte d'appropriation porteur de sens, ce qui en facilite l'acquisition, ou pas lorsque la situation évoque un sentiment d'incompétence insurmontable. Au risque de nous répéter, la fonction de l'accompagnateur est donc, d'une part, d'organiser des contextes d'apprentissage à la mesure des compétences à développer tout en prenant connaissance des pré-acquis des étudiants, et d'autre part d'adopter une attitude compréhensive facilitatrice de l'émergence de nouveaux apprentissages. Autrement dit, l'apprentissage tout à la fois (en)cadré de façon fluide – c'est-à-dire en tenant compte des connaissances (au sens large du terme) de chaque étudiant et en partant de l'expression de leur vécu personnel d'apprentissage *hic et nunc* – et tout à la fois encadré de façon rigoureuse – c'est-à-dire en maintenant prioritairement une posture compréhensive (communiquer des indices, reformuler, synthétiser, questionner le processus de travail, (re)donner des informations pratiques, etc.) – pourrait faciliter l'inscription à la fois de la créativité individuelle et de la rigueur intellectuelle dans les schèmes mentaux des étudiants.

La deuxième phase est nommée *décontextualisation* (D). Pour Presseau (2003, p. 116) : « Les apprentissages gagnent à être extraits hors de leur contexte d'acquisition, à être formulés explicitement lors de la reformulation de l'action. » L'apprenant apprend à distancier le nouvel apprentissage de son contexte initial tout en envisageant la possibilité de l'utiliser ailleurs ; il entrevoit son abstraction, sa conceptualisation en dehors de son contexte d'apprentissage. Le rôle de l'accompagnateur est d'amener les étudiants à prendre conscience de la conceptualisation des connaissances, d'identifier ce dont ils disposent et, éventuellement, ce dont ils ne disposent pas encore : « Sans que cette prise de conscience garantisse le transfert, elle permet à tout le moins d'augmenter les probabilités que les élèves s'en réfèrent à leurs acquis plutôt que d'élaborer de nouveaux apprentissages pour répondre à la nouvelle tâche qui leur est soumise. » (Prawat, 1989, cité par Presseau, 2003 p. 116)

La troisième phase est nommée *recontextualisation* (R). La *contextualisation* (C) et la *décontextualisation* (D) des apprentissages étant

à elles seules insuffisantes pour préparer l'apprenant à réinvestir les nouvelles connaissances dans de nouveaux contextes, il lui est proposé de *recontextualiser* (R) ses acquis. Autrement dit, il lui est suggéré de mettre en marche un processus de reconnaissance d'informations, de tri d'acquis, d'identification des ressemblances (*généralisation*) et des différences (*discrimination*) entre la situation source et la situation cible, ce qui lui permettra d'intervenir efficacement dans la gestion de la situation jusque-là inconnue de lui. Le rôle de l'accompagnateur est de soutenir l'emploi judicieux du transfert par l'apprenant afin que la solution proposée au bout du compte soit valide. Le cycle de ces trois phases (CDR) peut alors recommencer à tourner pour approfondir l'apprentissage dont il est question en abordant plusieurs contextes, plus ou moins différents. Ainsi, la phase de *décontextualisation* organise une mise en lien entre les acquis antérieurs, les acquis que vient d'acquérir l'apprenant et les acquis à acquérir, si la situation proposée présente un faible degré de similarité. Presseau (2003 p. 128) précise : « L'analyse de la pertinence des connaissances à réutiliser requiert le recours à des stratégies cognitives et métacognitives. » La figure 2 montre le cycle de mobilisation de ressources, CDR :

1. Moment de Contextualisation (C) ;
2. Moment de Décontextualisation (D) ;
3. Moment de Recontextualisation (R).



Figure 2. Le cycle CDR selon Meirieu et Develay (1996)

Dans le cadre de ce processus, l'objectif de formation demeure l'articulation des acquis antérieurs à ses nouveaux acquis lorsque

l'apprenant identifie, lors d'une situation qui se présente à lui, de nouveaux objectifs d'apprentissage pour la résoudre. La question reste de savoir comment l'apprenant va pouvoir gérer à la fois les similitudes et les différences entre la situation d'apprentissage (situation source) et la situation se présentant comme un problème à résoudre (situation cible) tout en gérant simultanément, comme l'approche située le propose, les croyances vivaces inscrites dans ses schèmes mentaux (à son sujet, au sujet de la situation qu'il est en train de vivre et au sujet des acteurs présents). Autrement dit, à quel moment va-t-il mobiliser ses ressources pour savoir-agir-réagir en pleine conscience, prendre du recul sur sa manière de faire, réinitialiser la base posturale de ses croyances (cognitives, socio-cognitives et affectives-relationnelles) pour (ré)organiser le schème mental et y inscrire de nouvelles connaissances? Nous proposons de répondre à cette question grâce à la notion de pratique réflexive.

#### **4. Exercice de la pratique réflexive : un cycle en quatre temps ?**

Au cours des années 80, Schön (1983/1994), lors de ses recherches sur la formation des professionnels, propose d'envisager l'approche professionnalisante par le biais de la conscientisation des acquis – *versus* non acquis – que s'est appropriés l'apprenant lors d'une modalité pédagogique spécifique. Il convient alors de demander à l'apprenant de verbaliser son action et de lui demander de mettre en mots sa façon d'envisager les choses lors d'une action professionnelle, y compris les attitudes psycho-socio-cognitives qu'il adopte dans le contexte de l'action (cf. approche située de l'apprentissage). Cette mise en relation entre l'apprentissage et l'expérience n'est pas neuve. En effet, pour Dewey (1933, cité par Mandeville, 2009, p.128), « l'apprentissage est essentiellement une démarche liée à l'expérience vécue *hic et nunc* ». Dans ce cadre de recherche, l'idée étant de développer des compétences utiles à la pratique professionnelle (et non d'acquérir des savoirs déconnectés de l'expérience, c'est-à-dire inutilisables et inertes), nous faisons référence à ce concept de pratique réflexive proposé par Schön. Celui-ci va faciliter le processus de transfert en (re)créant des liens entre les moments d'apprentissage *in vitro* (en laboratoire, en faculté, au cours) et les moments d'expérience *in vivo* (en stage, dans la vie professionnelle) que

vit un apprenant. Il existe plusieurs manières d'appréhender ce concept. Nous choisissons de présenter deux perspectives actuellement proposées dans nos institutions pédagogiques. Elles présentent des similitudes et des divergences qui nous semblent prépondérantes.

La première perspective (Lafortune, 2004 ; Paquay & Sirota, 2001) se tourne davantage vers un processus de résolution de problème où l'on convie l'apprenant à s'abstraire de la situation vécue afin de (trans)former ses savoirs implicites en savoirs explicites par l'évocation de la représentation qu'il en a. Dans ce cas, on demande à l'apprenant de procéder à la (re)structuration de ses savoirs antérieurs en y intégrant de nouveaux savoirs et de conceptualiser son action pour qu'il puisse évoquer des pistes d'auto-régulation de ses apprentissages, tout en se confrontant à des connaissances scientifiquement reconnues. Cette perspective met l'accent sur la nécessité d'une référence à une structure organisationnelle car, comme le soulignent Paquay et Sirota (2001, p. 169), elle met l'accent sur le fait que « la réflexivité entraîne l'attitude de recul par rapport à la situation qui va jusqu'à un recadrage organisationnel ». Ces auteurs ajoutent : « Les solutions trouvées dans un contexte organisationnel x doivent être revisitées à la lumière des caractères du contexte y pour y être utilisées. » Et comme on ne peut apprendre à transférer (à raisonner, à organiser et à décider) que dans le cadre de dispositifs qui entraînent à transférer en situation (Perrenoud, 1999), les séances d'Apprentissage Par Problèmes (APP-PBL) organisées en faculté, *in vitro*, représentent des moments propices à l'apprentissage du transfert *in vivo*. Cette méthode de pédagogie active prépare à l'exercice de résolution de problème par la stimulation de controverses entre les participants de groupes restreints. Elle donne par la même occasion la possibilité à l'étudiant de s'exercer aux processus de transferts des apprentissages par la mobilisation des connaissances acquises au cours des années antérieures tout en recherchant des réponses aux nouveaux besoins d'apprentissage (émergeants lors d'une nouvelle situation vécue), alors identifiés comme objectifs d'apprentissage pour résoudre le problème qui lui est proposé. Ainsi, à l'heure de la professionnalisation et de l'approche par compétences en milieu universitaire, nous savons qu'il est important d'apprendre aux étudiants, non plus de restituer intégralement un cours, mais, au contraire, de rechercher par eux-mêmes des informations, d'en



faire le tri, de les organiser et de savoir formuler ce qu'ils ont appris. Cette première façon d'envisager la pratique réflexive insiste davantage sur une résolution de problème avec mise de conscience de ses pratiques, de ses croyances ou de ses représentations évoquées. Celles-ci étant *situées*, elles sont influencées par des facteurs contextuels qui permettent leur apparition et les façonnent (Paquay & Sirota, 2001).

La deuxième perspective (Faingold, 2001 ; Guillemette, 2008 ; Kolb, 1984 ; Saint-Arnaud, 1992 ; Vermersch, 2011) explore davantage le processus de mise en conscience d'un fonctionnement inconscient qui émergerait grâce à une narration descriptive explorant le soi au sein même de l'action en questionnant, non seulement les pratiques et les représentations, mais aussi l'intuition ou le ressenti de l'acteur vis-à-vis de l'action. Cette perspective met l'accent sur la découverte de soi-même lors de l'adoption d'une posture de prise de recul (Paquay & Sirota, 2001) telle une démarche clinique d'auto-analyse (ou de co-analyse lorsqu'il est question d'accompagner la réflexivité de l'apprenant à propos de ce que la situation envisagée fait naître chez lui). Après la description de l'action (avec conjugaison au présent de l'indicatif) vient le moment de questionnement de soi à soi (ou de soi à un accompagnateur) – moment réflexif s'il en est – puis vient le moment de recherche et de confrontation aux ressources scientifiques disciplinaires, psychologiques ou psychosociales. Ce processus permettra à l'apprenant d'évoquer des pistes d'auto-régulation de ses apprentissages qu'il expérimente lors de l'action suivante. Dans cette perspective, la pratique réflexive ne peut être réalisée que par le professionnel, et à propos des actes qu'il a réalisés lui-même, dans le sens d'un *réfléchissement*<sup>5</sup> vis-à-vis de la manière dont il agit, réagit et réfléchit en situation. Le moment d'explicitation (Contextualisation) est

---

<sup>5</sup> Le *réfléchissement* ou *abstraction réfléchissante* : Piaget (1966, p. 124) rappelle qu'elle « consiste en une conscientisation d'informations non consciemment perçues par l'apprenant pendant l'action et pour lesquelles il a une interprétation et une représentation toute personnelle. [...] L'abstraction réfléchissante comporte toujours deux aspects inséparables : d'une part, un "réfléchissement" c'est-à-dire la projection (comme par un réflecteur) sur un palier supérieur de ce qui est tiré du palier inférieur (par exemple de l'action à la représentation) et d'autre part, une "réflexion" en tant qu'acte mental de reconstruction et réorganisation sur le palier supérieur de ce qui est ainsi transféré de l'intérieur ».

cœur du processus de transfert. Les propos de Faingold recueillis par Paquay et Sirota (2001, p. 165) soulignent qu'« expliciter n'est ni expliquer ni raconter ». C'est pourquoi le but de ses ateliers de formation est d'amener l'apprenant à replonger et à revisiter les détails de l'action qu'il a vécue en *flashback*. Quant à lui, Saint-Arnaud organise des ateliers de praxéologie fondés sur des jeux de rôles destinés à faire revivre à l'apprenant la situation telle qu'il l'a vécue. Ces techniques pour appréhender la pratique réflexive préviennent le risque d'une approche réflexive focalisée sur une action passée et sur son explication rationnelle (Paquay & Sirota, 2001), c'est-à-dire sur ses réflexions formulées *a posteriori*. Or, si la réflexion est le propre de tout praticien, la pratique réflexive propose d'aller plus loin. Elle sonde les couches profondes de notre professionnalité, questionne nos acquis, notre arbitraire, nos croyances, nos intuitions, nos ressentis, nos manques, nos valeurs, nos normes et nos habitudes répétées lors d'une action (Paquay & Sirota, 2001).

Ce que la pratique réflexive – la réflexivité – apporte de plus aux étudiants, c'est une volonté de rompre, si cela s'avère nécessaire, avec des stéréotypes et des cadres prescrits tout en s'engageant dans la conscientisation de leurs propres représentations psycho-socio-cognitives émergeant pendant leurs actions (Schön, 1983/1994). Ce processus donne l'occasion à l'apprenant de comprendre par lui-même comment il construit ses connaissances, ses attitudes et ses gestes pour fournir une réponse adéquate à la situation soulevée. Nous insistons sur le fait que la posture réflexive n'est pas faite de regards critiques rationalisants. C'est une démarche subjective associée à une prise de recul questionnant les attitudes, les savoirs et les capacités sous un angle de vue non automatique, non restrictif et non standardisé. Un regard qui sonde le fond postural émergeant lors d'une action pourrait être, selon cet angle de vue, qualifié de réflexif. Autrement dit, la réflexivité correspond d'abord au *réfléchissement*, lors de nos pratiques, de nos attitudes et de nos réflexions dans l'action. Puis, comme le rappelle Piaget (1966), vient le moment de la régulation de l'action. Sans la phase du réfléchissement rigoureux, la régulation risque de simplement reproduire les actions et les idées reçues. Sans la régulation, le réfléchissement risque d'être une perte de temps. Sur les terrains pédagogiques, il est possible de rencontrer l'une ou l'autre des

deux perspectives. Il est possible aussi de rencontrer des perspectives hybrides qui s'inspirent de l'une et/ou de l'autre, en fonction du contexte d'opérationnalisation d'un dispositif et de ses acteurs agissants car il n'est pas si simple de devenir *praticien réflexif*.

#### 4.1 Devenir praticien réflexif ?

La pratique réflexive invite à une remise en question de nos schèmes mentaux, à propos de notre manière de réfléchir, de notre manière d'interpréter une situation, des perceptions que l'on en a et de nos représentations subjectives personnelles. Présentée de cette façon, la pratique réflexive peut être vue comme source de prise de risque, d'inconfort et d'anxiété, voire de mise en danger de nos croyances et/ou de nos savoirs acquis jusqu'ici. *A contrario*, Boutet (2004, p. 9) souligne que :

« La complexité de l'intervention éducative en contexte scolaire et la multiplicité des variables simultanément en jeu dans les situations d'enseignement-apprentissage (Lenoir, 1996) font de l'acte d'enseigner une expérience professionnelle d'une densité exceptionnelle. Les dimensions cognitives, affectives, sociales et morales des personnes interagissant au sein de ces situations sont constamment sollicitées. Dans un contexte souvent instable et imprévisible, la posture réflexive empruntée par l'acteur de terrain au cœur de ce contexte est source de stabilité. »

Envisagée ainsi, la pratique réflexive pourrait ne plus être considérée comme une source ni d'inconfort, ni d'anxiété, ni de souffrance, bien au contraire, elle deviendrait alors une source d'auto-régulation dans l'action *hic et nunc*. Elle facilite le processus d'ancrage des acquis d'apprentissage – ou de leurs remises en question – au sein d'une réalité professionnelle. Car, pour Schön (1983/1994), « il est important de considérer des situations qui, en raison de leur unicité, de leur degré élevé d'incertitude et de leur instabilité, ne permettent pas l'application des théories et des techniques de la science traditionnelle ». En disant cela, il propose, non pas de tourner le dos à la théorie, mais, au contraire, qu'elle devienne un

instrument de travail pour qu'elle aille au bout de sa vocation de sources scientifiques en formation professionnelle.

C'est ainsi que le processus réflexif pourrait être présenté afin de passer outre, soit aux calembours, soit aux scepticismes, soit aux résistances que cela engendre encore actuellement dans nos institutions. Et, si on peut observer de la résistance de la part des professeurs, on peut aussi en observer de la part des étudiants, en tout cas lors des stages cliniques. Car beaucoup d'étudiants cherchent avant tout à faire face aux difficultés et aux urgences qu'ils rencontrent lors du *choc de la réalité*. Soit ils se sentent déstabilisés par cette approche réflexive et y résistent, soit ils « la vivent comme un exercice académique auquel ils doivent se résoudre » (Perrenoud, 2013, p. 82). L'installation de ce type de travail dans un contexte pédagogique ne va pas de soi. Malgré cela, la posture de praticien réflexif, telle que Schön (1983/1994) la propose, s'impose de plus en plus de nos jours parce-que la société évolue toujours, progressivement, mais aussi très rapidement. Un accompagnement adéquat pour travailler dans ce sens, c'est-à-dire sur la disponibilité à se remettre en question, pourrait constituer un élément facilitateur de cette démarche.

Devenir *praticien réflexif* ne signifie pas ajouter aux savoirs théoriques une couche de savoirs attitudinaux qui garantiraient l'acquisition d'un ensemble de ressources (cognitives, socio-cognitives et affectives-relationnelles). Il s'agit de mettre en place un processus de conscientisation qui permet de décoder nos actes professionnels, de les observer *in situ* et de les comprendre pour s'auto-réguler<sup>6</sup> dans l'action,

---

<sup>6</sup> « L'auto-régulation des apprentissages de l'apprenant [*régulation interne*] est un processus cognitif ou métacognitif qui a pour finalité le contrôle et l'ajustement de ses activités cognitives, affectives et sociales et qui contribue à la transformation de ses compétences. » (Allal, 2007, cité par Mottier Lopez, 2012, p. 7). Par contre, la *régulation externe* est communiquée par le formateur et par les modalités qu'il propose pour orienter le processus d'auto-régulation de l'apprenant. Dans ce cadre, lorsque nous évoquons le terme d'auto-régulation, nous parlons de *régulation interne* uniquement. Lorsqu'on utilise le terme *co-régulation*, nous parlons de *régulation externe*.

Ces précisions pour éviter un effet de la polysémie de ce terme, et notamment pour éviter la confusion avec le *rôle de régulation* qu'un animateur de groupe assure au sein d'un travail en

mais aussi pour changer nos pratiques si cela s'avère nécessaire lors de l'action. Autrement dit, il s'agit de prendre du recul par rapport à l'action pour pouvoir la voir sous un autre angle, celui de la méta-réflexion. Le but est d'établir un dialogue avec les stratégies que l'on utilise, avec les attitudes que l'on adopte, avec les gestes que l'on fait, avec les émotions que l'on ressent et avec les mots que l'on dit, en s'engageant dans un processus de *réfléchissement* (Piaget, 1966) de soi-même dans l'action, tel un retour sur images mentales. Alors, on devient praticien réflexif. Paquay, Van Nieuwenhoven et Wouters (2010, p. 15) ajoutent que :

« Le développement professionnel ne se réalise pas d'abord dans l'action mais dans la réflexion sur l'action. Les différents modèles de la démarche d'enquête (Dewey, 1967), de l'apprentissage expérientiel (Kolb, 1984 ; Boussara, Serre & Ross, 1999) et de la pratique réflexive (Schön, 1983/1994) montrent à l'évidence l'importance d'une démarche de réflexion distanciée sur sa pratique professionnelle comme vecteur d'apprentissage. »

À présent, après avoir précisé en quoi la *réflexivité* est un élément essentiel dans l'apprentissage en profondeur, dans l'autonomisation et dans l'actualisation des compétences professionnelles, nous proposons d'exposer les modèles proposés jusqu'ici par les chercheurs pour décrire les différents moments de ce processus. Le premier modèle présenté est celui de Schön (1983/1994). Le deuxième modèle est celui de Kolb (1984) auquel nous associons l'entretien d'explicitation de Vermersch (2011). La troisième proposition s'inspire des deux modèles précédents pour soutenir une opérationnalisation du processus réflexif. Cette proposition inspirée de Le Boterf (1997) est présentée en tant que synthèse de cette partie théorique.

## 4.2 Modèle de pratique réflexive de Schön

---

groupe restreint (Vierset, Bédard & Foidart, 2009) qui peut-être assimilé à la *régulation externe* communiquée par un animateur, ou par un participant, pour orienter le processus d'auto-régulation du groupe de travail (p. ex. APP).

Schön (1983/1994) propose d'envisager les « théories en usage » que le praticien utilise lorsqu'il exerce un acte professionnel lors de deux moments intimement liés l'un à l'autre dans le moment de contextualisation (C) : *in action*, la réflexion dans l'action c'est-à-dire au cours de l'action (moment a) et la réflexion *sur l'action* c'est-à-dire sur le cours de l'action (moment b). Guillemette et Gauthier (2008b, p. 134) soulignent que « la trilogie généralement attribuée à Schön a été initiée par Killion et Todnem (1991) ». Ainsi, à deux moments de pratique réflexive, ils y ajoutent un troisième moment : la réflexion *pour l'action* (moment c). Ces trois moments de pratique réflexive, intimement liés entre eux dans une forme cyclique, sont développés ci-dessous (figure 3) :

- a. Moment de la *réflexion in action* : il constitue le moment de l'action et la manière dont le praticien la gère ;
- b. Moment de la *réflexion sur l'action* : il constitue le cœur de la pratique réflexive dans le sens où c'est le moment où le praticien s'auto-questionne pour comprendre ses pratiques et ses attitudes. Il constitue le moment où le praticien, juste après son action et à propos de l'action, se donne l'occasion de rendre le plus conscient possible le processus de mobilisation des connaissances qu'il a utilisées et des attitudes qu'il a adoptées pour organiser progressivement un savoir-agir-réagir efficace (ou non). Le but de cette étape de *réfléchissement* s'organise pour que l'acteur-praticien revive au présent le film de son action et prenne conscience de ses représentations émergeant lors de son récit. Il cherche à ouvrir son système de représentations, son angle de vue et recherche des théories existantes pour soutenir l'action. Schön (1983/1994) précise que cette étape correspond au moment d'apprentissage du transfert ;
- c. Moment de la *réflexion pour l'action* : il constitue le moment où le praticien décide d'ajuster ses démarches et décide de modifier son point de vue pour répondre à la nouvelle situation avec succès. Il y intègre ses nouveaux apprentissages à ses savoirs d'expérience dans le but d'améliorer le cheminement de l'action dans sa globalité objective et subjective. Cette étape correspond au but recherché

lors de la formation de futurs praticiens, c'est-à-dire être capable de s'auto-réguler le plus rapidement possible afin de donner une réponse efficace à la situation qui se présente. Lievin, Fortin, Millette, Aubrege et De Korwin (2008, p. 226) ajoutent : « Le savoir-dans-l'action s'exprime à l'instant d'une action professionnelle spécifique par un comportement efficace, automatique et spontané, sans intervention évidente d'une démarche intellectuelle réfléchie, ce qui signifie que le praticien effectue ses différentes actions sans nécessairement en avoir conscience (on parle dans ce cas de savoir tacite). Dans le cas contraire, cela correspond à l'ajustement durant l'action des procédures habituelles du praticien au cas particulier rencontré lors d'une situation inédite. » Guillemette et Gauthier (2008, p. 141) soulignent les propos d'Altet (1994, p. 12) : « Il ne s'agit pas de développer purement et simplement des routines mais plutôt des schèmes de résolution de problèmes qui permettent d'être efficace dans des familles de situations et dans les mécanismes d'adaptation de l'action en contexte. En somme, il s'agit de développer une pratique professionnelle. »

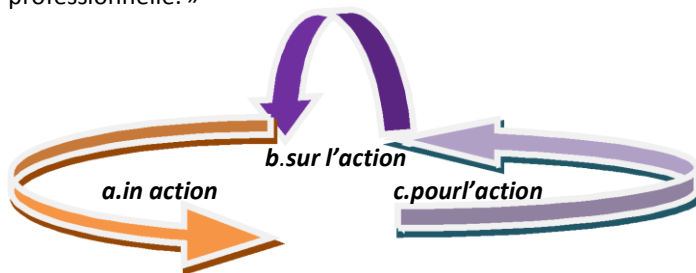


Figure 3. Trois moments de pratique réflexive selon Schön (1983/1994) et Killian & Todnem (1991)

L'intérêt d'une telle posture est de décrire les composantes de l'action ou de la situation, de se questionner, de définir de nouveaux objectifs d'apprentissage, de chercher à y répondre grâce aux ressources internes et externes questionnées, mais ajoutons à cela l'intérêt à se poser des questions sur ses représentations et à se positionner pour, si le cas s'y prête, renouveler – voire concevoir – d'autres attitudes à l'approche du problème soulevé. Lors de cet apprentissage, le praticien novice a ainsi

l'occasion de développer un savoir-transférer tout en s'inscrivant dans un processus d'autonomisation progressive.

### 4.3. Modèle de l'apprentissage expérientiel de Kolb<sup>7</sup>

Ce modèle se rapproche du modèle de Schön tout en le précisant. Ce modèle de *l'apprentissage expérientiel* de Kolb (figure 4) ajoute un quatrième moment de pratique réflexive : le moment *d'explicitation* (b'). Nous décrivons ce modèle de manière plus concrète, avec des exemples de questions à se poser pour chaque moment :

- a. Moment *d'expérience in action* : correspond à la description de ce que je suis en train de faire pendant l'action. Les questions qui se posent sont les suivantes : qu'est-ce je suis en train de faire pour agir efficacement dans la situation que je suis en train de vivre ? Qu'est-ce que je vois ? Qu'est-ce que j'entends ? Quels gestes, quels mots j'utilise ? Etc.
- b. Moment *d'explicitation sur l'action* : correspond au *réfléchissement* et à la description au présent du film intérieur de l'action que j'ai réalisée. Ce moment renforce l'incarnation de la pratique réflexive dans une action spécifique. La description du déroulement de l'action met en évidence mes stratégies de raisonnement, mes stratégies relationnelles ainsi que mon cheminement personnel vécu à travers l'action, mes croyances, mes représentations, mes pensées, mes intuitions, mes ressentis et mes perceptions activées *hic et nunc*. Les questions qui se posent sont les suivantes : Qu'est-ce qui m'a amené à agir de la sorte ? Qu'est-ce que je me dis intérieurement ? Quelles sont mes représentations à ce sujet ? Etc.
- b'. Moment *d'explication sur l'action* : correspond à la recherche de ressources théoriques scientifiques (psychologiques, psycho-sociales et celles liées à la discipline envisagée). C'est le moment d'intégration entre mes acquis antérieurs et mes nouveaux acquis

---

<sup>7</sup> Guillemette nomme ce modèle, le modèle des 4 EXs. Symposium Mons, AIPU 2014 : *Le log book, support d'apprentissage et d'accompagnement de la pratique réflexive*. V. Vierset & F. Guillemette.



pour améliorer la prise en charge de l'action future. La question qui se pose est la suivante : quelles ressources (internes et externes) puis-je activer pour soutenir mon action ? Etc.

- c. Moment d'expérimentation *pour l'action* : correspond au moment de prise de décision et de positionnement lors de la nouvelle action à gérer. La question qui se pose est la suivante : Qu'est-ce que je décide de mettre en place pour améliorer mon savoir-agir-réagir lors de cette action ?

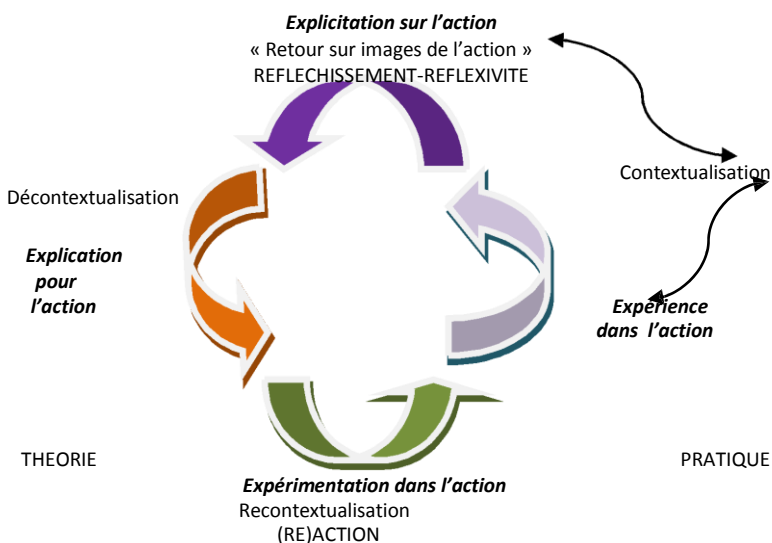


Figure 4. Quatre moments de pratique réflexive selon Kolb (1984)

Le moment d'explicitation du vécu de l'action est nommé *entretien d'explicitation* par Vermersch (2011) lorsqu'il est accompagné par un des formateurs. Le rôle de ce dernier est de *réfléchir* les propos de l'apprenant. Lors de la verbalisation ou de la mise en mots de l'action, de ses détails dans ses dimensions procédurale et implicite, le formateur pose des questions à l'apprenant afin de faire émerger sa perception vécue de

l'action dans sa singularité en partant du postulat que « l'action est opaque à celui-là même qui l'accomplit » (Vermersch, 2011).

#### **4.4 Apport de l'entretien d'explicitation de Vermersch**

Le but de l'entretien d'explicitation est que l'apprenant prenne conscience de son fonctionnement psycho-socio-cognitif lorsqu'il rencontre une situation à gérer sur le terrain pratique. Autrement dit, c'est l'amener à conscientiser son action – voire son observation – en la verbalisant lors d'une prise de conscience provoquée à propos de la succession de ses actes, de ses gestes et de ses mots afin de faire émerger ce qu'il pense, ce qu'il ressent émotionnellement et corporellement. Claude Bernard (1813-1878), médecin français, disait déjà : « C'est ce que nous pensons déjà connaître qui nous empêche souvent d'apprendre. » La démarche de l'entretien d'explicitation tente un travail sur le fond attitudinal et stratégique de l'apprenant. Pour Borde (2009, p. 15) : « L'entretien d'explicitation est une technique d'accompagnement pouvant créer les conditions d'une mise en mots des dimensions du vécu qui, pour le sujet, restaient à l'état implicite. »

Pour réaliser cet entretien, l'accompagnateur demande à l'apprenant de décrire ce qu'il a fait, comment il l'a fait et ce qui l'a poussé à agir de telle ou telle manière (interprétation personnelle de l'action par l'apprenant). Lors de la description de l'action selon la représentation personnelle de l'apprenant, l'accompagnateur adoptera une attitude compréhensive, non évaluative et réflexive. Cet entretien faciliterait la prise de conscience du seuil d'apprentissage qu'il n'a pas encore dépassé et sur lequel il bute. Dans ce cadre, l'occasion est donnée à l'apprenant d'aller *au-delà* de ce qu'il sait déjà en déplaçant les limites de sa conscience du phénomène vécu. Et, comme le rappelle Vermersch (2011, p. 84) : « La prise de conscience ne se déclenche que sous la pression des échecs et des obstacles rencontrés par l'apprenant quand il cherche à atteindre des buts qui le motivent et qui ont du sens pour lui. » Il est suggéré, dans un premier temps, de placer l'étudiant dans la réalité des situations d'apprentissage contextualisé afin qu'il fasse ses propres erreurs, sans mettre en danger d'autres acteurs du système. Dans un

deuxième temps, avec le soutien de l'accompagnateur, il pourra cerner ses représentations, ses pré-conceptions et ce qui fait sens pour lui dans ce type de situation. Il cherchera alors d'autres réponses à son action, qui, elles-mêmes, seront expérimentées à leur tour. Vermersch (2011, p. 47) précise :

« L'intention de l'accompagnateur est de comprendre ce qui fait que l'apprenant procède de telle ou telle manière, d'autant plus que l'on s'éloigne de la réponse attendue.[...] C'est la description de ce qu'il a réellement fait pour gérer l'action et pas de ce qu'il pense qu'il aurait dû faire ni pourquoi il l'a fait. Le questionnement descriptif est là pour documenter le détail de l'action implicite afin de la rendre plus explicite pour lui-même. »

Il ajoute (2011, pp. 74-86) :

« L'entretien d'explicitation ne signifie ni l'évocation de ce que l'action aurait pu être dans l'imaginaire [...] ni le recours aux aspects conceptuels, généralisants ou prescrits académiquement pour gérer l'action. [...] L'entretien d'explicitation n'est ni une évaluation, ni une justification, ni un jugement, ni une rationalisation de l'action. [...] Des informations non consciemment perçues par l'apprenant sont inscrites dans son *habitus* telle une routine mentale. L'idée est de nommer ces routines, de les faire exister afin de les utiliser en toute conscience si cela s'avère adéquat et, sinon, d'améliorer sa pratique professionnelle. [...] Pour explorer les savoirs tacites dans l'action, l'entretien d'explicitation aide le sujet à établir *a posteriori* un rapport spécifique avec le déroulement de son action ; c'est la *position de parole incarnée*. Installé dans cette position de parole, le sujet devient capable de revivre son action et d'en décrire son vécu. »

Guillemette et Lapointe (2010, p. 55) insistent sur le processus de verbalisation qu'induit l'accompagnateur lors de l'entretien d'explicitation :

« L'important n'est pas de reconstituer les faits tels qu'ils sont arrivés – comme dans une enquête policière –, mais plutôt de reconstruire l'expérience telle qu'elle est vécue et telle qu'elle fait sens pour la

personne qui la vit ou la revit dans le présent de sa conscience. Cet élément est prioritaire. Car, ce que l'accompagnateur tente de faire émerger ce sont les représentations stéréotypées ainsi que le sens que l'action représente pour l'apprenant qui la vit et non une description rationalisante, ni une opinion ; le discours est descriptif et non évaluatif. »

En résumé, il est important de faire la distinction entre le *moment d'explication b'* (Décontextualisation) et le *moment d'explicitation b* (Contextualisation). Car, dans le premier cas, ce que l'accompagnateur désire savoir, c'est la manière dont l'apprenant engagé dans une situation a traité les informations contextuelles qui se présentaient à lui dans son environnement pour, lors de la gestion d'une situation plus ou moins similaire, apporter des ajustements objectivables et rationnels ou des compléments d'informations si cela est nécessaire. Par contre, dans le deuxième cas, l'entretien d'explicitation poursuit l'objectif de faire émerger le vécu de l'action d'un individu et les représentations qu'il en a, encore à l'état implicite pour l'individu lui-même. C'est un dialogue entre l'action et ce que l'individu *a dans sa tête* au niveau du vécu réel individuel et subjectif. En effet, le *moment d'explication* est de l'ordre du pourquoi, de la recherche d'une causalité et d'une logique objective puisant ses informations dans un cadre théorique d'une analyse d'erreurs ou d'une actualisation des conduites à tenir au niveau conceptuel objectivable. Quant au *moment d'explicitation*, il est de l'ordre de l'émergence de la subjectivité de l'apprenant lors de la mise en conscience des ses habitudes de fonctionnement.

Tous ces modèles et concepts, s'ils peuvent sembler un tant soit peu étranges (dans le sens étrangers à ce que l'on pratique actuellement) sont essentiels dans le cadre d'un *apprentissage situé* car la posture réflexive est une posture de base pour la création d'un savoir transférable à d'autres situations (Perrenoud, 2009). On pourrait alors s'étonner de ne pas la rencontrer plus souvent sur un terrain de pratiques pédagogiques. La raison de cette mise en marge est que cette posture rencontre des freins institutionnels et organisationnels avec, notamment, celui du temps que cette méthode pourrait prendre. Or, un entretien d'explication prend peu de temps, ne demande pas de matériels sophistiqués, ne demande pas de

locaux spécifiques. Par contre, elle demanderait, en effet, l'organisation d'une formation à l'apprentissage/accompagnement réflexifs.

#### 4.5 Pratique réflexive et transfert : quel lien ?

Nous allons présenter l'opérationnalisation du processus réflexif proposée par Le Boterf (2001), tout en organisant une synthèse entre les perspectives présentées précédemment (figures 3 et 4) et, dans le même temps, établir un lien avec le cycle du transfert proposé par Meirieu et Develay (1996) développé précédemment : CDR (figure 2). Le Boterf (2001) s'aligne sur le modèle de Kolb (1984). Il propose quatre moments de pratique réflexive en insistant sur l'entretien d'explicitation développé par Vermersch (2011) :

- a. Expérience pratique, lors du moment de réflexion *in action* : correspond à la réflexion sur ce que je fais et à la réflexion qui s'organise pour décider ce que je vais faire dans l'immédiat. Les questions qui se posent sont les suivantes : qu'est-ce que je suis en train de faire pour agir efficacement dans la situation que je suis en train de vivre ? Qu'est-ce que je vois ? Qu'est-ce que j'entends ? Quels gestes, quels mots j'utilise ? Etc. Ce moment correspond au premier moment de Contextualisation, C ;
  
- b. Explicitation de ma pratique lors du moment de réflexion *sur l'action* : correspond à la réflexion (au présent) sur ce que j'ai fait (je fais) et à la réflexion sur ce qui m'a poussé (me pousse) à agir ainsi. Les questions qui se posent sont les suivantes : qu'est-ce qui m'amène à agir de la sorte ? Qu'est-ce que je me dis intérieurement ? Quelles sont mes représentations à ce sujet ? Etc. Ce moment correspond au moment de *Réfléchissement* (R), de Réflexivité (R) et de (Re)mise en question de ses actes et de ses acquis professionnels. Nous le nommerons RRR. Ce moment constitue l'apport majeur de la pratique réflexive au sein du cycle CDR de transfert des apprentissages. Ce moment correspond aussi au deuxième moment de Contextualisation, C ;

- b'. Conceptualisation de ma pratique lors du moment de réflexion *sur l'action* : correspond à la phase d'abstraction empirique que j'entame pour améliorer l'action. La question qui se pose est la suivante : quelles ressources scientifiques (internes et externes) puis-je activer pour soutenir mon action ? Ce moment correspond au moment de Décontextualisation, D ;
- c. Nouvelle mise en pratique dans une autre situation *pour l'action* : correspond au transfert des apprentissages nouvellement acquis dans la situation passée (situation source) vers la situation qui se présente *hic et nunc* (situation cible). La question qui se pose est la suivante : qu'est-ce que je décide de mettre en place pour améliorer mon savoir-agir-réagir lors de cette action ? Ce moment correspond au moment de Recontextualisation, R.

La figure 5 présente les quatre temps de pratique réflexive. Dans le cycle, le moment RRR s'inscrit *pendant* le moment de contextualisation (C) de l'action, tel un retour *flashback* sur les mouvements et les pensées intériorisés pendant l'action et formulés au présent. Pour le représenter dans le cycle de la pratique réflexive, nous lui donnons une forme séparée et sous forme de reflet : C. RRR.

### La pratique réflexive : un cycle en 4 temps

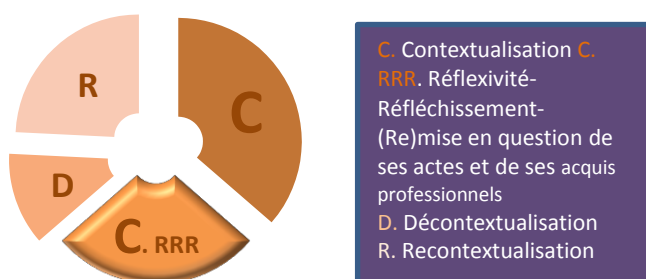


Figure 5. La pratique réflexive : un cycle en quatre temps (Vierset & Guillemette, 2014).

En résumé, des exemples de questionnement sont proposés ci-dessous afin de montrer aux accompagnateurs une façon d'opérationnaliser un entretien réflexif en quatre temps sur un terrain de pratique :

a. **C = Contextualisation = Expérience**

Qu'est-ce que je fais *ici et maintenant* pour agir et réagir efficacement dans la situation que je suis en train de vivre ? Qu'est-ce que je vois ? Qu'est-ce que j'entends ? Quels gestes, quels mots j'utilise ?

b. **C. RRR = Contextualisation = Réfléchissement = Explicitation**

Qu'est-ce qui m'amène à agir de la sorte, à penser ainsi, à faire ce geste ainsi ? Qu'est-ce que je me dis intérieurement ? Quelles sont mes représentations à ce sujet ?

b'. **D = Décontextualisation = Explication**

De quelles ressources scientifiques (internes et externes) je dispose ?

c. **R = Recontextualisation = Expérimentation**

Quelles actions vais-je décider de poser lors de nouvelles situations à gérer ?

Ces modèles réflexifs prennent leur source dans *l'apprentissage expérientiel* et dans *l'approche située*. Ce qui les unit principalement c'est la perspective selon laquelle les faits et leurs interprétations sont inextricablement liés (Guillemette & Lapointe, 2010). Dans la même conception épistémologique, Saint-Arnaud (1992) propose le concept de *praxéologie*<sup>8</sup> pour insister sur le questionnement concernant le moment de l'action située (lors de la contextualisation, C). Dans ce cadre, il propose

---

<sup>8</sup> Praxéologie : langage de la *praxis* (langage de la pratique), définie par Saint-Arnaud, Mandeville et Bellemare (2002, p. 31) comme étant « une science de l'action humaine visant à comprendre l'agir professionnel dans ses pratiques quotidiennes, dans ses processus de changement et dans la mesure de ses conséquences. »

des formations aux apprenants afin de les confronter à la dissonance qu'il pourrait y avoir entre les stratégies qu'ils proposent et les intentions qu'ils formulent. Le plus intéressant, souligne Saint-Arnaud (2001, p. 20) est que « ce que l'apprenant a fait (sans pouvoir le conceptualiser avant de l'avoir fait) s'est avéré plus efficace que la méthode qu'il avait expliquée auparavant ». Saint Arnaud, Mandeville et Bellemare (2002, p. 30) précisent le concept de praxéologie :

« La praxéologie, ainsi utilisée comme synonyme de la science-action (Argyris, 1993 ; Argyris, Putnam & McLain Smith, 1985 ; Argyris & Schön, 1974 ; Schön, 1983/1994, 1987), cherche à combler l'écart qui existe entre la théorie et la pratique, entre la science et l'action (Gaudet, 1995). Pour Argyris, la notion de science-action vise le développement d'un savoir qui soit utile, valide, descriptif de la réalité humaine et qui soit une source d'informations sur la façon de changer cette réalité (Argyris, Putnam & McLain Smith, 1985). Pour Schön, la science-action permet de considérer, dans l'univers scientifique, des situations qui, en raison de leur unicité, de leur degré élevé d'incertitude et de leur instabilité, ne permettent pas l'application des théories et des techniques de la science traditionnelle (Schön, 1983/1994). »

Nous voulons encore insister sur ce que la pratique réflexive n'est pas. Elle ne fait pas référence à un raisonnement logique ou analogique (théories validées pour une situation problème et adoptées pour résoudre une autre situation analogue). Elle ne correspond pas non plus à une démarche inductive associée au raisonnement par la découverte (du particulier au général) ou déductive associée à la rigueur d'un raisonnement invoquant la maîtrise et l'application de théories jusque-là validées (du général au particulier). La pratique réflexive correspond à une position *méta*, à une position de retrait et d'observation de nos observations, de nos actions, de nos réflexions et du chemin qu'ont pris nos raisonnements pour savoir-agir-réagir efficacement, qu'importe la forme qu'ils aient pris. Il s'agit de mettre des mots sur les raisonnements, sur les attitudes et sur les émotions inscrites dans nos schèmes mentaux pour faire émerger à notre conscience ce qu'on ne saisit pas encore. L'idée est d'identifier, dans le spectre de nos représentations et de nos croyances, les automatismes qui y sont déjà inscrits, de les modifier et de



les intégrer à de nouveaux acquis. La pratique réflexive est à distinguer de la *pensée critique* car, pour Pallascio, Benny et Patry (2001, p. 32) : « Une pensée critique se développe à partir de contenus (concepts, énoncés, rapports, etc.). » Ces contenus sont présentés de manière concrète, objective et rationnelle. Or, la réflexivité présentant un caractère singulier propre à chaque individu ne peut être que subjective.

Par ailleurs, bien que la *réflexivité* et la *métacognition* montrent, selon Wolfs (2005), des points de convergence, dans le sens qu'elles visent toutes deux la prise de conscience par l'apprenant des stratégies qu'il utilise pour gérer une action, elles montrent aussi des points de divergence. En effet, elles se distinguent par le fait que la réflexivité va au-delà de la métacognition en l'englobant dans un processus de décentration de soi en interaction avec l'environnement socio-culturel de la situation vécue par l'apprenant. En fait, adopter une posture réflexive, c'est accepter de prendre le risque de faire naître à notre conscient individuel ce qui a pu freiner le bon déroulement d'une action professionnelle, ce qui a pu faire échouer une autre, ce qui a pu nous empêcher de voir ce qu'il y avait à faire ou à ne pas faire. Saint-Arnaud (2001, p. 21) souligne : « Ces conceptions qui orientent la manière d'envisager un système d'apprentissage pourraient être apparentées à un paradigme tant il est devenu à l'heure actuelle un concept inévitable dans les systèmes de formation professionnelle. » L'action demeure le fil rouge de cette investigation très spécifique ; elle constitue le point de départ et le point d'arrivée du cycle réflexif en quatre temps actualisant la notion de professionnalité dans le sens d'acquérir une pratique professionnelle en même temps que des contenus. En résumé, adopter une posture réflexive c'est accepter deux éléments essentiels très liés entre eux :

- identifier les capacités, les savoirs, les attitudes que l'on a acquis (ou non) lors d'une résolution de problème, lors de travaux pratiques ou lors de la gestion d'une situation est, selon nous, essentiel. Car, à partir du moment où l'on sait identifier ce que l'on s'est approprié, où l'on sait se questionner sur soi et sur ses actions, on gagne progressivement en autonomie, et plus encore, si l'on sait aller chercher des réponses à ses questionnements pour poursuivre ses objectifs d'apprentissage

tout en ajustant ses actions en cours de travail et auto-réguler ses apprentissages. Comprendre ses pratiques, se questionner et travailler sur ses représentations personnelles lors des inévitables interactions auxquelles l'individu participe dans l'environnement d'une situation professionnelle est, à notre avis, incontournable, à l'heure actuelle ;

- aller *au-delà* de procédures prescrites ou de contenus académiquement validés pour les adapter aux demandes de notre société en pleine mutation exponentielle. Les étudiants d'aujourd'hui s'adaptent plus vite que les étudiants d'hier à cette société du changement ; ils sont nés dedans ! Cependant, faire de *bons choix*, se positionner, argumenter sa position, prendre des risques et des responsabilités exigent l'implantation de modalités pédagogiques fédératrices d'un savoir-transférer, d'un savoir-ajuster, d'un savoir-apprendre, d'un savoir-changer et d'un savoir-crée pour pouvoir changer les pratiques si cela s'avère nécessaire.

Autrement dit, il s'agit de porter constamment un regard pour savoir si l'on garde le cap ou si on s'en éloigne (Lafortune, Jacob & Hébert, 2000). La finalité pédagogique de la pratique réflexive correspond à la (re)construction d'un savoir d'action ancré dans un contexte authentique d'apprentissage tout en sachant que, même si ce savoir est le plus souvent inconscient, il conditionne le succès de l'action. Le but recherché est de faire prendre conscience à l'apprenant que l'adoption d'une posture réflexive le soutiendra lors des apprentissages en action. Il pourra alors formuler la perception qu'il a de sa compétence en formulant ses apprentissages : « j'ai appris telle manière de faire, tel processus, telle stratégie, telle attitude, etc., durant ce stage ». Ainsi, il approfondit le lien qui existe entre réflexivité, transfert, apprentissage et compétence professionnelle.

## **5. La pratique réflexive pour une formation aux compétences professionnelles**

Pour ce qui concerne le transfert, nous rappelons qu'à partir de la théorie de *l'équilibration cognitive*, nommée aussi *théorie opératoire* (Piaget, 1968), l'interaction entre le sujet et son environnement est conceptualisée comme un processus composé de deux mouvements complémentaires : *l'assimilation* et *l'accommodation* (Piaget, 1968). Ce double mécanisme participe à la construction progressive des apprentissages. Lors de l'assimilation, le sujet appréhende le monde dans sa globalité sans se modifier. Ce premier aspect concerne les apprentissages antérieurs stabilisés, ancrés et validés. Lors de l'accommodation, le sujet se modifie pour s'adapter à ce qu'il ne peut assimiler tel quel. Ce deuxième aspect concerne la dynamique du changement ou théorie de l'équilibration cognitive. Si une nouvelle information présente des caractéristiques connues et qu'elle peut être intégrée aux catégories de savoirs existants, le système cognitif demeure en état d'équilibre ; on parle du mécanisme d'*assimilation* (Frenay, 2004). Par contre, si une nouvelle information ne trouve pas sa place, voire entre en conflit avec un savoir assimilé antérieurement, le système cognitif entre dans un état de déséquilibre tout en mettant l'apprenant dans un état d'inconfort. Celui-ci va devoir procéder au rééquilibrage cognitif pour sortir de sa situation d'inconfort en s'appropriant cette nouvelle information et ainsi pouvoir résoudre un problème efficacement ; on parle alors du mécanisme d'*accommodation*. Frenay (2004, p. 42) rappelle :

« La nécessité du mécanisme d'assimilation dans le processus de transfert soulève trois implications majeures dans les situations de formation. Cela implique tout d'abord qu'une structure d'accueil pertinente soit disponible pour l'assimilation des nouvelles données. Ensuite, même si l'apprenant dispose potentiellement de cette structure d'accueil pertinente, encore faut-il que cette structure soit effectivement mobilisée au moment de cette confrontation. Enfin, les données fournies à l'apprenant doivent être assimilables par lui, compte tenu de ses structures d'accueil et de sa capacité à les activer à ce moment (Frenay, 1994 ; Bourgeois & Nizet, 1997). »

Quant à lui, Vermersch (2011) évoque également ce double processus en insistant sur l'interaction et les ajustements socio-culturels qu'il nécessite afin de proposer une résolution efficace à une situation

problématique. L'interaction qui se construit entre un apprenant et son contexte – y compris ses acteurs et lui-même – s'articule entre ces deux mouvements distincts et complémentaires. Le premier – *assimilation* – permet à l'apprenant d'emmagasiner des notions, des capacités et des attitudes qui ne remettent pas en cause le système d'équilibre qu'il s'est créé. Le deuxième – *accommodation* – demande à l'apprenant de renouveler ses acquis et ses attitudes socio-culturelles afin de gérer une situation inconnue ou présentant une complexité jusqu'alors non rencontrée. L'*accommodation* prend alors le relais de l'*assimilation* pour répondre aux besoins de la situation. Frenay (2004, p. 41) précise : « Si une *accommodation* se produit effectivement à la suite de l'*assimilation*, nous qualifierons, avec Bourgeois et Nizet (1997), ce processus de processus d'apprentissage [...] Nous assimilons le monde à nos structures, parfois sans la moindre adaptation (telle une *assimilation pure*), parfois au prix d'une *accommodation* qui, si elle se stabilise est synonyme d'apprentissage. »

La figure 6 tente une mise en lien succincte des concepts pédagogiques évoqués jusqu'ici : transfert, mobilisation de ressources, compétence, pratique réflexive et apprentissage. Étant donné qu'une compétence est un ensemble de savoirs, de capacités et/ou d'attitudes que le sujet peut mobiliser, rechercher, sélectionner et combiner en schèmes opératoires pour traiter une situation problématique avec succès, on peut dire que la pratique réflexive soutient le développement de compétences de l'étudiant. En effet, lorsque celui-ci effectue le processus de conscientisation et le processus d'auto-régulation de ses acquis, il fait en sorte qu'ils deviennent actionnables, c'est-à-dire transférables/mobilisables, lors de situations inédites à gérer. Le transfert est donc très proche de l'apprentissage en lui-même s'il est considéré en tant que mobilisation de ressources pluridimensionnelles mises en mouvement grâce à une pratique réflexive adéquate questionnant *un savoir-agir complexe* (Tardif, 2006).

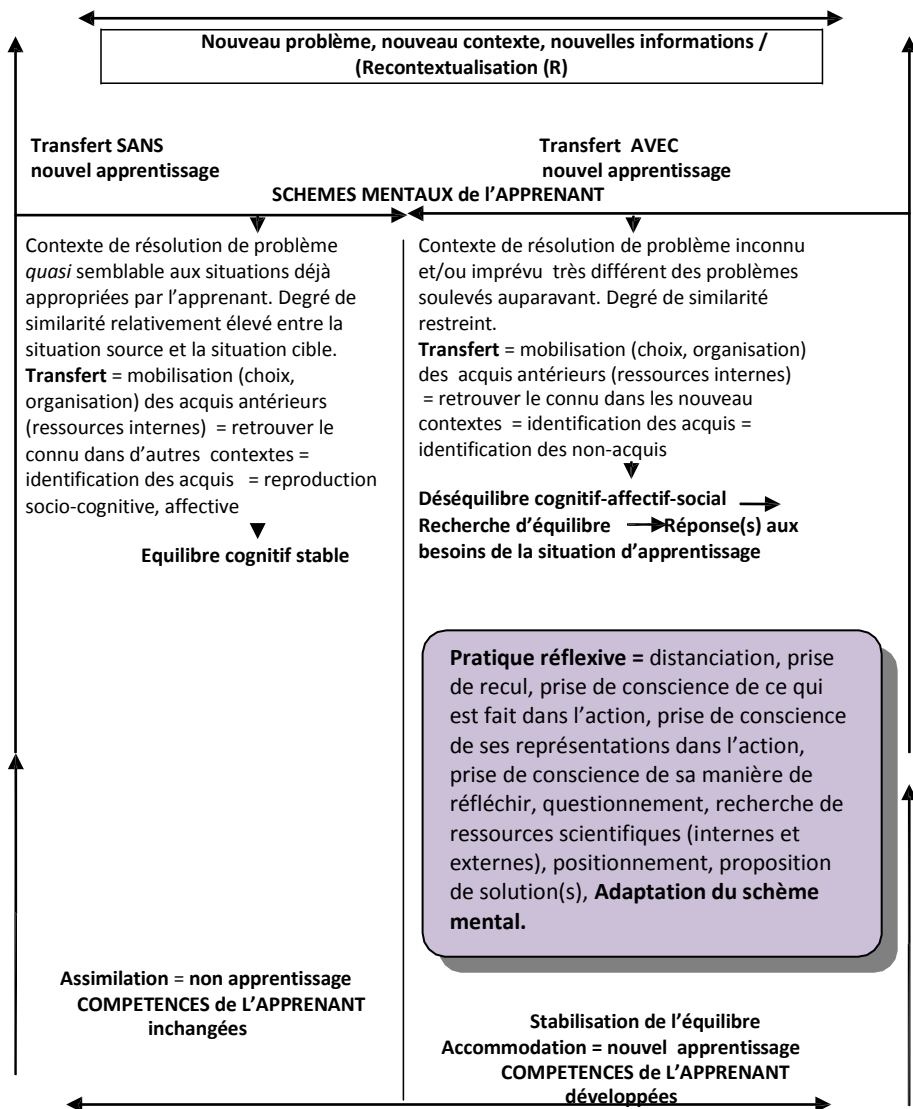


Figure 6. Processus de transfert : Développement d'une compétence par la pratique réflexive

Toutefois, les processus de mobilisation et/ou de transfert sont loin d'être connus : cette *alchimie* (Perrenoud, 1999) reste encore largement une *terra incognita* (Le Boterf, 1994). Mobiliser ses acquis, ou transférer, c'est conduire un ensemble d'opérations mentales complexes qui, en les connectant aux situations, transforment les connaissances plutôt qu'elles ne les déplacent (Perrenoud, 1999). Le transfert fonctionne tout le temps de notre vie sociale, individuelle et professionnelle. Notre cerveau exerce sans cesse une (ré)organisation, une (re)structuration, une (re)combinaison permanente des ressources nécessaires pour savoir construire (et non fournir à la demande) des solutions qu'exige la gestion d'une situation. Ce processus constitue le processus d'apprentissage.

Ce chapitre 1 insiste sur l'importance de rencontrer précocement (p. ex. lors de stages ou lors de formation en alternance) des situations professionnelles authentiques, d'être confronté à des situations fortuites, à des incidents critiques, à des situations d'urgence, à des actions inconnues qui actionnent le fonctionnement du processus de transfert joint à une démarche de pratique réflexive appropriée pour se donner les moyens de répondre aux situations difficiles, inédites et/ou singulières de la vie réelle. Jusqu'il y a peu, certains pensaient que le transfert était d'une démarche *logique* sinon *automatique*. Reprenons les exemples d'engins motorisés proposés au début de ce chapitre. Dans le premier cas (conduite d'une auto), le transfert est *quasi* automatique. Dans le deuxième cas (conduite d'une moto), le transfert est problématique dans le sens où un travail cognitif, relationnel, affectif et social doit être réalisé. En effet, le transfert permet de mobiliser des acquis construits dans une situation très différente de la situation initiale d'apprentissage. Les similitudes et les différences ne sont pas immédiatement perceptibles. L'apprenti conducteur de moto va chuter, caler le moteur, glisser et peut-être se casser quelque chose. Après plusieurs essais, il devrait pouvoir démarrer la moto et rouler en dehors de la circulation pour ensuite rouler sur des axes routiers. Au début, un accompagnement

facilitera l'apprenant sur ses chemins d'apprentissage et, progressivement, il devrait prendre confiance pour devenir suffisamment autonome pour aborder seul des chemins inconnus. Meirieu et Develay (1992, p.45) ajoutent : « Le savoir n'est libérateur que s'il peut être transféré, que s'il n'entretient pas le sujet dans une stricte relation de dépendance avec la situation formative, que s'il permet d'apprendre autre chose et tout seul et d'assurer l'émergence d'une professionnalité. »

Nous terminons ce chapitre 1 par une remarque de Perrenoud (1997, p. 59) : « La compétence d'un expert se fonde toujours à la fois sur la richesse de son expérience et sur sa maîtrise de la théorie. Ensemble, elles lui permettent de transférer c'est-à-dire :

- d'identifier des isomorphismes là où quelqu'un de moins formé ne voit aucune parenté des situations ;
- de puiser dans une mémoire qui contient un large éventail de cas partiellement semblables aussi bien qu'un ensemble de concepts et de fragments de théories qui sont autant de clefs pour rendre le réel intelligible ;
- de construire une solution originale à partir de ces ressources. »

Nous concluons en disant que l'apprentissage du transfert et de la pratique réflexive sont envisagés comme pierre angulaire d'une approche pédagogique professionnalisante. Aussi, dans le cas des universités, mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation est un défi à relever à l'heure du changement, de la mobilité des individus, de la vitesse de la (trans)formation des connaissances, du rythme de la société actuelle. Car les apprentissages qui répondent actuellement aux besoins de la société multiple (multiculturelle, multisociale, multigénérationnelle, etc.) dans laquelle nous vivons seront eux-mêmes soumis aux changements inéluctables de la société de demain. Pour conclure, nous citons une réflexion de Pestiaux (2008, p. 23), professeur de

médecine générale : « Au moment où nous voyons qu'aucune connaissance n'est sûre et qu'on est aujourd'hui dans le *livelong learning*, ne faut-il pas enseigner moins [dans le sens de donner un enseignement *ex cathedra*] pour donner l'opportunité à l'étudiant d'apprendre plus [tout en soutenant et en accompagnant ses apprentissages] ? » Cela soulève quelques questions : quel dispositif d'accompagnement et d'apprentissage mettre en place pour soutenir le transfert, la mobilisation des ressources internes, la recherche de réponses externes, les questionnements, les prises de position, les prises de risques, etc., de manière à ce qu'une posture réflexive prenne le relais d'un enseignement unilatéral qui est voué à être (trans)formé? Une relation bilatérale permettrait-elle aux uns comme aux autres de s'adapter plus facilement aux évolutions de l'environnement, voire de les anticiper? Le chapitre suivant propose de répondre à cette question.



## **Chapitre 2**

### **La posture réflexive inscrite dans la relation d'accompagnement**

---



## La posture réflexive inscrite dans la relation d'accompagnement

---

Pourquoi entend-t-on encore trop souvent dans nos institutions scolaires et universitaires les plaintes d'étudiants qui expriment qu'ils « n'ont rien appris » ou que « les cours ne servent à rien » lorsqu'ils se retrouvent sur un lieu de stage ou sur le marché du travail ? Pourtant, l'enseignement n'est-il pas destiné à se servir de ce qui a été appris sur le lieu d'apprentissage en dehors de ce contexte ? Pourquoi les connaissances acquises dans une situation d'apprentissage proposée en contexte de formation (école, université, organisme de formation) se diluent-elles ou s'atrophient-elles lorsque l'apprenant est placé dans une situation de résolution de problème inconnu de lui ? Cette ambiguïté a été soulevée par de nombreux chercheurs qui désignent un enseignement fait d'une accumulation de contenus en dehors de tous contextes authentiques comme frein à la prise de conscience – mise en conscience – des apprentissages et à leur efficacité sur un terrain de pratiques. Un enseignement/apprentissage n'est pas signifiant<sup>1</sup> pour l'apprenant s'il n'en saisit pas l'utilité. Le fait d'apprendre des notions de façon déconnectée d'un contexte ne le stimule pas à envisager son intérêt dans la profession qu'il a choisie.

Encore aujourd'hui, la plupart des professeurs attendent de leurs étudiants qu'ils sachent transférer d'eux-mêmes. Ils formulent

---

<sup>1</sup> « Une activité est signifiante pour un élève dans la mesure où elle correspond à ses champs d'intérêt, s'harmonise avec ses projets personnels et répond à ses préoccupations. Cette condition favorise particulièrement la perception qu'a l'élève de la valeur qu'il accorde à l'activité. Ainsi, plus une activité est signifiante, plus l'élève la juge intéressante et utile. Tenir compte des thèmes appréciés par les élèves dans le choix des contenus d'activités, prendre le temps de justifier l'utilité de l'activité pour le cours et pour l'ensemble du programme de formation de l'élève sont des façons pour un professeur de donner du sens à une activité. » (Viau, 2000)

leur ressentiment : *on a pourtant bien expliqué la matière !* Ils sont souvent déçus lorsqu'ils accueillent des stagiaires : « Ils ont tout oublié ! Ils ne réfléchissent pas ! » Alors, la question se pose : *ont-ils appris quelque chose ?* Pour ce qui est des connaissances théoriques, lorsque l'on voit la quantité des *syllabi* et leur épaisseur, on sait que la réponse est oui ! Cependant, il leur manque autre chose pour savoir par quel bout prendre *tout ce qu'ils savent*. En fait, ils éprouvent beaucoup de difficultés à transférer leurs connaissances sur le terrain pratique. Car ils n'ont pas appris à le faire, c'est-à-dire à activer le processus qui construit la capacité de résoudre de nouvelles situations en mobilisant les connaissances apprises antérieurement dans des situations différentes (Frenay, 2004) et à les engager dans la résolution du problème situé dans un autre contexte que celui où les connaissances ont été acquises.

Autrement dit, les étudiants ont du mal à faire le tri entre les connaissances accumulées et ne savent pas comment ajuster celles-ci en fonction de la situation vécue sur le terrain pratique. Ils ne connaissent pas les moyens pour mobiliser et réorganiser leurs ressources internes (déjà acquises et potentiellement actionnables en mémoire) pour les associer aux ressources externes (à acquérir sur le terrain) identifiées en fonction des besoins rencontrés. Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, transférer n'est ni un processus automatique, ni une stratégie spontanée, ni un réflexe conditionné, ni un mécanisme linéaire simple, et encore moins une évidence pour les étudiants, comme le constatent les enseignants devenus superviseurs, maîtres de stage, tuteurs, conseillers ou encore accompagnateurs des apprentissages des étudiants en stage.

Et pourtant, malgré ce constat, les institutions n'ont prévu dans leur programme ni du temps, ni un dispositif, ni des *accompagnateurs de transfert* qui guideraient les apprenants dans l'acquisition de ce processus incontournable lorsqu'ils doivent rendre leurs connaissances (cognitives, socio-cognitives et affectives-relationnelles) *prêtes à l'emploi* sur un terrain pratique de

manière autonome ; finalité, s'il en est, de la démarche éducative (Dory, de Foy & Degryse, 2009).

Dès lors, des questions se posent à propos du processus de mobilisation des apprentissages et de leur accompagnement : comment soutenir l'apprentissage du transfert chez l'étudiant ? Comment l'accompagner en lui laissant une liberté d'apprendre et d'agir ? Quelles modalités mettre en place pour qu'il développe des processus d'autonomisation ? Comment l'étudiant va-t-il procéder à la recherche des connaissances qui lui manquent ? Comment va-t-il les identifier et les rendre « mobiles » ? Comment va-t-il les lier les unes aux autres ? Comment va-t-il auto-évaluer et auto-réguler ses apprentissages ? Comment va-t-il apprendre à nouveau et résoudre une situation inconnue de lui jusque-là ? Autrement dit, comment va-t-il adopter une posture réflexive qui lui permettrait d'utiliser *ce qu'il a appris* en l'activant sur un terrain professionnel et lui permettrait de devenir prêt à exercer dès la fin de ses études ?

À notre avis, lorsqu'un dispositif pédagogique a la volonté de rendre les étudiants acteurs de leur formation tout en leur donnant l'occasion d'acquérir des compétences mobilisables dans la suite de leurs études et de leur vie professionnelle, il structure un système d'apprentissage/accompagnement adéquat étroitement lié aux processus de transfert et de réflexivité facilitant l'approche de résolutions de problèmes complexes et développant un degré d'autonomie professionnelle. Un tel dispositif inscrit dans une formation poursuit la finalité de rendre le stagiaire capable de fournir une réponse efficace dans différents contextes professionnels où évoluent des pratiques socio-culturelles multiples, parfois très éloignées du système de représentations tant du praticien que du stagiaire.

Tout au long de ce chapitre 2, nous faisons appel à des auteurs qui ont approfondi la notion de relation d'accompagnement selon ses différentes facettes pour, ensuite, expliquer ce qui a orienté notre choix vers la formulation et la description d'une relation

d'apprentissage/accompagnement réflexifs. Au terme de ce chapitre seront présentés des exemples d'outils pédagogiques opérationnels, tels que *portfolios* et *log book*, que des intervenants pédagogiques ont proposés, soit à des apprenants inscrits en master (stagiaire), soit à des apprenants inscrits en master complémentaire (assistant, interne, résident). Ces supports pédagogiques sont porteurs d'un engagement des étudiants vers une posture réflexive sollicitée au sein de dispositifs qui relèvent le défi d'un changement d'attitudes<sup>2</sup> socio-professionnelles des acteurs en relation (accompagnateur et apprenant) lors du parcours clinique traversé par des étudiants en médecine.

## 1. Relation d'accompagnement

Les lignes suivantes proposent, en premier lieu, des définitions et, en deuxième lieu, des caractéristiques de la relation d'accompagnement en se focalisant plus spécifiquement sur la relation d'accompagnement psycho-pédagogique. En troisième lieu, sont proposés des exemples de grilles d'auto-évaluation issues de la littérature. Celles-ci sont destinées à guider un accompagnateur qui soutient les apprentissages d'un apprenant ou d'un groupe d'apprenants.

### 1.1 Relation d'accompagnement : définitions

Depuis les années 90, la fonction d'accompagnement se délivre dans divers secteurs professionnels relatifs à l'Humain (social, médical, psychologique, pédagogique, etc.) où le terme est employé dans le sens d'un encadrement ou d'un soutien de projet quel qu'il soit. De son côté, le secteur économique et financier développe un

---

<sup>2</sup> Le concept psycho-sociologique d'*attitude* fait référence à l'organisation émotionnelle, motivationnelle, perceptive et cognitive de croyances relatives à un ensemble de référents qui prédisposent un individu à (ré)agir. Les attitudes internes déterminent les comportements externes d'un individu vis-à-vis d'un autre : « Ce concept évoque les prédispositions à agir d'une certaine manière vis-à-vis d'autrui » (Anzieu & Martin, 1968, p. 197).

*marketing* prenant la forme d'un *management* qui conseille le client-partenaire et le soutient dans ses choix. Paul (2004, p. 121) précise :

« La notion d'accompagnement se révèle en fait issue des difficultés rencontrées par les acteurs de terrain pour répondre à deux types d'exigences : la préoccupation d'un public désaffilié, désorienté, censé être autonome ou capable de le devenir et l'injonction de performance, d'excellence et d'efficacité toujours plus grande de la classe dirigeante. La situation de crise sociale est en effet corollaire de la multiplication des professions d'interventions dont la tâche est d'accompagner.»

Pour ce qui concerne les domaines professionnels liés à l'Humain, l'évolution exponentielle de la complexité des situations vécues sur le terrain de pratique exige de la part des praticiens une mise en conscience de leurs stratégies cognitives, de leurs attitudes, de leurs représentations et de leurs croyances inscrites dans leurs schèmes mentaux. Ceux-ci sont parfois trop stabilisés et automatisés pour pouvoir réagir efficacement lors de situations inconnues. Ainsi les praticiens se trouvent-ils aujourd'hui confrontés à la nécessité de disposer de catégories mentales plus larges, permettant de mieux penser la complexité des situations auxquelles ils doivent faire face (Paul, 2004). Lorsqu'ils se voient attribuer une fonction d'accompagnement de stagiaires en formation professionnalisante – fonction encore assez floue dans ses termes – ils hésitent à s'engager dans une voie inconfortable où ils risquent de se perdre et préfèrent s'en référer à ce qu'ils maîtrisent depuis de nombreuses années.

Alors, lorsque les autorités institutionnelles ou ministérielles imposent des changements de pratiques au sein des institutions d'enseignement supérieur et universitaire, un accompagnement des praticiens dans l'apprentissage de leur fonction d'accompagnement devient nécessaire pour que les changements préconisés soient porteurs de sens. Cette fonction d'accompagnement entretient des

liens très étroits avec les notions de changement et d'innovation. Car si, comme le formule Cros (2009, p. 15), « le désordre produit par l'innovation s'avère nécessaire pour installer de nouveaux rapports sociaux », un accompagnement s'avère également nécessaire pour susciter l'émergence d'attitudes adaptées à cette innovation. L'accompagnateur pourrait guider les futurs praticiens sur le chemin du changement afin d'installer de nouveaux rapports sociaux existant en dehors des routines relationnelles et attitudinales véhiculées jusqu'ici.

Bien que la notion d'accompagnement pédagogique soit plus fréquemment associée au soutien fourni aux étudiants pour favoriser leur réussite qu'aux enseignants (Langevin, 2009), il pourrait être procuré à toute personne en formation, en demande d'un suivi de formation ou à tout responsable de la mise en place d'une innovation pédagogique. Dans ce cas, les apprenants pourraient être des praticiens ou des enseignants ayant la charge d'installer un nouveau fonctionnement pédagogique dans leur établissement. L'accompagnement de l'accompagnateur se centrerait sur les apprentissages des étudiants. Ceux-ci seraient actualisés à la société actuelle et permettraient le développement d'une identité professionnelle engagée et efficace. L'implantation du dispositif dont il est question dans ce travail, préconisant un processus d'apprentissage/accompagnement réflexifs, demande tant aux praticiens qu'aux apprenants l'adoption d'une posture réflexive adéquate. Avant de préciser ce type de posture, nous proposons à présent de développer la notion d'*accompagnement*.

Le *Petit Larousse* indique que le verbe *accompagner* signifie *aller quelque part avec quelqu'un* et fournit des synonymes comme *assister, aider, soutenir*, etc. Pour ce qui concerne les institutions de formation et d'enseignement, sous le concept d'accompagnement se retrouvent les notions de tutorat (*assister, surveiller, soutenir, guider*), de *coaching* (*entraîner, conduire, guider, soutenir*), de monitorat (*guider, conseiller, éveiller, instruire*), ou encore de parrainage (*accueillir, admettre, guider, veiller sur*), de



compagnonnage (transmettre, guider, montrer, maintenir), etc. Si nous ne définissons pas ces appellations absorbées dans la « nébuleuse de l'accompagnement » (Paul, 2002, p. 43), nous soulignons qu'elles peuvent présenter des verbes communs comme *guider* ou *soutenir*. Ces verbes sont conjugués en fonction des besoins d'accompagnement qu'éprouve un apprenant – ou un groupe d'apprenants – sur son parcours de vie professionnelle. Le tuteur, le moniteur ou le *coach* proposent à l'apprenant d'ouvrir son point de vue à de nouvelles perspectives, tel un guide de haute montagne qui encourage les randonneurs à aller jusqu'en haut de la crête pour voir ce qu'elle ne montre pas.

Toutefois, et ce malgré son utilisation grandissante, la fonction d'accompagnement qu'un individu exerce en tant qu'accompagnateur dans un cadre professionnel psychopédagogique n'est que rarement précisée et encore moins valorisée, car la pratique de l'accompagnement ne constitue pas encore de nos jours une profession à part entière (Roquet, 2009). Afin de recadrer le terme d'*accompagnement*, tout au moins dans ses pourtours psychopédagogiques, nous proposons six définitions :

- « L'accompagnement est une fonction qui, dans une équipe pédagogique, consiste à suivre un stagiaire et à cheminer avec lui durant une période plus ou moins brève afin d'échanger à propos de son action, d'y réfléchir ensemble et de l'évaluer. » (Dictionnaire de la formation et du développement personnel, 1996, cité par Paul, 2003, p. 123) ;
- « La notion même de l'accompagnement se trouve ancrée dans une vision de la personne, vue comme un être agissant et créatif, à la poursuite d'une intention (Baudouin & Friedrich, 2001) ainsi que dans son rapport créatif à l'innovation. Elle est d'ailleurs l'antithèse d'une pédagogie de la transmission. » (Savoie-Zajc, 2010, p. 10) ;

- « Le principal objectif de l'accompagnement consiste à instaurer auprès des apprenants des transformations productrices de sens, non dans une logique linéaire de transmission des savoirs mais dans une logique spiralée d'intégration de l'individu dans un cheminement social et professionnel. » (Roquet, 2009, p. 15) ;
- « L'accompagnement est conçu comme une démarche visant à aider une personne à cheminer, à se construire et à atteindre ses buts. » (Beauvais, 2004, p. 101) ; « Accompagner implique que l'on partage une certaine conception de l'Homme ; conception de l'Homme en tant que sujet autonome, responsable et projectif. » (Beauvais, 2004, p. 106) ; « Accompagner l'autre dans son projet c'est d'abord chercher à comprendre, un peu, ce qui le préoccupe, c'est chercher à saisir ce qui le questionne et parfois le dérange. » (Beauvais, 2006, p. 6) ;
- « La définition relativement univoque d'accompagner précise une organisation du sens selon trois dimensions : dimension relationnelle sur le mode d'une jonction ou d'une connexion, se joindre à quelqu'un (1) ; dimension temporelle sur le mode de la synchronicité, être avec en même temps (2) ; dimension spatiale sur le mode d'un déplacement, pour aller où il va (3). [...] Il revient donc à celui qui accompagne de s'engager envers cet autre, en contractualisant une relation articulée autour d'un objet tiers. Accompagner relèverait donc de la capacité à se mettre ensemble à l'épreuve d'un référent commun. Toutefois, l'accompagnement ne se réduit ni aux personnes en présence ni à leur relation : il est aussi un espace de co-existence et de ce qui en résulte. » (Paul, 2004, pp. 125-126) ;

- « La relation d'accompagnement est à la fois un échange de ressources symboliques et linguistiques et l'amorce d'une construction identitaire et sociale plus riche des deux acteurs. » (Dispagne, 2007, p. 59).

Ces six définitions apportent chacune des notions importantes à nos yeux. Nous proposons de cerner ce concept d'accompagnement à partir de ce qu'elles ont d'essentiel : l'accompagnement est un espace de co-existence (Paul, 2003b) qui renvoie au moins deux acteurs (relation duale) ou groupe d'acteurs (relation groupale) à leurs habilités de communiquer entre eux sur un terrain social et professionnel à la poursuite de l'intention (Baudouin & Friedrich, 2001) de réaliser une œuvre en projet en cherchant avec eux à savoir comment rebondir pour l'améliorer, tout en adoptant une attitude d'empathie<sup>3</sup>. L'accompagnement participe à la construction identitaire et sociale (Dispagne, 2007) des deux acteurs en action et de ce qui en résulte (Paul, 2004). Pour poser les jalons de cette relation, il est conseillé que

---

<sup>3</sup> L'empathie est un comportement d'écoute et de compréhension vis-à-vis des comportements d'autrui. Carl Rogers (1951, cité par Azoulaï, 2013) définit ainsi l'empathie : « Être empathique consiste à percevoir avec justesse le cadre de référence interne de son interlocuteur ainsi que les raisonnements et émotions qui en résultent [...] c'est-à-dire capter la souffrance ou le plaisir tels qu'ils sont vécus par l'interlocuteur et en percevoir les causes de la même façon que lui. » Cette décentration des propres schèmes comportementaux et attitudeux de l'accompagnateur signifie chercher à comprendre l'autre à travers ses représentations et son cadre de vie tout en activant simultanément une différenciation dans la relation. Cela ne signifie donc pas *se mettre à la place de*, car, même si cela était possible, en plus de prendre une place qui ne lui appartient pas, l'accompagnateur perdrait alors la sienne ; sa place d'intervention et/ou de soins. En gardant *sa place d'accompagnateur* et en adoptant une posture d'extériorité face à l'autre tout en étant présent à ses émotions, il installe une connexion relationnelle qui permet à l'autre de se sentir exister, de participer, de retrouver les contours de *sa place* pour gérer son projet ou ses difficultés de vie au mieux, ainsi que ses émotions émotionnelles.

l'accompagnateur crée les conditions susceptibles de favoriser chez l'autre son autonomisation, sa responsabilisation et sa mise en projet de lui-même par lui-même (Beauvais, 2004). L'accompagnateur devra partager une certaine conception de l'Homme, conception de l'Homme en tant que sujet autonome, responsable et projectif (Beauvais, 2004) et possédant un rapport créatif à l'innovation (Savoie-Zajc, 2010).

## **1.2 Relation d'accompagnement : caractéristiques**

Que ce soit un accompagnement de projet, de formation, d'innovation, d'individu isolé ou d'un groupe d'individus, d'après Paul (2003b, p. 125), la relation d'accompagnement présente « au moins cinq caractéristiques :

- elle est asymétrique : elle met en présence au moins deux personnes d' « inégales puissances » ;
- elle est contractualisée : elle associe ces personnes sur la base d'une visée commune, le contrat ;
- elle est circonstancielle : elle est due à un contexte, à une situation ou à la traversée d'une période particulière – en conséquences, elle est :
- temporaire : elle ne dure qu'un temps (elle a un début et une fin) ;
- elle est co-mobilisatrice : elle implique de s'inscrire, l'un et l'autre, dans un mouvement commun ».

Chaque élément de cette liste peut être envisagé de manière plus ou moins stricte ou de manière plus ou moins souple. L'asymétrie peut soit être soutenue volontairement, soit tendre vers une relation partenaire *quasi* symétrique, dans le sens où elle devient effectivement partagée au niveau du choix attitudinal de chacun des deux acteurs et co-mobilisatrice d'un mouvement commun. Dans ce cas, l'asymétrie demeure au niveau des savoirs scientifiques mais pas au niveau des postures adoptées par les partenaires d'action.

### **1.3 Vers une relation d'accompagnement : grilles d'auto-évaluation pour le formateur**

Il est de plus en plus proposé à l'accompagnateur d'auto-évaluer sa compétence d'accompagnement en utilisant une grille de critères précisés en fonction du contexte d'interaction. Dans le cas d'une relation individualisée en face à face (relation duale), Martineau, Girard et Boule (2008, pp. 19-31) proposent un exemple de grille utilisée en formation médicale : « fiche d'auto-évaluation du superviseur-expert en supervision directe ». Le superviseur-expert l'utilise pour auto-évaluer ses propres aptitudes à l'accompagnement des apprentissages d'un interne lors d'une action clinique que celui-ci a réalisée. Dans ce cas, une liste d'indices est proposée à l'accompagnateur afin qu'il puisse avoir des pistes d'accompagnement pour soutenir les apprentissages des internes. Adopter une démarche réflexive, c'est exigeant pour le stagiaire car cela demande l'ouverture de son cadre. Ça l'est aussi pour l'accompagnateur à qui il est conseillé de mettre en évidence les acquis d'apprentissage et les aspects positifs de l'œuvre réalisée, sinon de faire « l'éloge de la fausse note » (Vella, 2012) et non de la désapprouver, contrairement aux habitudes pédagogiques installées jusqu'ici.

Pour ce qui concerne l'accompagnement d'un groupe restreint en formation (relation groupale), Biémar (2012, pp. 19-33), propose un exemple de grille utilisée en formation pédagogique des enseignants : « Grille des compétences de l'accompagnateur d'un groupe d'enseignants dans la mise en œuvre d'un programme visant l'implantation de projets pédagogiques innovants ». L'accompagnateur l'utilise pour évaluer ses propres aptitudes à l'accompagnement d'un groupe d'enseignants en construction de projet. Cette grille développe un axe globalisant, l'axe de la relation (installer une relation partenaire) qui, lui-même, est parcouru de trois axes : l'axe de la négociation (négocier un contrat), l'axe de la concrétisation (gérer les échanges et la planification) et l'axe de l'autonomisation (gérer la prise de conscience des apprentissages et

le niveau de réalisation du projet). Vierset, Bédard et Foidart (2009, pp. 221-228) proposent, quant à eux, un support pratique identifiant les caractéristiques de l'animation de groupes d'Apprentissage Par Problèmes (APP-PBL). Une grille est également proposée lors d'une formation à l'animation des groupes : « Grille d'auto-évaluation de la compétence d'animation d'APP ». Celle-ci intègre trois capacités psycho-sociales à identifier pour savoir-pouvoir accompagner un groupe d'étudiants en séance d'APP : capacité de facilitation (soutenir le processus de construction des concepts et de mise en controverse par les étudiants), capacité de régulation (soutenir les processus relationnels et affectifs au sein du groupe) et capacité de confirmation-proposition d'ajustements (soutenir les savoirs qui émergent en guidant vers l'appropriation, l'auto-évaluation et l'actualisation des concepts proposés). L'accompagnateur d'APP l'utilise pour évaluer sa compétence à l'animation d'un groupe d'APP.

Comme Biémar (2012, p. 30) le souligne : « La grille seule ne se suffit pas à elle-même. Elle nécessite un travail d'appropriation à travers une pratique personnelle. » Tout comme un contrat, une grille n'est qu'un support destiné à fournir des points de repère à l'auto-apprentissage, à l'auto-évaluation et à l'auto-régulation. C'est un cadre à ajuster et/ou à dépasser si cela est nécessaire à la résolution d'un problème inédit. Un accompagnement peut s'avérer précieux pour utiliser efficacement des grilles d'auto-évaluation telles que celles qui sont présentées ci-dessus. Après avoir proposé des définitions et communiqué les caractéristiques générales de la relation d'accompagnement psycho-pédagogique tel que nous l'envisageons dans le cadre de ce travail, nous présentons plus spécifiquement les fonctions et les rôles des deux acteurs mis en jeu dans la relation d'accompagnement.

## 2. Relation d'accompagnement/apprentissage réflexifs

La fonction d'accompagnement ainsi que la fonction d'apprentissage réflexif sont envisagées dans leurs rôles respectifs. Cette mise en parallèle des deux fonctions de *prime abord* asymétriques, dans le sens où l'un accompagne et l'autre est accompagné (où l'un est praticien et l'autre pas encore), sera suivie d'une clarification des enjeux démocratiques qui co-existent dans la relation. Par la suite, la notion de contrat opérationnalisant cette relation sera envisagée. Dans le cadre de cette recherche, nous parlerons de *contrat réflexif*. Et, puisque les rôles préconisés dans le dispositif installé sur le parcours de stages de master en gynécologie-obstétrique (G-O) sont des rôles distribués entre deux acteurs partenaires, nous développerons ce concept dans la relation duale qui est en jeu ainsi que les attitudes qui l'identifient.

La rencontre des savoirs acquis et des savoirs pratiqués place l'apprenant dans une posture d'éveil face à la mobilisation de ses ressources et à leurs combinaisons avec les ressources à acquérir sur le terrain. La mise en commun de ces savoirs appropriés permettra de répondre à une situation insatisfaisante pour l'apprenant. Comme nous l'avons expliqué dans le chapitre 1, cette combinaison est nécessaire à la gestion d'une nouvelle situation authentiquement vécue et gérée *hic et nunc* sur un terrain pratique. Après quelques années de formation, l'apprenant est censé atteindre un niveau d'apprentissage lui permettant de continuer à développer son autonomie professionnelle sans l'aide d'un accompagnateur. Il ne s'agit plus de s'adapter à un contexte, ni d'appliquer un processus, ni de reproduire consciencieusement ce qui est déjà réalisé. Il s'agit de s'interroger sur les nouvelles connaissances à intégrer et à utiliser afin de créer une solution adéquate à un problème posé. Afin d'insister sur la conscientisation des apprentissages, ce processus prend, dans ce cadre de recherche, le nom *d'apprentissage réflexif*.

De la part de l'accompagnateur, il s'agit de soutenir le développement de cette posture d'éveil à la pratique réflexive et au transfert pour qu'au terme de la formation, elle soit incarnée dans les habitudes mentales de l'apprenant. L'enjeu est d'exercer l'apprenant à devenir praticien réflexif dès le début du parcours de formation grâce à un accompagnement structuré et structurant lors du vécu d'une situation authentique. Comme pour l'apprentissage, ce processus prend, dans ce cadre de recherche, le nom *d'accompagnement réflexif*.

Il est important de signaler dès à présent les raisons pour lesquelles le concept *d'accompagnement réflexif* est préféré au concept de *compagnonnage cognitif* (Frenay & Bédard, 2004) ou de *compagnonnage réflexif* (Donnay & Charlier, 2008) car, comme le souligne Pelpel (2001, p. 61) : « Il y a une étroite corrélation entre l'évolution des pratiques de stage (notamment autour de la notion de responsabilité) et la transformation du rôle des praticiens qui de compagnons (modèle à dominante empirique) accèdent au statut problématique de formateurs (modèle à dominante réflexive). » L'accompagnateur réflexif suggère alors à l'accompagné un questionnement sur sa façon d'être et sur ses actions pour les adapter aux changements auxquels la société doit faire face actuellement. Cette manière d'être, partagée entre les deux acteurs de la relation, permettra d'avoir accès à l'analyse du réel tel qu'il se présente dans sa complexité et dans sa diversité. Et, selon nous, à l'instar de Schön (1983/1994), la question de l'identité et de la fonction des praticiens qui ne fait pas référence à la figure du praticien réflexif ne se posant plus, nous choisissons d'utiliser la notion *d'accompagnateur réflexif* car elle représente à nos yeux l'attitude spécifiquement proposée pour assumer cette fonction.

La notion d'apprentissage/accompagnement réflexifs provient du cadre conceptuel de l'Apprentissage et de l'Enseignement Contextualisé Authentique (AECA) (Frenay & Bédard, 2004). Le dispositif implanté qui est expliqué dans ce travail s'en inspire. Car



l'AECA propose, d'une part à l'enseignant, des rôles d'accompagnement et, d'autre part à l'apprenant, des rôles d'apprentissage. L'adoption de ces rôles reflète l'ancrage d'une posture réflexive facilitant l'acquisition des apprentissages lors d'expériences vécues sur le terrain clinique. L'utilisation des outils proposés (*log book*, *portfolio*, fiches d'auto-évaluation, etc.) aide à ancrer le processus de construction de compétences professionnelles. Ce qui est particulièrement intéressant à nos yeux dans ce cadre conceptuel AECA, c'est la mise en parallèle de la fonction et des rôles de chacun des acteurs exerçant ensemble, au sein d'une interaction accompagnateur/apprenant ou superviseur/supervisé ou formateur/formé ou encore expert/novice. L'AECA propose pour chacun des protagonistes des rôles à assumer par l'un et par l'autre afin d'accomplir le projet commun de formation par l'expérience. L'un, l'accompagnateur, est responsable de la contextualisation et du soutien réflexif *réfléchissant* les apprentissages. Il adopte une posture de miroir réfléchissant les potentialités de l'apprenant réflexif. L'autre, l'apprenant, est responsable de ses actions et de l'adoption de sa posture réflexive facilitant le développement et l'auto-régulation de ses apprentissages. Chacun assume sa responsabilité à travers un espace-temps à définir entre eux, avec la définition des limites qui s'impose pour préserver le patient, le client ou le bénéficiaire de tout écart qui pourrait lui être nuisible.

Ainsi peut-on dire que la fonction d'accompagnateur réflexif correspond à une fonction de soutien du transfert des apprentissages par la mise en exercice d'une conscientisation des compétences acquises (ou non) lors d'une pratique réflexive et que la fonction de l'apprenant réflexif correspond essentiellement à l'apprentissage du transfert lors de cet exercice réflexif de conscientisation de ses compétences. C'est ce que nous nommons, dans le premier cas, « la posture d'apprentissage réflexif » et dans le deuxième cas, « la posture d'accompagnement réflexif ».

Plus précisément, la fonction d'accompagnement réflexif s'identifie à une fonction de *coaching* (et non pas de *teaching*) qui, par l'adoption de rôles de *modeling* (construction de carte conceptuelle et verbalisation de sa façon de penser, de faire, de réfléchir), de *scaffolding* (étayage des apprentissages et communication d'indices d'apprentissage) et de *fading* (supervision distanciée et retrait progressif en fonction du niveau de compétence atteint), permet à l'accompagnateur réflexif de :

- soutenir la mobilisation des ressources acquises antérieurement par le stagiaire (cf. transfert des apprentissages) ;
- soutenir la mise en évidence et la conscientisation des acquis d'apprentissage lors du vécu d'expériences professionnelles (cf. pratique réflexive) ;
- soutenir une auto-évaluation/auto-régulation progressive des apprentissages (approche par compétences).

La fonction d'apprentissage réflexif se résume plus précisément à une fonction de *learning* qui, par l'adoption de rôles d'articulation des connaissances (au sens large du terme), de réflexion sur l'action et de généralisation/discrimination permettrait à l'apprenant réflexif de :

- gérer la mobilisation de ses ressources internes et externes (cf. transfert) ;
- gérer la conscientisation de ses acquis d'apprentissage (cf. pratique réflexive) ;
- gérer la mise en place d'une auto-évaluation/auto-régulation (cf. approche par compétences).

Le praticien (superviseur, maître de stage, formateur, tuteur, etc.) qui accompagne un apprenant dans l'analyse de ses pratiques doit pouvoir décoder le décalage entre son discours et le réel dont il apprend à rendre compte. Donnay et Charlier (2008, p. 124) précisent : « Le compagnon, tout en acceptant le projet de son

partenaire, ne se positionne pas comme juge, mais plutôt comme médiateur entre les actes posés, les effets souhaités et ceux produits.» Malheureusement, les superviseurs tels qu'on les rencontre fréquemment de nos jours, par exemple sur les terrains de pratique, ne se positionnent pas à la façon d'un médiateur. Au contraire, ils sont le plus souvent centrés sur l'amélioration de l'action immédiate (c'est d'ailleurs souvent ce que les stagiaires attendent) et plus rarement centrés sur une prise de conscience par le stagiaire de son fonctionnement (Donnay & Charlier, 2008).

Cet accompagnement-médiation possède aussi des limites à respecter. Nous nous associons au questionnement de Lebrun *et al* (2010, p. 1) : « La tension mise en lumière est celle de la finalité de l'accompagnement : doit-il viser prioritairement la réussite du projet ou le développement professionnel de l'apprenant ? » Une réponse est proposée par Dispagne (2007, p. 61) : « L'accompagnement dans l'espace social d'apprentissage ne s'occupe pas d'atteindre coûte que coûte un savoir définitif, ni même de l'imposer, mais d'aménager la situation d'apprentissage pour favoriser l'émergence d'une représentation plus adéquate de ce savoir chez l'apprenant et permettre à celui-ci d'en tirer le meilleur parti, notamment pour son insertion sociale et professionnelle. » Ainsi, pour l'accompagnateur réflexif, il ne s'agit pas de conduire un apprentissage ; il s'agit d'accompagner les apprentissages de l'apprenant. Il est donc conseillé à l'accompagnateur de maintenir à son esprit une idée de retenue (Pelpel, 2001) afin de ne pas s'impliquer personnellement dans la construction des apprentissages de l'apprenant.

Les paragraphes suivants proposent, en premier lieu, un approfondissement opérationnel de l'accompagnement réflexif (2.1) et, en deuxième lieu, un approfondissement opérationnel de l'apprentissage réflexif (2.2). En troisième lieu (2.3), seront évoquées les notions de *savoir-pouvoir* (Kaës, Anzieu & Thomas, 1975 ; Lesne, 1977) liées à la relation pédagogique d'accompagnement. En quatrième lieu, sera soulignée la posture de

partenariat (2.4) pour l'envisager en tant que posture réflexive à adopter par les acteurs de la relation pédagogique. En cinquième lieu, nous évoquons la notion de contrat réflexif (2.5), et, en sixième lieu (2.6), nous posons la question des attitudes correspondant à une posture réflexive.

## 2.1 Accompagnement réflexif

Afin d'approfondir la fonction d'accompagnement réflexif, nous évoquons les écrits de Boutet (2004) sur le sujet. Boutet (2004, p. 1) distingue trois grands enjeux d'une pratique réflexive dans l'enseignement : « Faire face à la complexité des situations d'enseignement-apprentissage, réussir à affirmer son identité professionnelle tout en sachant l'adapter aux contextes et, enfin, sortir de l'idiosyncrasie traditionnelle de la pratique de l'enseignement pour s'engager dans une démarche professionnelle collective fondée sur l'identification d'une communauté de pratique. » À partir de cela, Boutet propose plusieurs voies intimement liées les unes aux autres pour soutenir (cf. *coaching*) l'apprentissage (cf. *learning*) :

- le soutien lors des prises de risque et de la complexité s'y référant ;
- le soutien du développement de l'assise professionnelle identitaire ;
- le soutien lors de l'auto-évaluation et de l'auto-régulation des apprentissages ;
- le soutien du développement des capacités d'apprentissage du transfert.

En ce qui concerne la première voie proposée, *le soutien dans la prise de risque et la complexité*, l'accompagnateur qui adopte une posture d'accompagnement dans ce sens facilite un ancrage fondamental tourné vers la gestion de l'incertitude, les contradictions et les paradoxes faisant partie du quotidien pratique. En d'autres termes, il aide à maintenir au sein d'un cadre normatif

rigoureux, une souplesse nécessaire aux imprévus et aux (trans)formations professionnelles qui y sont liées. Vierset, Lahaye et Foidart (sous presse) ajoutent : « Notre époque nous fait vivre avec une complexité croissante des situations pratiques. L'étudiant doit faire face à une obligation de repenser les sens communs qui lui sont familiers pour en reconstruire d'autres qui seront eux-mêmes (ré)adaptés dans des situations professionnelles évolutives, variées et variantes. » Il ne s'agit pas de copier le réel mais d'agir sur lui pour s'ouvrir à de nouvelles émergences (Piaget, 1977). Un des rôles de l'accompagnateur consisterait donc à soutenir le stagiaire dans l'apprentissage de la pratique réflexive en ouvrant la porte à de nouveaux questionnements facilitant la (re)création des modèles de savoirs face à cette complexité et à la prise de risque qui y est liée.

En ce qui concerne la deuxième voie proposée, *le soutien dans le développement de l'assise professionnelle identitaire*, Rozenblit et Keil (2002) font la démonstration que la connaissance de relations causales complexes est susceptible d'être affectée par l'illusion d'une compréhension approfondie – *Illusion of Explanatory Depth* – qui peut s'en dégager. Cela signifie qu'un individu peut penser qu'il maîtrise un phénomène complexe avec justesse et profondeur alors qu'il n'en est rien. Si les représentations causales à partir desquelles l'individu s'appuie lors de ses actions deviennent routinières et fermées à de nouvelles connaissances émergeant au niveau de l'action, celui-ci nourrit une illusion de compréhension de la situation. La pratique réflexive va tenter de dépasser cette illusion en cherchant au-delà de ce qui pourrait sembler évident, au-delà de la routine pour approfondir et élargir le champ d'exploration d'un soi agissant lors d'une intervention. Un autre rôle de l'accompagnateur serait donc de faciliter l'appropriation de la pratique réflexive en invitant l'apprenant vers un savoir-agir-réagir définissant progressivement son identité professionnelle.

En ce qui concerne la troisième voie proposée, *le soutien dans l'aide à l'auto-évaluation et à l'auto-régulation*, le stagiaire éprouve

des difficultés à approfondir sa réflexion critique sur ses travaux, sur ses actions et sur ses observations. Il éprouve des difficultés à questionner les situations, à questionner les démarches empruntées par ses aînés, à rechercher d'autres possibles et à organiser des arguments probants plaidant en faveur d'une solution, éventuellement non envisagée jusqu'ici. Il est donc primordial d'aménager des dispositifs de formation à visée professionnalisante dans lesquels le stagiaire lève ses réticences, formule son auto-évaluation et questionne le positionnement d'un expert entre autres ressources pour, ensuite, auto-réguler ses apprentissages et affirmer sa position personnelle. D'après Lafortune et Deaudelin (2001, cités par Lafortune, 2002, p. 71), « un accompagnement peut être bénéfique si, par des interactions, on réussit à créer des conflits socio-cognitifs (état de déséquilibre cognitif provoqué par des interactions soit avec des personnes ressources, soit avec ses pairs) ». À notre avis, l'accompagnement doit être vécu dans des interactions avec des personnes ressources ou avec des pairs, lesquelles interactions provoquent un déséquilibre ou un rééquilibrage dans les sphères cognitives, sociales et/ou affectives. Ainsi, progressivement, l'auto-évaluation et l'auto-régulation permettront de déclencher un processus d'autonomisation de l'étudiant vis-à-vis de ses apprentissages. Un autre rôle de l'accompagnateur serait donc de guider l'étudiant lors de l'auto-évaluation et de l'auto-régulation de ses apprentissages.

En ce qui concerne la quatrième voie proposée, *le soutien du développement des capacités d'apprentissage du tranfert*, celle-ci précise un processus d'analyse réflexive mené par l'apprenant qui activerait la prise de conscience de ses connaissances, de ses capacités et de ses attitudes tout en les organisant et en les hiérarchisant de sorte qu'elles deviennent des *savoirs-outils* (Presseau, 2003) mobilisables lors d'une résolution de problème (Frenay & Bédard, 2004 ; Pastré, 2009). L'apprenant devra s'exercer à développer ses capacités d'intégration des ressources (internes et externes) après les avoir identifiées comme faisant partie d'une réponse potentiellement valide à la situation problématique qui se

présente à lui. Il est important de rappeler que pour éviter que les connaissances acquises restent inertes – et conséquemment non transférables – elles soient organisées les unes par rapport aux autres (Presseau, 2003). Leur mise en mots facilite non seulement la perception qu’a l’apprenant de son sentiment de compétence et de son degré d’autonomie concernant la tâche, mais elle facilite aussi leur mobilisation et leur transfert à d’autres situations. Ainsi l’apprenant peut-il faire preuve de transfert de ses apprentissages d’un *agir local* – contextualisation (C) – à un *agir global* – décontextualisation (D) – pour s’engager par la suite dans un autre agir local – recontextualisation (R) – en passant par le réfléchissement (RRR) à propos de la contextualisation (C) des situations vécues (cf. cycle du transfert, chapitre 1). Un autre rôle de l’accompagnateur serait donc de guider l’apprenant lors du transfert des acquis d’apprentissage.

## **2.2 Apprentissage réflexif**

Le stagiaire, de son côté, lors de l’identification de facteurs contextuels exigeant l’activation des connaissances, devra mobiliser des acquis antérieurs à (ap-)prendre en compte et à associer avec de nouveaux acquis pour résoudre un problème singulier. Pour que ce processus complexe de transfert soit activé efficacement, d’après Le Boterf (2001 p. 115), cela suppose que le stagiaire puisse démontrer certaines capacités à transférer :

- une réflexivité (distanciation, prise de recul) ;
- une reconnaissance d’une identité de structure entre les situations vécues (similitude et différences) ;
- une connaissance d’un large répertoire de solutions à ces situations ;
- une volonté/capacité à caractériser les situations pour en faire des opportunités de transférabilité.

Lors d’un parcours de formation pratique, par exemple en stage clinique, à ce stade, les apprenants ne sont pas vides de

connaissances. Ils connaissent énormément de choses, tant au niveau individuel que social et cognitif. Pour ce qui est des apprentissages théoriques, ils ont assimilé beaucoup de *matières* pendant leur cursus. Mais, comme on l'a vu, nombre d'entre eux éprouvent des difficultés à s'en servir lorsqu'ils arrivent sur le terrain de pratique. Dès lors, il peut leur être reproché de ne pas être capables, ni d'utiliser leurs connaissances, ni de savoir apprécier à leur juste valeur les retombées de leurs expériences professionnelles (Langevin & Hivon, 2007). Cependant, s'ils adoptent une posture réflexive qui véhicule l'idée d'une conscientisation de leurs apprentissages, de réflexivité et de transfert, si les conditions sont réunies pour que l'apprenant apprenne en agissant, et pas seulement apprenne pour agir, si l'objectif de la formation est de rendre l'apprenant plus autonome en développant son goût à (se) poser des questions tout en développant une tolérance à l'ambiguïté et à l'incertitude (Lafortune, 2004), il aura l'occasion de s'engager dans un apprentissage réflexif. Cela étant dit, s'il ne s'engage pas activement dans son processus d'auto-évaluation et d'auto-régulation, c'est-à-dire s'il reste passif par rapport à ses apprentissages en attendant que l'accompagnateur travaille pour lui, il n'aura pas l'occasion de s'inscrire dans une posture réflexive.

### **2.3 « Savoir-pouvoir »**

**( Kaës, Anzieu & Thomas, 1975 ; Lesne, 1977)**

Au risque de répéter ce qui semble être une évidence à l'heure actuelle, nous (re)précisons la notion d'*acteur de ses apprentissages* et la couleur philosophique qui l'entoure. Pour cela, le tableau 1 rappelle un cadre de référence incontournable à nos yeux : les « Modes de Travail Pédagogique » (MTP) de Lesne (1977). Celui-ci distingue au sein d'une relation pédagogique des enjeux sous-jacents de *savoir* et de *pouvoir*.



Tableau 1. Modes de Travail Pédagogique (MTP). D'après Lesne (1977), Vierset (1992, 2005)

Modes de Travail Pédagogique (MTP). Inspiré de la grille de Lesne (1977)			
		Rôles du superviseur (MTP1)/accompagnateur (MTP2)	Rôles de l'étudiant-stagiaire
MTP1	Par rapport au <i>savoir</i>	<b>Expose le Savoir et le démontre</b> -Détient les modèles à reproduire REPRODUCTION DU SAVOIR	<b>Absorbe le savoir</b>  L'étudiant est <b>OBJET DE FORMATION</b>
Méthodes de Travail Pédagogique TRANSMISSIVES	Par rapport au <i>pouvoir</i>	<b>Exercice autocratique du pouvoir</b> -Exerce seul son pouvoir sur le cours Relation asymétrique <b>Évaluation uantitative</b>	<b>Pas de pouvoir</b>  Schéma de <b>REPRODUCTION SOCIALE</b>
MTP2	Par rapport au <i>savoir</i>	<b>Accompagne le groupe</b> -Apprend à exercer les fonctions d'animation de groupe (Production <sup>4</sup> , Facilitation et Régulation)- Appropriation du réel dans un contexte d'apprentissage authentique FACILITE LA CREATION DU SAVOIR	<b>Apprend à résoudre des problèmes professionnels</b>  Apprend à exercer la négociation, la communication, la confrontation, la controverse au sein d'un groupe de pairs  L'étudiant est <b>ACTEUR DE SA FORMATION.</b>
	Par rapport au <i>pouvoir</i>	<b>Exercice démocratique du pouvoir</b> -Crée le cadre de référence et met en place la situation d'apprentissage- Relation symétrique (cf. attitudes) et complémentaire (cf. compétences) <b>Évaluation qualitative</b> <b>co-évaluation formative</b> <b>auto-évaluation</b> <b>auto-régulation</b>	<b>Apprend à exercer une posture réflexive</b>  Schéma de <b>CRÉATION SOCIALE</b>

Comme on peut le voir dans le tableau 1, un schéma de *création sociale* (MTP2) se développe lorsque le contexte donne

<sup>4</sup> Pour éviter des confusions, le terme *Production* employé par Lesne peut être remplacé par *Identification des acquis d'apprentissage* lors de la recherche de résolution de problèmes.

l'occasion à l'apprenant-acteur de construire de nouveaux processus et lorsqu'il reconnaît l'accompagnateur dans sa fonction de guide d'apprentissages. Dès lors, le schéma de *reproduction sociale* (MTP1) avec l'exercice autocratique du pouvoir disparaît pour faire place à l'exercice démocratique du pouvoir. À ce sujet, Kaës, Anzieu et Thomas (1975, p. 57) rappellent : « Si l'apprenant reste un objet à contrôler et à marquer de l'empreinte du maître, au lieu de s'entraîner à savoir-pouvoir, l'élève est contraint de reproduire et de refléter le savoir de son maître, à la limite d'ailleurs de ce qu'autorisera le sentiment de ce dernier d'être dépossédé de son savoir. » La prise de conscience de cet enjeu peut aider à soutenir une institution en volonté de changement pour trouver petit à petit un chemin qui propose des solutions de rechange aux modèles adoptés jusqu'ici : « apprendre à rire de solutions reconnues » (Illich, 1971) et en proposer d'autres.

Dès le XVIII<sup>e</sup> siècle, Rousseau (fin mai 1762, après y avoir longtemps réfléchi, le philosophe publie son point de vue sur l'éducation dans *l'Émile*, ouvrage qui restera longtemps contesté et condamné à ne pas être lu) remet en cause ce paradigme du *maître donneur de leçon*. Ce paradigme, dans lequel l'étudiant est *objet de formation* (cf. MTP1), met en évidence l'incidence des croyances et des attentes du *maître vis-à-vis* de la formation de l'*élève*. Celles-ci pourraient avoir un effet négatif si la direction que l'apprenant choisit – sans trop se poser de questions – est celle que le formateur désire – consciemment et/ou inconsciemment – lui faire prendre. Cet effet bien connu de nos jours est nommé *effet Pygmalion* ou *effet Rosenthal* (Rosenthal & Jacobson, 1971). Plusieurs expériences ont démontré que ce qu'un formateur entend, attend ou pense d'un apprenant est inévitablement encodé dans ses schèmes mentaux. Le formateur va agir face à cet apprenant en fonction des croyances installées dans sa propre mémoire. Ainsi, il pourrait contraindre l'apprenant à se sentir devenir ce que lui, le *maître*, désire ou pense de lui en montrant la direction définie par ses croyances ou par ses désirs personnels. Un autre effet du paradigme du *maître donneur de leçon* est théâtralisé

dans *La Leçon* d'Ionesco (1951). Cette pièce illustre un désir inconscient de toute puissance qui peut être identifié chez le formateur lorsqu'il cherche à créer un écart entre lui, l'apprenant et le savoir qu'il dit enseigner à l'apprenant. Pour l'infantiliser, le maîtriser, le dénier et rendre l'apprenant inerte et non *actif*, le maître pourrait tout mettre en œuvre pour rester le seul à « savoir-pouvoir » (Kaës, Anzieu & Thomas, 1975) agir et réagir.

Tout au contraire, le paradigme réflexif véhicule un savoir-pouvoir à se partager pour aller *au-delà* des représentations conscientes ou inconscientes inscrites tant au niveau cognitif qu'au niveau affectif des individus, acteurs de formation. Ainsi les fonctions d'accompagnement/apprentissage réflexifs gagnent-elles en symétrie au niveau des attitudes (cf. rapport au *pouvoir*) dès que la distance sociale (Hall, 1971) diminue, tout en restant complémentaires au niveau des compétences acquises (cf. rapport au *savoir*) par celui qui accompagne. D'un côté, l'apprenant réflexif ne réduit pas l'accompagnateur à son statut d'expert qui transmet des savoirs confirmés scientifiquement. Il ouvre sa perspective en lui identifiant un autre statut, celui d'expert qui met à l'épreuve des savoirs confirmés lors de la rencontre de l'inconnu et de l'incertitude. D'un autre côté, l'accompagnateur réflexif ne réduit pas l'apprenant ni à un objet (MTP1), ni à un sujet. Il lui préfère un statut d'acteur sinon de réalisateur (MTP2). Dispagne (2007, p. 62) ajoute :

« Ce point de vue fera dire à Meirieu (1996, pp. 95-120) que "c'est parce que je ne dois pas soumettre l'autre à mon savoir mais le lui soumettre que j'échappe définitivement à la tentation de démiurge". Ce faire avec, c'est en somme prendre l'autre tel qu'il est, là où il est... [C'est aussi] faire son deuil du mythe de Pygmalion et du projet du docteur Frankenstein, de l'illusion de la table rase et de la nostalgie de la cire molle. »

Nous ne pouvons pas résister à comparer la relation accompagnateur/apprenant à un duo de musiciens (de danseurs, de

chanteurs). La relation se joue, entre, par exemple, un pianiste et un chanteur. Ils interprètent, composent, s'ajustent l'un à l'autre, cherchent le *bon* rythme ensemble, changent la tonalité, s'appuient l'un sur l'autre pour trouver l'accord commun. Une mélodie harmonieuse ne pourra pas être produite sans cohésion et solidarité (Morin, 1986). Et, même si l'un emmène l'autre par endroit, la relation s'inverse à d'autres pour, à partir d'une grammaire (re)construite par les deux interprètes, gagner en flexibilité et en rigueur. La relation s'expérimente et se construit en se conjuguant au réel *hic et nunc*, tel qu'il est vécu par les deux protagonistes.

Ces métaphores disent le monde vibratoire par excellence dans lequel se joue un accompagnement où raisonner et résonner vont de pair. Paul (2003b, p. 129) ajoute :

« On voit bien dans quel registre se déploie l'accompagnement : celui du *co*-définissant la relation comme coopérative (au sens de Saint-Arnaud 1999 : sur la base d'un but déterminé conjointement, d'une reconnaissance mutuelle, d'un pouvoir partagé), d'un *co*-développement (Payette, Champagne, 2000), d'une *co*-construction (Avenier, 2000) résultant "d'une approche globale du territoire et du devenir". La configuration interpersonnelle est à la fois écart, entre-deux, et creuset d'une *co*-existence, d'une *co*-présence. »

Le registre dans lequel se retrouve une relation d'accompagnement est donc celui du *co* (Paul, 2007) que l'on retrouve aussi dans les mots *co*-évaluation et *co*-régulation, ou encore *co*-construction et *co*-opération même quand l'usage de la controverse ou du conflit socio-cognitif<sup>5</sup> *oppose* les deux acteurs par rapport à leur proposition de résolution d'une situation

---

<sup>5</sup> Le conflit socio-cognitif est une controverse organisée entre des individus ayant des propositions différentes à propos d'un sujet. Cette controverse est *socio* car elle se déroule entre au moins deux individus et *cognitive* car ceux-ci doivent argumenter leur positionnement. (cf. Vygotski, né en 1896 et décédé en 1934, année de publication de son manuel *La Dispute*)

problématique tout en y étant *associés* pour la résoudre. Cela étant dit, l'accompagnement n'est pas nécessairement harmonieux et consensuel. Comme toute situation sociale, des tensions peuvent le traverser (Lejeune, 2014). Cette relation est un jeu d'opposition et d'association (Paul, 2009) où peut aussi se jouer une transformation d'attitudes existentielles (Rey, 1996). La relation d'accompagnement et de *co-opération* est elle-même associée à la notion de partenariat.

## 2.4 Notion de partenariat

À l'heure actuelle, et ce depuis les années 80, les organismes de coopération belges (CCD, DGCD, CUD, APEFE, CTB<sup>6</sup>, etc.) travaillent en insistant sur la notion d'acteurs partenaires de développement dans une perspective partagée entre les pays développés et les pays en développement. L'implication des acteurs dans un projet à construire peut favoriser leur engagement dans les tâches à réaliser ensemble. C'est pourquoi la clarification des fonctions et des rôles de chacun ainsi que la formulation des objectifs participent aux conditions nécessaires à l'efficacité du projet. La planification du projet et son opérationnalisation sur le terrain gagne alors à s'inscrire dans un contrat construit, négocié, clarifié et précisé entre deux partenaires travaillant sur un projet de coopération bilatérale fondée sur le partenariat. Selon Saint-Arnaud (1999, p. 68), « la relation de partenariat constitue une relation où la reconnaissance du territoire des compétences de l'autre est mutuelle et nécessite un pouvoir partagé lors de la construction d'un projet commun ». Saint-Arnaud (1999, pp. 69-70) poursuit en précisant « trois règles de base du partenariat :

---

<sup>6</sup> DGCD : Direction Générale de la Coopération au Développement ; CUD : Coopération Universitaire au Développement ; APEFE : Association Pour l'Enseignement et la Formation à l'Étranger ; CTB : Coopération Technique Belge ; CCD : Commission de la Coopération au Développement.

- les partenaires se concertent dans la poursuite d'un but commun ;
- les partenaires se reconnaissent mutuellement des compétences à l'égard du but visé ;
- le pouvoir est partagé, chacun des partenaires exerçant une influence sur l'autre en respectant les champs de compétence exclusifs. [...] Pour être efficace, chaque partenaire de la relation évitera de se laisser entraver par ses besoins propres, respectera le champ de compétence de l'autre, l'aidera à développer son autonomie et à assumer ses responsabilités. »

Dans le courant des années 90, cette notion de partenariat a commencé à voir le jour au sein des projets pédagogiques, au niveau de l'enseignement supérieur et universitaire. Elle fait ici aussi référence à une façon d'envisager le partage de professionnalités de façon équitable au sein d'un projet commun en reconnaissant explicitement le territoire des acquis et des compétences socio-professionnelles des acteurs de relation pédagogique. Et si l'efficacité de l'interaction professionnelle augmente au fur et à mesure que l'intervenant réussit à établir et à maintenir une relation de partenaire avec la personne qui le consulte (Saint-Arnaud, 1999), il est proposé à l'accompagnateur-enseignant-praticien de privilégier une relation de partenariat avec l'apprenant sans que celui-ci ait à se soumettre à un quelconque *diktat* du formateur (Dispagne, 2007). Ce type d'accompagnement partenaire constitue l'un des différents rôles tenus par les conseillers pédagogiques tels que Massé (1998, cité par Frenay, Jorro & Poumay, 2011, p. 112) les présente. Celui-ci propose une classification (voir tableau 2) où se distinguent neuf rôles qui, bien que distincts l'un de l'autre, pourraient être assumés par un même accompagnateur pendant un même module de formation. Chacun d'entre eux se réfère majoritairement à la posture qui convient le plus ou le mieux à la situation, à ses compétences, aux objectifs de formation, aux représentations et aux comportements des acteurs en formation. On peut voir sur le tableau 2 que plus la

responsabilité face aux résultats obtenus augmente, plus on se situe vers la droite du tableau. Et, plus elle augmente face au développement professionnel, plus on se situe vers le haut du tableau. On peut donc constater que la posture *partenaire* (en gris sur le tableau), représentée au sommet de l'axe diagonal qui traverse le tableau, correspond à la posture qui est censée intégrer à la fois une satisfaction face aux résultats obtenus et une satisfaction face au développement professionnel. Massé (1998, cité par Frenay *et al.*, 2011, p. 113) ajoute : « Il s'avère d'une importance capitale que non seulement les conseillers, mais également les membres des organisations de formation qui auront à transiger avec eux, connaissent très bien les choix qui s'offrent à eux, afin de mieux orienter l'intervention et d'améliorer la qualité de ses résultats. »

<b>Responsabilité face au développement professionnel</b> ↑	<b>Conseiller</b> <i>« vous le faites ; je serai votre table d'harmonie »</i>	<b>Instructeur</b> <i>« vous l'avez bien fait ; vous pouvez ajouter ceci la prochaine fois »</i>	<b>Partenaire</b> <i>« nous le ferons ensemble et apprendrons l'un de l'autre »</i>
	<b>Facilitateur</b> <i>« vous le faites ; je vous assisterai dans le processus »</i>	<b>Formateur</b> <i>« voici certains principes que vous pouvez employer pour résoudre ce genre de problèmes »</i>	<b>Modèle</b> <i>« je le ferai ; vous observerez afin d'apprendre en me regardant »</i>
	<b>Observateur réflectif</b> <i>« vous le faites ; je vous surveillerai et vous dirai ce que je vois et entends »</i>	<b>Conseiller technique</b> <i>« je répondrai à vos questions au fur et à mesure que vous progresserez »</i>	<b>Expert</b> <i>« je le ferai pour vous ; je vous dirai quoi faire »</i>
	<b>Responsabilité face aux résultats</b> →		

Tableau 2. Principaux rôles tenus par les conseillers et énoncés de leurs interventions (Massé, 1998)

Si l'on choisit d'adopter majoritairement une posture de partenariat, l'idée de « faire ensemble et d'apprendre l'un de l'autre » est alors encouragée. L'adoption de cette posture partenaire constitue un élément facilitateur de la pratique réflexive à développer au sein de la relation pédagogique d'apprentissage/accompagnement. De plus, d'après le tableau 2, elle favorise le développement professionnel des acteurs impliqués dans un projet tout en augmentant la probabilité d'atteindre de bons résultats. Et Beauvais (2006 p. 4) d'insister : « Si la relation d'accompagnement est devenue un enjeu prioritaire, ce n'est pas parce que la personne accompagnée est incapable de faire seule, c'est parce que chaque opportunité d'accompagnement est un espace-temps d'apprentissage réciproque pour les partenaires. »

Cette posture réflexive adoptée en partenariat par deux acteurs agissant sur un terrain de pratique se clarifie, se négocie, se planifie, s'auto-évalue et s'auto-régule lors du travail commun, non seulement en terme de résultats mais aussi en termes de fonctions et de rôles assumés dans leur dimension psycho-sociale. Ce type de postures – et les attitudes qui y sont associées – sont à (ap)prendre par les acteurs en formation. Malheureusement, elles peuvent leur être tellement étrangères que, parfois, ils en ignorent jusqu'à l'existence. C'est pourquoi la construction d'un contrat réflexif est suggérée pour permettre d'avancer en précisant l'opérationnalisation de cette voie réflexive en émergence.

## **2.5 Pour un contrat réflexif**

Afin de concrétiser cette posture de partenariat entre deux individus travaillant ensemble sur un même projet, il est proposé à chacun de construire ensemble un contrat que nous nommons dans ce cadre contrat réflexif (Charlier & Biémar, 2012 ; Perrenoud, 2001a ; Tochon, 1993). Ce contrat (verbal ou écrit, et pas nécessairement appelé comme tel) préciserait le statut, la fonction et les rôles de chacun, les objectifs de formation, les compétences professionnelles à acquérir ainsi que les modalités pédagogiques à



mettre en place pour les développer et pour les évaluer. Les postures de partenariat et de réflexivité seraient clarifiées entre les partenaires. La formation serait alors envisagée comme un moment de partage et de questionnement réflexif entre les acteurs de terrain. Perrenoud (2001a, p. 43) ajoute : « Ce questionnement réciproque donnerait :

- au formateur de terrain le droit d'abandonner la comédie de la maîtrise, de faire entrer le stagiaire [l'apprenant] dans les coulisses, mais aussi de devoir accepter des questions pertinentes et dérangeantes ;
- au stagiaire [à l'apprenant] le droit de questionner à propos de tout, mais aussi le devoir de ne pas juger, de chercher à comprendre et d'accepter en retour d'être interrogé sur son rapport au savoir, à l'échec, etc.

Cette idée apparemment simple de partenaires travaillant en binôme apprenant/accompagnateur est pourtant difficile à mettre en œuvre. C'est le cas dans le cadre du dispositif dont il est question dans ce travail. C'est pourquoi il nous semble important de verbaliser et de rendre explicite cette posture dans un contrat réflexif. Par exemple, dans une relation pédagogique partenaire, un stagiaire serait associé à un praticien pour comprendre avec lui une situation à laquelle il ne peut répondre seul. Il pourrait se questionner sur sa pratique, questionner le praticien lorsqu'il ne comprend pas et/ou s'opposer à son raisonnement tout en proposant des arguments lors d'une controverse. Quant au praticien, il accepterait d'être remis en question et de réfléchir sur ce qui fait qu'il agit de telle ou telle manière lors d'un acte pratique : « Les orientations actuelles tendent à recommander d'entraîner les futurs praticiens et les praticiens diplômés à solliciter explicitement et délibérément une rétroaction externe (auto-évaluation dirigée) et à en combiner les résultats avec ceux de leur auto-évaluation, dans l'optique d'orienter leurs apprentissages et d'optimiser leurs pratiques. » (Dory, de Foy & Degryse, 2009, p. 44)

Si le dispositif pédagogique mis en place est perçu comme un lieu d'apprentissage et de prise de risque, et non comme un lieu d'évaluation et de sélection, l'engagement dans la pratique réflexive et dans l'acquisition des compétences sera facilité. Par contre, par exemple, si un stagiaire en dernière année de master en médecine propose sa candidature au seul poste d'internat vacant dans la discipline convoitée, il développera prioritairement des stratégies lui permettant d'acquérir ce poste : « Cette façon de faire n'encourage guère la prise de risque puisque l'objectif est alors de ne pas dévoiler ses lacunes aux superviseurs. » (Pelaccia *et al*, 2008, p. 111) Dans ce cas, il est compréhensible que les apprenants puissent avoir tendance à adopter des stratégies défensives vis-à-vis d'un processus réflexif qui propose la mise en lumière de leur niveau de progression au lieu de le dissimuler. Ce jeu de *cache-misère* où chacun des partenaires se montre sous son meilleur jour est considéré comme étant un frein à la pratique réflexive. C'est pourquoi nous proposons que les accompagnateurs n'endossent pas la charge de l'évaluation certificative. Tant que l'évaluation reste au niveau des processus d'auto-évaluation et de co-évaluation formative, les apprenants ont l'occasion de laisser émerger leur réflexivité. Dès que l'on parle d'examen, ils reprennent une position défensive, facilement compréhensible dans l'état actuel des choses.

Chaque acteur pourrait partager ces questionnements dans une approche partenaire d'adulte à adulte, non autoritaire, non paternaliste, non maternaliste, non laxiste. Et pourtant, l'histoire d'un stage, par exemple, est souvent l'histoire d'une « censure mutuelle » (Perrenoud, 2001a) D'un côté, les stagiaires éprouvent des craintes à interagir avec un praticien lorsqu'ils ont l'occasion de lui poser des questions concernant une situation clinique par peur *de dire des bêtises*. D'un autre côté, certains praticiens ne les y aident pas toujours, surtout lorsqu'ils adoptent une posture autocratique, toujours bien présente sur certains sites cliniques. On peut alors se questionner sur ce que vivent les stagiaires dans le cadre de leur parcours de stages cliniques, sur les tensions qu'ils y vivent et sur le respect de leur identité personnelle et

professionnelle. Ce type de posture vécue au quotidien, même si elle fait partie d'un bref passage initiatique et/ou de mise à l'épreuve, pourrait empêcher le stagiaire de dire, de faire et/ou d'agir-réagir en tant qu'acteur réflexif capable d'autonomisation et de responsabilisation.

La volonté de maintenir une posture partenaire, *quasi* symétrique au niveau des attitudes (attitudes réflexives) et complémentaires au niveau des compétences (l'un ayant un niveau de compétence supérieur à l'autre), invite l'institution à réagir vis-à-vis des freins évoqués ci-dessus. Elle demande à ce que chacun soit prêt à partager et à (se) questionner explicitement son expérience et ses ressources de manière à ce que les deux partenaires ancrent une posture réflexive dans leurs schèmes mentaux, pour que l'un se sente prêt à exercer la médecine au terme de ses études, et pour que l'autre développe sa professionnalisation. Afin de mettre en place une posture partenaire catalysant le processus de professionnalisation, Perrenoud (2001b, p. 45) pose « deux conditions :

- une conception institutionnelle des stages clairement orientée vers la pratique réflexive, qui autorise chacun à gratter là où ça fait mal, à s'étonner, à questionner, à suggérer, à résister, à douter, dans un sens comme dans l'autre, en posant des limites et en disant clairement pourquoi c'est un enjeu de formation ;
- une formation et une préparation, tant des stagiaires que des conseillers pédagogiques, à jouer le jeu réflexif, prudemment, dans le respect d'une éthique, avec des garde-fous, des procédures de régulation et, éventuellement une supervision. »

Après avoir évoqué les fonctions et les rôles d'apprentissage/accompagnement réflexifs, ont été développées les notions de partenariat et de contrat réflexif. Ainsi, le praticien serait perçu par le stagiaire comme un allié centré sur le but commun de

développer sa professionnalité et inversement. O'Brien, Marks et Charlin, (2003, p. 188) précisent : « Il n'est pas nécessaire que le praticien se force à apparaître en complice ou en pair mais un *feedback* devrait refléter son expérience, sans accentuer indûment la différence de pouvoir, de savoir et de statut existant entre lui et le stagiaire. » Pour approfondir et opérationnaliser l'adoption d'une posture réflexive, nous proposons d'explorer le domaine des attitudes à emprunter dans la relation partenaire.

## **2.6 Vers une posture réflexive : « une question d'attitudes » (Pelpel, 2001)**

Tout un dispositif réflexif est difficile à organiser au sein d'une institution ou d'un service, mais l'est plus encore la relation entre les différents acteurs partenaires, car on aborde le domaine des attitudes qu'ils empruntent au quotidien. Et, en évoquant les attitudes professionnelles, on touche, par conséquent, aux attitudes personnelles. Pour certains, il ne faut pas confondre sphère professionnelle et sphère privée. Or, la posture réflexive relève fondamentalement de l'identité de la personne : « Sans doute est-il question d'une identité professionnelle, mais on peut douter que le rapport réflexif à l'ordre des choses puisse se cantonner à l'identité au travail. » (Sainsaulieu, 1985, cité par Perrenoud, 2005, p. 32) La comparaison avec le mouvement de danse contemporaine est assez évocatrice de la non-dualité entre ces deux sphères. Car, comme Schön (1983/1994) parle de *pré-réfléchi*<sup>7</sup> et Faingold (2001) parle de *pré-existant*, Launay (1996, p. 94) parle de *pré-mouvements* appelés à venir à la conscience : « Le danseur possède un fond postural chargé de messages aussi importants que les mouvements intentionnels. » Comme le dit Coursil (2000, cité par Dispagne, 2007, p. 61) : « Le terme posture

---

<sup>7</sup> Les *pré-réfléchis* correspondent à ce qui *pré-existe* à la prise de conscience de l'apprenant : « C'est ce qui est en mémoire sans avoir encore fait l'objet d'une symbolisation, ni sous forme de représentation, ni a fortiori sous forme verbale. » Faingold (2001, p. 5).

est choisi à dessein car il implique l'idée d'équilibre instable, de travail en cours, dans la durée. »

Ainsi, comme le précise Perrenoud (2005, p. 32) : « La pratique réflexive est solidaire d'une identité, d'une posture, d'un rapport au monde, au savoir, à la complexité. C'est pourquoi il n'est pas confortable d'être réflexif. » Toutefois, si une démarche réflexive (re)dessine une manière de penser l'action professionnelle en demandant un investissement de soi et un travail sur soi (Cifali & Guist-Desprairies, 2008), il est important aussi de rappeler que cette source d'angoisse et de remise en question peut devenir aussi une source de plaisir. Ce plaisir s'exprime quand on s'implique dans un groupe de partage réflexif ou quand on s'engage dans un questionnement réflexif personnel alors qu'émergent des solutions encore inconnues jusque-là. Cet exercice de la pratique réflexive n'est pas spontané. Il exige une période d'apprentissage, un accompagnement, mais aussi un travail sur nos attitudes profondes. À notre avis, c'est ici que, en grande partie, se joue l'efficacité de la relation d'apprentissage/accompagnement réflexifs. Car, lorsque la relation entre les acteurs ne s'inscrit plus dans une structure hiérarchique (cf. MTP), ce sont les attitudes effectivement mises en place qui sont susceptibles d'en fonder la légitimité, et, par la même occasion, l'efficacité (Pelpel, 2001).

Le vaste domaine psycho-social s'intéressant aux attitudes et à leur développement ne pouvant pas être exploré dans le cadre de ce travail, nous avons choisi d'évoquer des outils d'analyse d'interactions interpersonnelles utilisés lors d'un accompagnement. Ceux-ci sont issus des travaux de quatre chercheurs qui font référence aux postures, aux attitudes et aux compétences qu'il est conseillé d'acquérir pour s'engager dans une relation d'apprentissage/accompagnement réflexifs. Ces chercheurs (intervenant auprès d'organismes de formation et/ou d'institutions d'enseignement) proposent chacun une grille d'analyse dont tout accompagnateur pourrait s'inspirer pour questionner la posture d'accompagnement qu'il adopte envers un apprenant :

- (1) Porter (1973), psychologue et disciple de Rogers (1902-1987), psychologue humaniste, propose une « grille d'analyse des attitudes » pour identifier les attitudes adoptées lors d'une relation interpersonnelle. Cette grille peut être utilisée dans tous les domaines de la vie privée ou professionnelle. Elle poursuit l'objectif d'identifier les attitudes majoritairement adoptées par un individu lors d'une relation, quelle qu'elle soit. De nombreux intervenants en communication interpersonnelle, en dynamique de groupe et en *coaching* utilisent cette grille depuis de nombreuses années. Sa simplicité et sa perspicacité dans l'identification de *six attitudes* (soutien, décision, interprétation, évaluation, investigation et compréhension) prises spontanément par un individu lors d'un échange verbal, sont indéniables. Cet exercice est proposé lors de formations à l'animation de groupe (Mucchielli, 1985) destinées aux enseignants en formation ;
- (2) Saint-Arnaud (2001), psychologue, propose une « grille d'analyse des interactions professionnelles ». Cette grille annonce la complexité et la richesse de ces moments d'interactions professionnelles en proposant 12 stratégies et 32 procédés d'interaction. Cette grille est destinée à identifier les attitudes adoptées par un formateur, un *coach* ou un superviseur lors d'un échange avec un apprenant à propos d'une action qu'il a réalisée. Elle est notamment utilisée par les superviseurs en médecine, à l'université de Sherbrooke (cf. Martineau, Girard & Boule, 2008) ;
- (3) Donnay (2002), psycho-pédagogue, propose une « illustration des compétences professionnelles à acquérir par un formateur-accompagnateur ». Il propose l'adoption d'une posture réflexive semi-directive, identifiable grâce à plusieurs attitudes : écouter la perception qu'a l'apprenant de la réalité de la situation vécue (décoder sa subjectivité,

objectiver les faits, faire expliciter), s'expliquer (mettre en rapport le vécu de l'apprenant avec son propre vécu de formateur-observateur), faire expliquer (faire appel aux modèles théoriques pour gérer les subjectivités et s'y confronter) pour qu'au final, l'apprenant soit capable d'objectiver le réel de la situation vécue et qu'il puisse envisager de changer ses conceptions, ses croyances et ses pratiques. Cette illustration reprend les principes du *compagnonnage réflexif* (Donnay & Charlier, 2008). Elle fait référence à une structure rigoureuse qui communique un chemin d'analyse du réel lors d'une rencontre entre deux réalités entrevues par deux acteurs : MOI, L'AUTRE et le RÉEL (cf. figure 1). L'intersection entre ces trois milieux existant en interaction l'un avec l'autre constitue l'espace-temps de l'apprentissage situé (cf. chapitre 1) où l'accompagnateur adopte une posture de médiateur en identifiant le décalage entre le discours du stagiaire et le réel dont il apprend à rendre compte (Donnay & Charlier, 2008).

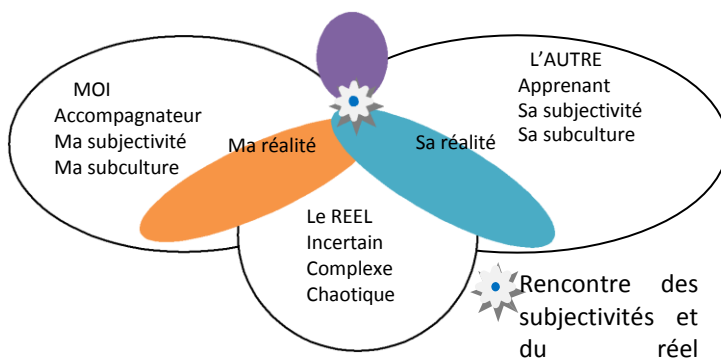


Figure 1. Compétences relationnelles en communications interpersonnelles (Donnay, 2002)

La rencontre entre les acteurs pédagogiques est par essence problématique car se rencontrent deux subjectivités et deux

subcultures<sup>8</sup> qui exigent des décodages permanents afin de pouvoir s'entendre sur une définition d'un réel commun approprié à la situation d'apprentissage. Dispagne (2007, p. 62) précise : « Les interactions demeurent au préalable opaques voire chaotiques du fait qu'y circulent une multitude de modèles et d'activités sémiotico-symboliques provenant de l'un ou l'autre des acteurs en présence. » L'interprétation de chacun des acteurs représente le point d'appui pour confronter les points de vue. C'est à partir de cette (re)médiation orale que l'interaction prend sens et donne sens à la transformation des savoirs sinon à leur (re)construction.

- (4) Vermersch (2011), psychologue, propose une technique d'entretien et de recueil d'informations : « l'entretien d'explicitation », que nous avons déjà évoqué précédemment (chapitre 1). Nous savons qu'en stage, un des problèmes-clefs est d'aider les futurs professionnels à tirer des leçons de leurs activités pratiques. Et, s'il est tentant pour le formateur d'expliquer ce qu'il est en train de faire, il est tentant pour le stagiaire de mémoriser ces explications pour, le moment venu, (re)produire la réponse souhaitée par le formateur. C'est précisément ce type de posture que nous voulons éviter lors des échanges accompagnateur/apprenant car elle s'inscrit dans une dynamique d'apprentissage autocratique, non adaptée aux besoins de la pratique réflexive. Celle-ci exige un temps de verbalisation après l'action pour aider l'apprenant à lui faire prendre conscience de ce dont a été fait son vécu pratique tout en faisant émerger sa subjectivité lors d'un entretien avec

---

<sup>8</sup> Chaque être humain est *différent et semblable* mais chacun se réfère à sa culture (et/ou subculture) d'appartenance pour décrypter le réel et donc le comprendre di éremment de l'autre. Ceci renvoie l'enseignant à l'obligation de comprendre comment les apprenants peuvent analyser de manières différentes les situations qu'il produit et non à penser que tous les apprenants le comprennent de manière identique (Biarnès, 2000, cité par Dispagne, 2007, p. 63).



l'accompagnateur. La (re)construction des faits, l'émergence de la subjectivité et la mobilisation de ressources (internes et externes) sont des processus qui ne vont pas de soi. Leur intégration lors de la verbalisation n'a rien d'automatique. Et, lorsque l'on entend de la bouche d'un étudiant qu'il juge un stage *inutile* ou qu'il a été *instrumentalisé* pour servir de *petite main*, on ne peut qu'insister sur l'espace formatif privilégié que constitue un stage et sur l'importance d'un accompagnement des apprentissages du stagiaire pour qu'il puisse *tirer des leçons* de ses activités pratiques.

Ces cadres d'analyse pourraient être proposés à des accompagnateurs (superviseurs, professeurs, formateurs, internes, etc.) dans une formation à l'accompagnement réflexif pour ce qui concerne le domaine des attitudes à adopter. La grille de Porter (1) permet d'identifier dans quel registre d'attitudes on joue le plus souvent tout en donnant des pistes pour ajuster notre posture et pour que, lors d'un échange verbal, l'on soit au plus près de la posture compréhensive semi-directive conseillée dans les entretiens d'accompagnement/d'apprentissage réflexifs. Ceci signifie que l'accompagnateur ne cherche pas à vérifier une hypothèse posée *a priori* mais, *a contrario*, qu'il se met à l'écoute du vécu subjectif de l'apprenant : « C'est le sujet qui sait. Moi, je ne sais rien du vécu subjectif de l'autre. » (Paquay & Sirota, 2001, p.166). Une formation aux *interactions professionnelles* telle que l'envisage Saint-Arnaud (2), ou une formation au *compagnonnage réflexif* selon Donnay et Charlier (3), ou encore une formation à l'entretien d'explicitation de Vermersch (4) pourrait être organisée. Ces cadres conceptuels sont fondés sur les concepts de pratique réflexive, de praxéologie, d'apprentissage situé et de formation par l'expérience (cf. chapitre 1) que nous préconisons pour faciliter l'adoption d'attitudes compréhensives révélatrices d'une posture réflexive.

La rencontre entre, par exemple, un médecin et son patient, c'est d'abord la rencontre entre deux perceptions de la médecine qui se parlent et tentent de se comprendre pour définir des

objectifs communs de soins lors de cette co-construction de la relation thérapeutique. Il en va de même pour la relation pédagogique installée entre un accompagnateur et un apprenant. L'idée, dans les deux cas, est de faire émerger les perceptions de l'apprenant ou du patient pour activer la mise en conscience de son processus d'apprentissage ou de son processus thérapeutique. C'est par le questionnement de soi à soi, de soi à l'autre et de soi aux savoirs à utiliser dans un réel *hic et nunc* que la posture réflexive permet d'intervenir dans la construction de l'identité professionnelle ou personnelle. Ce n'est ni un outil, ni une technique, ni une méthode. Et *au-delà* d'être une pratique ou un exercice quotidien, c'est d'abord une posture épistémologique que l'on choisit d'adopter quand on accepte de faire face aux conformismes qui nous sécurisent, quand on accepte de les ajuster, de les transformer, voire de les abandonner, pour ouvrir de nouveaux chemins de connaissances dans un monde en perpétuel changement psycho-socio-pédagogique. Cette démarche peut être facilitée par l'utilisation d'outils tels que *log book* et/ou *portfolio* explorés dans les paragraphes suivants.

### **3. Des supports d'apprentissage/accompagnement réflexifs : *log book* et/ou *portfolio***

Une formulation relative au *log book*, carnet de route (voyageur écrivant les expériences vécues sur sa route) ou journal de bord (navigateur écrivant son parcours ou enseignant formulant son expérience de travail), est présentée par la faculté de médecine et des sciences de la santé de l'université de Sherbrooke pour ce qui concerne son utilisation par les stagiaires :

« Le journal de bord (ou *log book*), en répertoriant des situations cliniques et des entités diagnostiques que l'externe côtoie au quotidien, lui donne l'occasion de prendre pleinement conscience de son parcours d'apprentissage. Il permet notamment de tirer profit de chacune de ses expériences professionnelles tout en assumant un rôle plus actif dans la gestion de ses apprentissages en

collaboration avec ses superviseurs. » (Université de Sherbrooke, études médicales pré-doctorales, 2007)

Un *log book* peut être intégré dans les différents travaux constitutifs d'un *portfolio*. Ces deux outils pédagogiques portent les mêmes objectifs d'apprentissage/accompagnement réflexifs. L'un, le *log book*, est constitué de la formulation de traces d'apprentissages réflexifs acquis dans le quotidien des expériences professionnelles, au jour le jour, voire au cas par cas. L'autre, le *portfolio*, est généralement constitué de plusieurs types de recueil de traces d'apprentissage réflexif, comme par exemple, des analyses d'articles, des rapports de colloques, des réalisations de projets, des *log books* ou tout autre document reflétant la mobilisation d'apprentissages, le développement de compétences et l'usage d'une pratique réflexive par l'apprenant. Nous proposons deux définitions du *portfolio* :

«C'est 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 » (Naccache, Samson & Jouquan, 2006, p. 110) ;

« C'est un outil de réflexion conçu et géré par l'étudiant, qui lui permet de cumuler des traces des apprentissages qu'il a réalisés dans divers contextes (cours, stage, etc.) et de les organiser de manière à témoigner du développement de ses compétences. Toutes sortes de documents peuvent être colligés par l'étudiant dans son portfolio à condition de constituer des preuves d'apprentissages (Tardif, 2006) » (Bélanger, 2009, p. 1).

Un *portfolio* et/ou un *log book* sont des outils pédagogiques. Pour créer notre propre proposition de *log book* au sein du dispositif pédagogique dont il est question dans ce travail, nous nous sommes inspirée de *portfolios* et de *log books* proposés par

quatre facultés de médecine, soit aux stagiaires (1) et (2), soit aux internes en médecine (3) et (4) :

- (1) La faculté de médecine de l'université de Sherbrooke (UdeS) propose aux stagiaires le *pilot projet of reflective portfolio* (Langevin, Gagnon & Bourque, 2007). Ce *portfolio* représente une compilation d'analyses d'événements critiques signifiants pour l'apprenant. Il est demandé à celui-ci d'y formuler quatre rôles différents adoptés lors de quatre étapes successives : *reporter* (description des faits), *analyste* (analyse des faits), *interprète* (interprétation des faits et remédiation) et *ré-investisseur* (identification et utilisation des acquis d'apprentissage). Le *portfolio* est proposé aux stagiaires de dernière année de master. D'autres départements de cette université utilisent le terme *log book* pour le même type de travail. Cet outil réflexif nommé *portfolio* représente un des éléments activateur de notre propre outil *log book* installé en tant que modalité dans le cadre du dispositif réflexif implanté dans un cadre de formation clinique. C'est pourquoi il est cité en premier.
  
- (2) La faculté de médecine de l'université catholique de Louvain (UCL) propose aux étudiants de master la construction d'un *portfolio* (choix optionnel entre un mémoire, un *portfolio* ou une recherche biomédicale). Le *portfolio*, implanté par les membres du Centre de Développement Pédagogique de la faculté de médecine de l'UCL, rassemble l'ensemble des travaux que l'étudiant aura réalisés tels que travaux cliniques, cours à option et activités extérieures (stages, conférences, lectures, etc.). Il représente le Travail de Fin d'Etudes – TFE. La compilation réalisée par les étudiants progresse tout au long des quatre années du master en médecine. Sa grande amplitude fait la force de ce dispositif où s'intègrent les apprentissages progressifs au cours de quatre années.

(3) La faculté de médecine de l'université de Bordeaux (UdeBordeaux Segalen) propose aux internes en médecine générale la construction d'un *portfolio* – Diplôme d'Enseignement Supérieur – DES. Il correspond à une compilation des situations recueillies aussi bien dans les stages hospitaliers que dans les stages ambulatoires. Doivent y figurer la formulation des besoins et les objectifs de formation ainsi que les acquis d'apprentissage, et cela pour chaque stage effectué. Les apprenants doivent vérifier au terme des stages si leurs objectifs sont atteints. Plusieurs situations vécues (minimum 12) doivent y être formulées. La démarche diagnostique ainsi que les éléments décisionnels doivent être argumentés dans une perspective d'*Evidence-Based Medicine* (EBM)<sup>9</sup>. Une partie du *portfolio* est destinée à la discussion d'incidents critiques qui posent questions. Une autre partie est réservée aux recherches scientifiques en cours. D'autres contributions personnelles doivent y être développées telles que des charges de cours ou de tutorat. Chaque script des situations vécues comprend cinq parties : le récit descriptif, l'analyse-argumentation du raisonnement

---

<sup>9</sup> L'*Evidence-Based Medicine* (EBM) est définie comme l'utilisation des meilleures données actuelles de la recherche clinique (*evidence* : preuve) dans la prise en charge des patients, et se présente comme un outil, une grille de lecture facilitant l'analyse de la pratique clinique de la médecine en fonction des ressources bibliographiques dont peut disposer l'étudiant. L'EBM fait appel à un processus d'objectivisation des connaissances et des stratégies qu'utilise l'apprenant pour élucider ses processus de rationalisation mis en acte lors d'une résolution de problèmes cliniques. Si l'EBM est précieux pour mettre au jour une logique rationnelle de raisonnement clinique, il présente des limites lorsqu'on aborde une consultation clinique dans sa globalité, et particulièrement lorsqu'on aborde le sujet de la communication clinique encore plus porteuse des représentations et des croyances subjectives de tous les acteurs présents lors de la situation vécue (patient, médecin, infirmière par exemple). Il est donc préférable de voir au-delà de l'EBM et surtout en ce qui concerne les pratiques soignantes qui sont, elles aussi, en mutation. Comme le souligne Rothier-Bautzer (2002, p. 44) : « La formation des médecins et des soignants reste rivée à un modèle positiviste de la médecine et du soin qui exproprie le corps propre. » Cette façon de voir les choses est obsolète. Fort heureusement, à l'heure actuelle, le patient est de moins en moins considéré comme un objet de pathologie ; il devient acteur de sa guérison...

clinique, l'identification des apprentissages acquis/à acquérir, la synthèse et, enfin, les références bibliographiques.

- (4) La faculté de médecine de l'université de Genève (UNIGE) propose aux internes en pédiatrie la construction du *log book* de l'assistant. Il sert à répertorier de manière synthétique l'état d'avancement de la formation de l'interne. Une fiche de progression visant l'acquisition d'objectifs d'apprentissage pour chaque période de formation est proposée.
- (5) À la faculté de médecine de l'université de Liège (ULg), le département universitaire de Médecine Générale (DUMG) a recours au terme *portfolio* pour désigner un travail réflexif relatif au module de soins palliatifs. Il est demandé aux étudiants de 3<sup>e</sup> master d'analyser progressivement des situations présentées sous forme de cas cliniques. Un travail de suivi personnalisé est organisé entre les étudiants et les tuteurs, médecins généralistes.

Demander une formulation écrite à développer dans un *log book* ou un *portfolio*, c'est donner à l'apprenant l'occasion d'entreprendre la mise en mots de la situation vécue pour qu'elle puisse être partagée et discutée avec ses pairs accueillis sur le même lieu de stage. Ce ne sont ni des récits de vie ni des récits biographiques. Ils ne présentent des intuitions ou des ressentis que si cela apporte une clef d'analyse pour le développement et la conscientisation de l'apprentissage. Ce sont des analyses rigoureuses qui dépendent aussi des cadres de références cliniques des disciplines et des contextes hospitaliers. Ils peuvent prendre la forme d'auto-évaluations et d'auto-régulations confrontées aux représentations des pairs lors des rencontres organisées entre praticiens et *presque* praticiens, les stagiaires. Ces outils, retravaillés en fonction des interactions psycho-socio-cognitives, concrétisent l'émergence du processus réflexif de l'apprenant. Il est préférable

que ce ne soit pas l'accompagnateur de la construction du travail qui soit en charge de l'évaluation de ces écrits ; les deux rôles étant, à notre avis, incompatibles.

Ce type d'outil permet de matérialiser les traces d'une posture réflexive – ou la manière de s'engager dans cette posture – lors du dialogue avec le réel, avec soi, avec le présent, avec ses pairs et avec les accompagnateurs. Dans le cadre des stages, l'objectif est de présenter, à son terme, une *œuvre* qui dépendra du niveau de finalisation que l'étudiant lui attribue en fonction de sa motivation, de son assiduité et de son intérêt à s'engager dans cette tâche. L'idée poursuivie est, comme le soulignent Vrancken et Macquet (2006, p. 29) « de permettre à l'apprenant d'être réactif et sans cesse en quête de constructions nouvelles, de remise en questions de soi au fur et à mesure que se déroulent ses expériences pratiques ». Dans ce cas, la verbalisation de l'action qui contribue à l'élaboration de la compétence (Clot, 2001) en mobilisant les ressources (internes et externes) ne se réduira ni à la formulation de l'objectivement observable ni à la formulation d'une logique strictement rationnelle. Car il existe une part d'intériorité non dite, non vue (opérations mentales, représentations, attitudes, etc.) mise en conscience progressivement par le *réfléchissement*, qui du tacite à l'explicite (Pastré, 2009), s'organise sur papier. Pour cela, l'étudiant doit commencer par désacraliser le travail de l'écriture et lui donner sa juste place d'outil, pour qu'elle puisse devenir un support efficace du travail de la conscience (Vanhulle, 2009). Pour ce faire, comme le suggère Vermersch (2011, p. 62), « il est conseillé que l'étudiant formule ses phrases au présent de l'indicatif et en *je* » (p. ex. : je pense que, j'observe que, il me semble que je, je trouve que, je réalise que, etc.). Mais, d'après Vanhulle (2009, p. 244) : « Au-delà d'une certaine limite, on ne peut pas saisir totalement le processus de subjectivation, parce qu'il concerne la mobilisation de fonctions de l'appareil psychique par un « je » qui, de manière conscientisée ou non, cherche à se développer, à se frayer une voie propre cohérente, à devenir. »

Ce chapitre 2 développe la notion d'accompagnement qui concerne à la fois l'apprenant et l'accompagnateur. Elle fait du premier, dans sa quête d'appropriation du savoir-agir-réagir, l'*accompagné* du formateur. Elle donne au second la figure de l'*accompagnateur*, une figure qu'il prend par diverses attitudes et par différentes actions intentionnelles (ou non) visant à contribuer à la quête réflexive de l'accompagné (Dispagne, 2007). Cette vie psycho-sociale constitue un jeu complexe de croisement d'identités multiples, tout à la fois en relation d'interaction et en processus de changement. Des attitudes non directives, semi-directives et compréhensives dans le sens phénoménologique du terme, renforcent l'apprenant dans la prise de conscience de son *savoir* tout en lui donnant le *pouvoir* d'accéder à ses propres logiques d'actions professionnelles. Ainsi, lors de partenariat, il s'émancipe, au cours de ses nombreux stages successifs, d'une fonction de stagiaire à une fonction de médecin-stagiaire pour, dès son entrée en master complémentaire, *savoir-pouvoir*-agir-réagir en tant que médecin précocement professionnel.

Nous résumons cette notion d'accompagnement réflexif par une phrase de Dispagne (2007, p. 62) :

« L'orientation sur soi [sur l'apprenant], œuvre de l'accompagnant, vise à permettre à l'accompagné, l'autre sujet social, de ne plus se confiner exclusivement dans un format social et identitaire pré-défini et définitif, mais d'opérer également une orientation sur soi en vue de tisser d'autres formes de socialisation façonnant l'élargissement du modèle identitaire premier et habituel par la mise en œuvre d'un nouveau modèle identitaire enrichissant et actualisant la culture première de l'apprenant. »

Une ville adapte et/ou transforme son architecture aux besoins des individus qui la composent avec les moyens disponibles grâce aux avancées technologiques et idéologiques dont elle dispose. De la même manière, un système pédagogique est voué à se transformer s'il ne répond plus aux attentes de la société auquel il



appartient. C'est pourquoi, de nos jours, l'accompagnement réflexif est proposé pour remplacer progressivement l'enseignement *ex cathedra*. Et, comme tout enseignement reçu est un empirisme alors que tout enseignement donné est un rationalisme (Bachelard, 1977), nous pensons que le temps est venu de ne plus se contenter d'expliquer aux enseignants comment donner leurs cours magistraux ou quelles sont les bonnes pratiques d'enseignement et de didactique. Le temps est venu de s'intéresser à ce que pense, à ce que croit, à ce que dit le partenaire dans la relation pédagogique : l'apprenant. Car c'est de lui dont il est question dans une *approche centrée sur l'apprenant*. Lorsque celui-ci est plongé dans l'empirisme de situations concrètes qui se succèdent (ou interfèrent entre elles), comme par exemple lors d'un stage, il devient primordial qu'il apprenne à construire *hic et nunc* ses propres logiques d'actions professionnelles, elles-mêmes soumises aux changements qui s'avèreront nécessaires dans l'avenir.

Les méthodes d'enseignement magistrales expositives ou démonstratives présentent des limites que peuvent dépasser les méthodes actives, interactives et réflexives, principalement lorsqu'on aborde la problématique des stages. Ces limites sont atteintes lorsqu'une situation inédite se présente et lorsque les actes automatiques utiles jusque-là ne suffisent pas à la résoudre. Une démarche réflexive s'impose alors afin de construire une réponse efficace, car, comme le soulignent Donnay et Charlier (2008, p. 169) : « Les savoirs standardisés prennent leur sens s'ils sont reconstruits par le praticien à partir des interpellations de sa pratique ; à conditions que celui-ci se laisse interpellé. » C'est pourquoi, à l'instar de Perrenoud (2001b), nous insistons sur le fait que l'accompagnement de la professionnalisation précoce de l'apprenant s'en réfère aux seules méthodes de pédagogie active permettant d'y accéder. La pratique réflexive propose une posture pour faire face à la complexité et aux événements singuliers ; elle représente un soutien face aux changements inéluctables des pratiques professionnelles et des besoins sociétaux. C'est aussi un chemin qui emmène l'apprenant vers l'exercice quotidien d'un

questionnement des (ou de ses) pratiques d'actions et vers la conscientisation de ses apprentissages. Il pourra alors formuler ce qu'il sait faire, se demander comment rebondir pour remédier à une situation inédite et ancrer progressivement un *sentiment d'efficacité personnelle* tout en gagnant précocement en autonomie et en responsabilisation vis-à-vis de ses actions professionnelles, à préciser entre les acteurs de la relation.

Cette relation d'apprentissage/accompagnement réflexifs s'organiserait au sein d'un système de relations qui ne poursuivrait ni une logique d'enseignement (enseigner/apprendre) ni une logique d'opérationnalisation (travail à exécuter/à fournir). Ainsi, la fonction d'accompagnement pourrait être assimilée à une fonction de médiation dont les rôles sont encore à définir (Beckers, 2007 ; Donnay & Charlier, 2008 ; Mottier Lopez, 2012 ; Pelpel, 2001 ; Perrenoud, 2001a). Le médiateur n'impose pas un accord ou un projet. Il contribue simplement à sa construction. Il peut lancer des pistes de travail et aider à la réalisation d'outils afin de soutenir les apprenants lorsqu'ils doivent poser un choix ou prendre une décision où chacun s'y retrouve. C'est pourquoi nous avons proposé dans ce chapitre 2 un éclaircissement du lien existant entre apprentissage et accompagnement tout en y adjoignant le concept de réflexivité. Nous devons préciser que nous avons le plus souvent possible utilisé le terme *accompagnateur* car les termes formateur, superviseur ou maître de stage créent une distance avec le stagiaire qui pourrait se révéler difficile à franchir sur un terrain de formation clinique tel que nous l'envisageons dans le chapitre 3.

### **Chapitre 3**

## **Ancrer la pratique réflexive dans le quotidien d'un stage clinique**

---



## **Ancrer la pratique réflexive dans le quotidien d'un stage clinique<sup>1</sup>**

---

Dans ce chapitre 3, nous envisageons la problématique des stages en tentant de préciser, à partir d'écrits de référence sur le sujet, en quoi ils pourraient être considérés comme un problème à résoudre. En premier lieu, nous proposons une perspective concernant les aspects généraux communs aux stages effectués dans divers milieux professionnels. En deuxième lieu, nous réduisons progressivement le champ exploratoire pour aborder plus précisément les références concernant les milieux professionnels cliniques et la problématique des stages cliniques en médecine. Pour terminer, nous proposons de revenir sur le principal référent conceptuel soutenant le dispositif pédagogique installé sur le parcours de stages cliniques en médecine. Il s'agit de l'Apprentissage et de l'Enseignement Contextualisé Authentique, AECA (Frenay & Bédard, 2004). Les principes de l'AECA ont déjà été évoqués dans le chapitre 2 de cette section I. Ils sont développés

---

<sup>1</sup> « Le concept *clinique* signifie qui vient du monde médical, *klinikos* signifie médecin et *klinos* signifie lit ; est clinique la démarche qui consiste à être au chevet du patient, à l'écoute de la façon dont il parle de son mal. De nos jours on utilise le terme clinique dans d'autres domaines que la médecine, notamment en psychologie et en sociologie. La clinique permet au chercheur comme au praticien de se situer dans la relation et de tenir une posture d'observation. Cette science de l'observation qu'est la clinique implique que le sujet est en position d'observateur participant mais qu'il est aussi supposé pouvoir interpréter ce qu'il observe, ou autrement dit produire des énoncés sur la situation observée. Ainsi la question de la clinique concerne tous les champs des sciences sociales et humaines. Ce terme est aussi utilisé pour les sciences dites dures car tous les chercheurs, quelle que soit leur discipline (biologie, mathématique, physique, etc.), se retrouvent en position d'observateur et d'énonciation par rapport au phénomène observé. Ce déplacement conceptuel dans d'autres disciplines est à l'origine de la démarche "transdisciplinaire". Dans ce sens, la clinique est un concept nomade, il traverse toutes les disciplines. » (Alayrangues, 2014, p. 2)

dans le chapitre 1 de la section II : « Quels critères utiliser pour questionner la qualité pédagogique des stages cliniques ? » Dans cet article-chapitre 1, les principes de l'AECA y sont traduits sous forme de critères pour questionner la qualité pédagogique des stages cliniques.

Mettre en relation la formation théorique et la formation pratique préparant à l'entrée dans une profession constitue à l'heure actuelle un défi à relever dans de nombreuses institutions de formation. Ce chapitre propose des éléments d'analyse de la problématique des stages. Dans ce cadre de recherche, le stage se distingue d'un stage de formation thématique (stage de chant ou d'initiation à Internet) où l'individu en formation pourrait n'avoir aucun pré-requis lorsqu'il s'y inscrit. Il se distingue d'un *stage d'attente* lors d'une recherche d'emploi où l'individu est soumis à une démarche administrative au terme de ses études. Cette recherche s'intéresse au stage pré-professionnel, c'est-à-dire à une période limitée qu'un apprenant, qu'il s'agisse d'un élève ou d'un adulte, passe sur un lieu où il est censé pouvoir acquérir les compétences indispensables à la profession à laquelle il se destine. Pour Pelpel (2001, p. 81), un stage c'est « une expérience qui, dans ses formes extrêmes, s'inscrit dans une sorte de paradoxe : il est nécessaire de se la donner avant d'aborder la vraie réalité, mais, elle n'est réputée formatrice que si elle comporte déjà les caractéristiques de cette réalité ». Nous préférons recadrer les stages selon l'orientation pédagogique professionnalisante dans le sens où elle éveille à la professionnalité<sup>2</sup> et à la professionnalisation (cf. section I, chapitre 1) des apprentissages grâce à la formation par l'expérience.

---

<sup>2</sup> Le terme professionnalité inventé dans les années 80 par les syndicats italiens est intéressant. Il renvoie à la prise en considération d'une conduite y compris ses antécédents et ses conséquents (Donnay & Charlier, 2008, p. 33). Il ne désigne pas seulement l'acte posé en lui-même mais aussi les liens (spatiaux-temporels-logiques) qui le relient aux autres actes posés et aux événements antérieurs. C'est dire que leur contextualisation, bref tout ce qui entoure les actes posés en situation de travail, participe à leur sens.

Dans les lignes qui suivent, nous proposons d'envisager cette période limitée d'un point de vue très général à partir de trois perspectives : sociologique, psycho-sociologique et psycho-pédagogique. Ensuite, deux définitions contrastées de ce moment privilégié d'apprentissage sont prises hors de leur contexte pour être soumises à une controverse. Après cela, nous composons avec les différentes notions envisagées pour proposer un recadrage personnel, plus opérationnel à nos yeux. Ensuite, sont développées les contraintes contextuelles généralement rencontrées lors des stages professionnalisants. Ces dernières sont illustrées par des exemples cliniques. Pour terminer sont proposées des pistes pour développer la qualité d'un stage, en l'occurrence d'un stage clinique en médecine ainsi que des critères d'analyse de la qualité pédagogique de cette formation clinique.

## **1. Un moment de formation nommé *stage***

### **1.1 Stage : espace-temps à délimiter et/ou zone intermédiaire à créer ?**

Au moins deux dimensions s'entrecroisent dans un stage : les dimensions psycho-sociologique et psycho-pédagogique. D'un point de vue sociologique, le stage se présente comme un espace-temps délimité et régi par un contexte institutionnel et organisationnel qui (dé)place l'étudiant sur un lieu puis sur au autre en fonction des exigences formulées dans les conventions de stage des partenaires décisionnels et des commissions institutionnelles responsables. Par ailleurs, « le stage présente un aspect initiatique » (Gagné, 1993, cité par Pelpel, 2001, p. 50) lors de la prise en charge des jeunes par les plus anciens, parfois de quelques années seulement comme c'est le cas lorsqu'un interne de médecine de première année prend en charge un stagiaire externe de 3<sup>e</sup> master ; deux ou trois années d'études les séparent.

Et pourtant, dans la majorité des milieux professionnels, la rupture est consommée entre celui qui fait partie du milieu et celui

qui n'en fait pas encore vraiment partie. Le stagiaire sera d'abord un *bleu* avant de devenir progressivement, s'il répond aux attentes (explicités et implicites) des acteurs de terrain, un des confrères destiné à prendre, dans un futur plus ou moins proche, la relève de leur fonction. Pour cela, le stagiaire doit *faire ses preuves* et être soumis à différents rites d'interaction (Goffman, 1974) socio-culturels propres au service, au département, à l'atelier ou au bureau d'ingénierie dans lequel il est admis sinon accueilli. Le stage représente ainsi l'immersion d'un apprenant, *novice*, dans un milieu professionnel dont il a une vague idée et où s'entrecroisent de multiples porteurs d'expériences, des professionnels<sup>3</sup>, proposant leurs compétences à des clients, à des patients, à des secrétaires, à des collègues et, enfin, au stagiaire qui leur est confié.

D'un point de vue psycho-sociologique, un stage fait référence, d'un côté, à une rupture car, le plus souvent, dans le cadre de l'organisation des stages, le groupe-classe éclate et se divise sur plusieurs sites d'accueil. Le stagiaire se retrouve alors séparé de ses pairs. D'un autre côté, tout en identifiant la nécessité de construire de nouvelles relations avec les acteurs du terrain d'accueil, le stagiaire va s'intégrer au sein de nouvelles dynamiques vécues dans le groupe psycho-social, avec les acteurs du terrain pratique. En somme, le cadre d'un stage, en tant qu'espace-temps entre le lieu

---

<sup>3</sup> Pour Le Boterf (2001, p. 126) : « Il y a trois niveaux de professionnalisation : débutant, professionnel confirmé et expert. Au stade de l'*expertise*, la personne non seulement dispose d'une pleine maîtrise de ses compétences mais est en mesure de construire des compétences dans l'instantané à partir d'une vive intelligence des situations. Pour reprendre une métaphore musicale, on pourrait dire qu'elle est non seulement capable de composer mais d'improviser. Quant à lui, le *professionnel confirmé* se caractérise par un degré d'autonomie qui permet de rendre ses initiatives pertinentes puisqu'elles se fondent sur une maîtrise des principales dimensions du processus de construction de compétences. » En formation clinique médicale, les stagiaires sont le plus souvent accompagnés par des internes, eux-mêmes en cours d'apprentissage. Au terme de leur cinquième année d'internat, ils seront considérés comme *professionnels confirmés*. Le Boterf (2001, p. 41) propose une définition du terme professionnel : « Est professionnel un individu qui sait gérer une situation professionnelle complexe. » Il décline les diverses composantes de cette définition, du savoir-agir-réagir avec pertinence, à savoir-s'engager.



de formation théorique *in vitro* (faculté ou école) et le lieu de formation pratique *in vivo* (ateliers, services hospitaliers, bureaux, etc.) demande à l'apprenant d'endosser un nouveau statut<sup>4</sup>.

Si la fonction et les rôles du stagiaire ne sont pas exprimés explicitement, ce statut peut être porteur de malaises, de dénis et/ou de mises à l'écart. Il peut être, à l'inverse, porteur de confidences et/ou de craintes que le client n'ose pas faire au patron ou que le patient n'ose pas exprimer au médecin lors d'une consultation clinique. Il n'est pas simple de s'y retrouver pour le stagiaire car sa fonction est elle-même porteuse d'ambiguïté ; il a un *rôle de service* sur le plan opérationnel doublé d'un *rôle d'apprentissage* sur le plan formatif. L'apprenant n'est plus nommé étudiant ou élève mais, par exemple, boulanger-apprenti (apprenti-boulangier ?), médecin-stagiaire (stagiaire-médecin ?), secrétaire-stagiaire, inspectrice-stagiaire (Dezutter & Dejemeppe, 2001), enseignant-stagiaire ou encore *la-le stagiaire* lorsqu'on va au plus court. Tous les acteurs du terrain de la formation pratique (les patients, les clients, le patron, les médecins, etc.) savent que ce statut revêt toujours une situation précaire et transitoire au cours de laquelle le stagiaire va *prendre forme* petit à petit afin d'atteindre un niveau supérieur de connaissances, de compétences et de reconnaissance envers ses pairs et ses supérieurs hiérarchiques : « Le stagiaire fait fonction, en quelque sorte, de celui qu'il aspire à devenir, tant sur le plan du statut que sur le plan des compétences. » (Pelpel, 2001, p. 89)

Le statut de l'enseignant-expert et du professeur-praticien change également. De professeur-praticien qui communique un

---

<sup>4</sup> Le *statut* (position de l'individu dans un groupe) détermine les rôles à assumer, comme par exemple, le statut de frère aîné engendre des rôles *prescrits* au sein d'une famille. La *fonction* représente les tâches exercées par un individu en rapport avec son statut. Le *rôle* correspond à la façon particulière dont chacun se situe pour occuper son statut et pour exercer sa fonction : « le rôle est la plus petite unité de la culture, une manière d'être que prend le Moi » (Moreno, 1965, p. 23).

savoir, il devient un formateur-superviseur-accompagnateur qui rythme les séances d'apprentissage en fonction des besoins identifiés par les apprenants. Son statut change, sa fonction change ainsi que les rôles qu'il doit assumer. Ainsi se voit-il dans l'obligation d'assumer simultanément deux fonctions parfois antagonistes dans la gestion approfondie de ses rôles. Par exemple, dans un milieu clinique, il devra assumer la gestion d'une consultation avec un patient (raisonnement clinique, communication clinique, actes techniques et administratifs) et, simultanément, la gestion de la formation d'un stagiaire (cf. accompagnement du transfert et de la pratique réflexive). Mis à part l'adoption plus ou moins enthousiaste de cette *double contrainte*<sup>5</sup> inscrite dans l'*habitus* des stages, la fonction pédagogique se voit porteuse de nouveaux rôles à assumer et se révèle plus exigeante en temps et en qualité. Ainsi, tout comme pour le stagiaire, et cela quelle que soit la profession exercée, le statut du formateur-superviseur-accompagnateur représente une rupture de rôles pour un professeur-praticien ; au lieu d'expliquer au stagiaire ce qu'il doit faire, il lui est demandé d'écouter et de guider ses propositions d'actions et de résolutions. Il ne s'agit pas de choisir l'une au détriment de l'autre mais de chercher à les organiser sur un terrain clinique : « L'expérience de stage dans sa spécificité ne se laisse approcher ni à partir des concepts propres à l'enseignement, ni à partir de ceux qui permettent de décrire l'organisation du travail productif. Il est donc nécessaire de réfléchir à une épistémologie propre aux pratiques de stages. » (Pelpel, 2001, p. 51)

---

<sup>5</sup> Le concept de double contrainte – *double bind* – (Bateson, Jackson, Haley & Weakland, 1956) s'exprime lorsque deux contraintes s'opposent : l'*obligation* de chacune contenant une *interdiction* de l'autre, ce qui rend la situation *a priori* insoluble. Pour sortir de la situation paradoxale dans laquelle il se trouve, l'individu devrait adopter une posture métacognitive lui permettant de prendre du recul et de chercher – de créer – une troisième posture. Les doubles contraintes sont un phénomène difficile mais très répandu dans les relations quotidiennes. Elles peuvent être source de stress et même de symptômes psychologiques sévères, ou alors source d'enrichissement et de créativité, selon le type de contrainte et les ressources que l'on est capable de mobiliser pour y faire face.

Cette fonction est une fonction professionnelle en soi qui passe par l'apprentissage de rôles pédagogiques bien spécifiques et qui pourrait (devrait ?) bénéficier d'un statut. Elle ne correspond ni à une fonction d'enseignement, ni même de formation ; c'est une fonction d'accompagnement à part entière, définie à partir de rôles à assumer. Il est devenu prioritaire dans la gestion de cette fonction, de solliciter, d'inciter, de stimuler sans *faire à la place*, de soutenir sans se substituer, de reconnaître l'autre en tant que partenaire de travail, de l'encourager à auto-évaluer et à auto-réguler ses apprentissages, de lui communiquer des *feedbacks* appropriés en lui faisant repérer les points positifs et les points à améliorer. La maîtrise de ces rôles ne résulte ni de l'expertise disciplinaire ni des années d'expérience d'enseignement en auditoire. Et, s'il est vrai que seuls les experts peuvent définir précisément les besoins de la profession, ils ne sont pas formés à communiquer et à faire partager leur expérience dans son fonctionnement opérationnel et, comme le souligne Schön (1983/1994, p. 76) : « L'expérience apparaît à la fois comme un privilège irremplaçable et comme un obstacle à surmonter, ce qui mène inmanquablement à une réflexion critique autour de la notion de praticien réflexif et des moyens susceptibles d'être utilisés pour libérer et exprimer *le savoir* caché dans l'agir professionnel. »

En effet, des recherches concluent que de nombreuses connaissances sont automatisées par les experts sous forme de schèmes devenus inconscients. Dans ce cas, les connaissances sont difficiles à modifier car, si leurs schèmes mentaux sont devenus inconscients, ils sont aussi devenus très stabilisés, et donc difficiles à changer :

« L'automatisation des connaissances permet de libérer des unités de la mémoire, ce qui peut faire en sorte que l'on dispose de suffisamment d'unités pour effectuer des transferts, ce qui n'aurait pas forcément été le cas sans cette libération, mais il ne faut pas

oublier qu'une fois automatisées, les connaissances sont extrêmement difficiles à modifier. » Presseau (2003, p. 131)

Or, par exemple dans le cas des études de médecine, tout au long de ses stages, l'étudiant est supervisé par des médecins experts hyperspécialisés en charge d'un service hospitalier (Rombouts-Godin & Cassiers, 2000). Généralement, ceux-ci sont peu initiés à la pédagogie et à l'accompagnement. Car, « malgré l'importance que l'on accorde à la formation clinique, la préparation pédagogique du corps professoral à la tâche d'accompagnement reçoit quant à elle bien peu d'attention » (Chamberland & Hivon, 2005, p. 100). Il devient donc prioritaire de définir plus clairement les contours (limites, attentes et craintes relatives au stage), les caractéristiques (objectifs, compétences, rétro-actions, auto-évaluations et auto-régulations des apprentissages) de cet espace-temps. Simultanément, reconnaître, confirmer et valoriser un statut, une fonction et des rôles propres au formateur-superviseur-accompagnateur ne pourront que faciliter les processus d'apprentissage/accompagnement réflexifs.

D'un point de vue psycho-pédagogique, le stage est, avant tout, une formation par l'expérience qui engage le stagiaire dans cet espace-temps à investir entre la formation théorique (où, le plus souvent, la *matière* est déjà créée, prescrite, prévue et organisée) et la formation de pratique professionnelle (où la *matière* est à (re)créer, à mobiliser et à construire). Un stage ne se présente ni comme une application des apprentissages théoriques acquis antérieurement en formation ni comme leur juxtaposition aux apprentissages pratiques. Et, si un stage est un espace-temps délimité, c'est aussi une zone intermédiaire à créer. L'objectif est de stimuler la résurgence des apprentissages théoriques et de les intégrer aux nouveaux apprentissages acquis sur le terrain afin de trouver une solution d'action efficace et adaptée répondant à un besoin réel identifié dans une situation authentiquement vécue. Cette forme d'ajustement perpétuel entre le stagiaire, son interprétation de la situation à gérer et le contexte de travail

(contraintes sociales, culturelles, économiques, physiques, matérielles, etc.) constitue un élément important à prendre en compte dans le développement des compétences lors d'une formation par l'expérience. Ainsi, la matrice socio-culturelle du stagiaire reste en interaction constante avec les contextes des expériences vécues grâce auxquels il enrichit progressivement ses compétences professionnelles.

La question de savoir comment l'expérience est susceptible de se transmuter en formation lorsque le milieu d'exercice est tellement différent du milieu d'apprentissage (Pelpel, 2001 ; Perrenoud, 2001a) a été abordée dans le chapitre 1 (cf. apprentissage par l'expérience). Y est argumenté le fait qu'un stage n'est pas seulement une formation *sur le tas* où les apprentissages *coulent de source*. Cette croyance limitante encore assez tenace à l'heure actuelle postule que toute expérience est formatrice par le seul fait qu'elle se déroule sur un terrain d'expérience. Un autre élément important d'ordre pédagogique est le processus d'évaluation d'un stage. Idéalement, le stage présente un aspect formatif (auto-évaluations, co-évaluations et auto-régulations) doublé d'un aspect certificatif (explicite ou implicite) dans le sens où l'évaluation portée par un supérieur hiérarchique (le plus souvent un expert de la discipline) confirme à l'apprenant son accès à la profession désirée. Il existe une tension entre les deux formes d'évaluation puisque, dans le premier cas, on estime un potentiel de développement et, dans le second cas, on évalue un état de connaissances (Charlier & Biémar, 2012). Bien que les acteurs de l'université soient davantage accoutumés à devoir évaluer un état des connaissances, il serait bénéfique pour l'étudiant de pouvoir argumenter oralement sa proposition d'auto-régulation relative à un examen écrit, à un QCM ou à la présentation d'un travail qu'il a réalisé. Ainsi, les deux formes d'évaluation pourraient se rejoindre dans un objectif commun d'évaluation des connaissances et de développement des compétences. On pourrait aller jusqu'à imaginer un système évaluatif dispensant un certificat à exercer une profession où

l'étudiant ne passe l'épreuve certificative qu'à partir du moment où il se sent prêt à le faire.

Si, pour l'apprenant, le stage représente une rupture lorsqu'on aborde le point de vue psycho-sociologique, il représente aussi, d'un point de vue psycho-pédagogique, « une nouvelle naissance [...] au monde de la pratique au cours de laquelle on oublie ce qu'on savait déjà pour renaître dans un monde nouveau, avec une nouvelle identité » (Pelpel, 2001, p. 104). Le stagiaire y aborde la difficulté de construire des liens entre ce qu'il a appris sur les lieux de formation théorique et ce qu'il vit sur le terrain pratique (cf. chapitre 1). Il s'essaye à composer avec le formalisme des cours théoriques et avec les incertitudes des expériences professionnelles pour se réaliser dans un monde nouveau où il *oublie ce qu'il sait déjà*. Lors de la formation théorique, les apprenants reçoivent un enseignement et ses certitudes. En stage, ils sont guidés par un formateur-superviseur-accompagnateur soumis lui aussi aux incertitudes liées à la réalité du terrain. Vu la complexification exponentielle d'un agir professionnel se définissant actuellement comme toujours changeant dans le sens où les situations vécues sont toujours singulières, il est important de définir les conditions, les moyens et les outils d'un accompagnement dont la fonction serait de développer l'autonomie, la réflexivité et de donner l'occasion de proposer, d'essayer, de choisir, de décider tout en tenant compte prioritairement des limites à ne pas dépasser pour maintenir un fonctionnement cohérent au sein du lieu de stage. Le stage serait considéré comme un moment à l'issue duquel serait développé un sentiment d'efficacité personnelle (chapitre 1) du stagiaire sur son parcours de stages.

Pour faire prendre conscience à l'apprenant de ce sentiment à propos de son auto-efficacité sur un terrain professionnel et pour qu'il puisse s'investir dans ce cadre, il est essentiel de lui procurer un cadre porteur de sens construit avec des repères opérationnels explicites. Il vivra des moments d'expérimentations, d'interactions, de négociations et de controverses tout en étant confronté à des

réalités dont il n'avait pas conscience jusqu'à son arrivée sur le terrain pratique. Pour cela, il est préférable que les étapes d'auto-évaluation suivies des étapes d'auto-régulation successives soient guidées et accompagnées dès le début du parcours de stage.

L'approche de ces deux dimensions, psycho-sociologique et psycho-pédagogique, communique de nombreux éléments qui cernent la notion de stage dans une approche *macro* commune à tous les domaines professionnels. Et, puisqu'un stage est constitué de plusieurs systèmes complexes de représentations qui s'entrecroisent, nous pensons qu'il ne constitue pas seulement un espace-temps défini et figé, mais aussi une zone intermédiaire à créer, à délimiter et à ajuster en fonction du contexte et de ses acteurs. Nous proposons la mise en controverse de deux définitions :

- (1) « Le stage est un objet transitionnel, une zone intermédiaire, un espace potentiel, intégrant à la fois les exigences de la réalité et les péripéties d'un jeu. [...] En stage, on n'apprend pas autrement les mêmes choses que dans l'enseignement, mais d'autres choses autrement. » (Pelpel, 2001, p. 51) ;
- (2) « Tout stage a pour objet d'assurer à l'étudiant une formation pratique en rapport avec l'enseignement suivi à l'université. Le stage permet de se familiariser avec l'univers professionnel, d'y mettre en application ses connaissances et d'acquérir de nouvelles compétences. » Université de Montpellier, faculté des sciences (2011).

La différence entre ces deux définitions est de nature épistémologique. L'une (1) considère le stage comme une mobilisation et une (re)création de savoirs nouveaux à ajuster en fonction du jeu contextuel délimité par ses acteurs (grâce à une pratique réflexive efficace). L'autre (2) postule qu'il n'y pas de savoirs neufs à créer par rapport à l'enseignement reçu auparavant mais des connaissances à appliquer pour acquérir des compétences.

À ce stade de recherche dans la littérature relative à ce sujet, nous formulons l'idée qu'un stage représenterait une zone intermédiaire qui s'identifierait dans son intégralité à un moment propice à la réflexivité, activant la (re)création de savoirs en mouvement. Le stage poursuivrait la finalité de faire acquérir au stagiaire un sentiment d'efficacité personnelle (ou sentiment d'auto-efficacité) perçu en consonance avec le niveau d'autonomie qu'il aura effectivement atteint (auto-évaluation/auto-régulation) pour ce qui concerne telle ou telle compétence, confirmée (ou non) par un expert de la discipline au terme de son parcours de stage. À son terme, le stagiaire pourrait formuler précisément « ce qu'il savait, ce qu'il a appris, ce qu'il lui manque encore et comment il va y remédier ». Cela lui permettrait d'apprendre à se définir lui-même dans un cadre professionnel, à acquérir le sentiment de pouvoir en faire partie et de se sentir, en quelque sorte, prêt à exercer. Le stage est irremplaçable pour la construction identitaire et le développement des compétences liées à la profession, d'abord et avant tout parce qu'il permet la participation à des pratiques socio-professionnelles, et que, comme le souligne Beckers (2007, p. 271) : « Une première mutation attendue des candidats à une profession est qu'ils troquent leur identité d'étudiant pour une posture de professionnel. [...] Cette mutation d'identité suppose notamment d'évoluer d'une conception strictement académique des critères de réussite à une conception fondée sur l'analyse du travail. Il s'agira donc de quitter la logique de l'enseignement dont l'enjeu est souvent de restituer un message conforme aux attentes qu'on a pu cibler [...] pour une logique de réussite de la tâche professionnelle. »

Avant de poursuivre, nous devons préciser que notre but n'étant ni de proposer une typologie des différents types de stage (Pelpel, 2001), ni d'explorer les différents corps de métiers ou de professions, dès à présent nous préférons restreindre le champ d'études en évoquant uniquement les formations aux professions où les phénomènes humains sont prépondérants telles que la formation de médecins, de psychologues, d'infirmiers, d'aides-soignants, d'éducateurs ou encore d'enseignants. Nous évitons ainsi



une confusion avec les professions gardiennes de traditions séculaires qui relèvent de secrets de fabrication et/ou de tours de main qui se propagent soit de père en fils, soit de maître à élève. Car, si dans ce cas, les stages sont indispensables pour perpétuer un savoir-faire manuel traditionnel où intervient en priorité le rapport à l'objet à façonner, à reproduire ou à rénover tel quel, les stages cliniques où intervient le rapport à l'Humain ne poursuivent pas la même finalité de formation. Dans le premier cas, c'est majoritairement une finalité de *reproduction* (cf. MTP1, chapitre 2) et de maintien d'un système traditionnel qui prédomine. Dans le second cas, c'est majoritairement une finalité de *création* (cf. MTP2, chapitre 2) de savoirs agissants *hic et nunc* au sein d'un système de relations et d'actions toujours singulières, qui prédomine.

Dans les deux cas, le stage est organisé pour réduire la fracture entre le terrain théorique et le terrain professionnel, c'est-à-dire entre la non-réalité et la réalité professionnelle. Cependant, pour recentrer notre sujet d'étude sur l'aspect clinique en médecine, les principes et les contraintes en jeu dans un stage seront illustrés par des exemples cliniques dans les prochains paragraphes.

### **1.2 « Contraintes en jeu dans un stage » (Pelpel, 2001)**

Dans tout système de formation, existent des paradoxes à débusquer et à soulever pour pouvoir développer des apprentissages et/ou un accompagnement efficaces. Seront évoqués dans les lignes suivantes des exemples cliniques médicaux relatifs aux contraintes qui entrent en jeu lors des stages (voir figure 1) et quatre principes qui, selon Pelpel (2001, p. 95) les régissent :

- le principe de productivité ;
- le principe de réalité ;
- le principe d'identité ;
- le principe déontologique.

Ces contraintes s'observent spécifiquement lors de la vie en stage, quel qu'il soit. Ici, ces contraintes seront illustrées par des exemples de médecine clinique pour approcher progressivement du contexte étudié dans cette recherche.

En ce qui concerne le *principe de productivité*, si faire des simulations d'activités (cadrées, définies et construites par des experts) hors contexte de la réalité (ARC, APP, ARPC, etc.) prépare l'étudiant à ce qui l'attend sur un terrain clinique, cela ne peut remplacer l'expérience vécue authentiquement. Et, si l'aventure de l'expérience vécue en milieu clinique est vivement conseillée, sans une pratique réflexive et sans guide pour l'accompagner, elle peut s'avérer totalement inefficace pour s'ouvrir au monde socio-professionnel tel qu'il est dans sa complexité actuelle. L'ouverture vers l'ajustement des schèmes mentaux des stagiaires est essentielle pour faire face aux événements cliniques tels qu'ils se présentent, avec leurs richesses et leurs singularités.

En ce qui concerne le *principe de réalité*, d'un côté, si le contact avec la réalité signifie être protégé de ce qui est désagréable dans la profession, cela ne la représente pas complètement. D'un autre côté, si le contact avec la réalité c'est faire toujours les sales besognes (p. ex., remplir les dossiers des patients à la place du médecin, aller chercher son sandwich ou faire patienter les patients qui sont dans la salle d'attente), cela ne la représente pas plus. C'est vers l'apprentissage d'un vécu réaliste du monde professionnel que la formation clinique devrait mener.

En ce qui concerne le *principe d'identité*, si l'isomorphisme peut dominer au début d'un parcours clinique lors de la prise de connaissance des pratiques de référence et des *guidelines* (p. ex. le *guide des recommandations obstétricales* formulé par des experts en G-O), il reste primordial que le stagiaire construise son identité professionnelle au travers des expériences cliniques médico-psycho-sociales qu'il est en train de (re)vivre grâce à la mobilisation des ressources et à la pratique réflexive. L'observation d'un expert par

le stagiaire lors de la gestion d'une consultation ou d'un acte clinique est fort valorisée à l'heure actuelle dans les facultés de médecine. Cette observation de l'agir d'un *modèle de rôles* (Chamberland & Hivon, 2005 ; Irby, 1992) considérée comme ressource *idéale* en pédagogie médicale, présente une prise en charge efficace d'un patient et de la pathologie dont il souffre. Cela représente un avantage certain. Car, selon le principe de *l'apprentissage vicariant* (Bandura, 1977), si l'apprenant voit l'expert faire un essai, prendre une certaine attitude, agir de telle ou telle façon, il va pouvoir faire la même chose tout en évitant les erreurs potentielles. Toutefois, cette modalité pose le problème de l'utilisation de la notion de *modèle* dans un cadre destiné à l'ouverture, à l'autonomisation des apprentissages et à la construction de l'identité professionnelle. Car, s'il arrive que le *modèle de rôle* ne soit pas adapté à la situation, au lieu de constituer un ancrage adéquat pour de nouveaux apprentissages, il deviendrait potentiellement nuisible à la mobilisation des ressources, au transfert d'apprentissage, à l'ouverture et à la créativité des apprentissages à construire. C'est le cas lorsque l'expert s'inspire lui-même de ce à quoi il a été confronté lors de son propre cursus datant de plusieurs années. Si un *modèle de rôle* obsolète et réducteur est proposé aux stagiaires, certains d'entre eux pourraient, malheureusement, par défaut, s'en inspirer. Par contre, comme Chamberland et Hivon (2005, p. 105) le soulignent :

« En contexte de formation, si le médecin est capable d'explicitier, d'articuler, de critiquer, voire de corriger ses actions et, *in fine*, être en mesure de rendre visible et accessible à l'apprentissage non seulement le résultat de sa démarche de résolution de problème mais surtout son processus ainsi que l'articulation des savoirs sous-jacents, le modèle de rôle prend tout son sens. »

Pour sa part, Portelance (2008) insiste pour que le formateur empêche consciemment le formé<sup>6</sup> de le plagier. Fort heureusement, le futur médecin rencontre plusieurs médecins sur un terrain de stage. Ensemble, ils représentent des cadres de référence parfois très différents l'un de l'autre dans leur manière d'agir, de réagir et d'être. L'observation de plusieurs *modèles de rôles* devrait amener le stagiaire à se questionner et à se positionner dans ce cadre propice à la construction de son identité professionnelle en se posant la question : *quel médecin voudrais-je devenir ?*

Le *principe déontologique* pose la question de la légitimité de faire et d'apprendre tout à la fois dans un milieu clinique (contact et soins des patients). Un stagiaire pourrait tenter d'éviter les risques inhérents à la prise en charge d'une situation clinique et rester dans *le confort* d'une dépendance vis-à-vis de l'expert en évitant de prendre les responsabilités qu'il lui propose d'assumer en toute connaissance de cause. Par ailleurs, un autre stagiaire pourrait *aller au feu* sans savoir ce qu'il va pouvoir y faire et sans faire appel à un interne lorsqu'un cas d'urgence se présente. Ni l'attitude de fuite face à une prise de responsabilité, ni l'attitude d'excès de prise de responsabilité ne conviennent dans ce cas. L'adoption d'une attitude intermédiaire est souhaitée. Elle pourrait prendre la forme d'une prise d'autonomie progressive, toujours relative aux apprentissages que le stagiaire s'est appropriés sur son parcours. La tension dynamique (Pelpel, 2001) qui se crée entre ces contraintes antagonistes se retrouve dans toutes dynamiques liées à l'expérience de formation, et en l'occurrence, liées aux expériences de formation clinique.

---

<sup>6</sup> À l'instar de Kaës, Anzieu et Thomas (1975), nous préférons utiliser le vocable d'*être en formation* ou d'apprenant pour désigner celui qui se forme et qui est formé, tout à la fois.

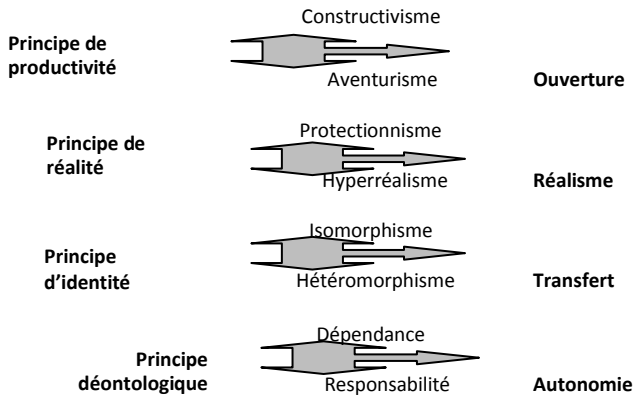


Figure 1. Les contraintes caractéristiques des stages : tension dynamique entre des contraintes antagonistes constitutives de la dynamique de l'expérience (Pelpel, 2001, p. 95).

Jusqu'ici, nous avons cerné les différentes dimensions ainsi que les principes et contraintes aisément identifiables sur un parcours de stages cliniques. Dès que l'on accepte l'existence d'une zone intermédiaire nommée « parcours de stage » et que l'on lui reconnaît une identité, un fonctionnement, des contraintes, un statut, une fonction et des rôles à assumer précisément, un espace-temps et des modalités qui lui sont propres, la mise en place d'un dispositif qui *forme par l'expérience* possède des atouts pour exister.

Mais, qu'est-ce que former ? Qu'est-ce qu'une expérience formative ? Qu'est-ce que *former par l'expérience* ? Quels types de dispositifs de *formation par l'expérience* peut-on organiser au bénéfice des apprentissages des stagiaires ? À quelles conditions un dispositif pédagogique qui *forme par l'expérience* est-il efficace ? Les paragraphes suivants tentent de donner des réponses à ces questions.

### 1.3 Conditions à installer pour soutenir la formation par l'expérience

Former avec la seule intention d'instruire un individu précède l'idée de développement, de performance et d'accomplissement de cet individu. C'est pourquoi il est important de rappeler ce que *former* signifie dans sa spécificité pédagogique actuelle. Au XVI<sup>e</sup> siècle, Montaigne (1533-1592) disait que « former c'est façonner quelqu'un en donnant à son cœur, à son esprit une certaine direction » (cité par Kaës, Anzieu et Thomas, 1975, p. 52). La perspective de donner, de montrer une direction définie ne soutient pas les mêmes objectifs que la perspective d'apprendre à apprendre en cherchant une direction par soi-même. Donnadiou, Genthon et Vial (1998) rappellent que former, c'est d'abord faire advenir à la forme, rendre possible, actualiser ce qui était déjà là. Dans ce sens, la direction priorisée sera celle de l'actualisation et de l'activation du potentiel de ressources de l'apprenant et non la démonstration des ressources du formateur.

La notion de triangle pédagogique (Houssaye, 2000), entre le formateur, l'apprenant et le savoir fait apparaître trois pôles d'interaction pris deux à deux : formateur/savoir, savoir/apprenant, apprenant/formateur. De nos jours, la relation de *maître à élève* fait place à une relation qui se construit dans l'instant *hic et nunc*, entre un *médiateur/savoir*, un *savoir/apprenant* et un *apprenant/médiateur*. Le rôle du médiateur (cf. section I, chapitre 2) est d'accompagner l'apprenant lorsqu'il tente de déchiffrer ses propres comportements et ses processus d'apprentissages pour que, progressivement, il soit capable de le faire par lui-même sans l'appui de qui que ce soit. À l'heure actuelle, pour un praticien clinicien, qui, en plus de recevoir des patients dans son cabinet médical, enseigne à la faculté et assume une fonction de formateur responsable des stagiaires en milieu hospitalier, il est nécessaire de comprendre que, selon Altet (1994) : « Former, c'est de nos jours :

- partir de la pratique, encourager, provoquer puis accompagner une transformation volontaire d'une personne, dans toutes ses dimensions ;
- aider à construire des compétences, à travailler à la mobilisation des ressources ;
- cesser de prescrire et favoriser un choix raisonné, éclairé selon les mandats, le projet personnel, les attentes et les contraintes du métier ;
- aider à élaborer des modèles d'analyse de la complexité et vivre avec ;
- pousser à formaliser les savoirs d'action et d'expérience et à les connecter à des savoirs issus de la recherche. »

Ensuite, la question de savoir ce qu'est une expérience formative se pose car vivre une expérience n'est pas automatiquement formateur. Pour que cela le soit, l'expérience vécue doit, d'abord, créer un déséquilibre cognitif pour, ensuite, être intégrée dans les schèmes cognitifs de l'apprenant. Dans la continuité de la conception de l'apprentissage expérientiel (cf. chapitre 1), Mandeville (2009, p. 127) rappelle : « Le processus d'apprentissage n'est pas uniquement cognitif. Il nécessite la prise en compte de la totalité de la personne et du contexte dans lequel se déroule l'apprentissage. »

Dans toutes les approches situées de l'apprentissage (cf. chapitre 1), y compris celle de l'apprentissage expérientiel, former par l'expérience signifie que l'apprenant est en train de vivre une situation d'interaction entre un environnement authentique et les schèmes mentaux qu'il a construits tout au long de sa vie. Mandeville (2009, p. 125) reprend la définition du *Petit Robert* : « Une expérience est un événement vécu par une personne, susceptible de lui apporter un enseignement. » Pour que cette expérience soit significative au cours d'une formation, elle doit présenter plusieurs conditions, pas nécessairement toutes présentes (Mandeville, 2009, p. 131) :

- l'expérience d'apprentissage est en continuité transactionnelle avec le vécu de l'étudiant (cf. logique d'apprentissage perçue par l'étudiant) ;
- l'expérience d'apprentissage représente un événement signifiant (cf. qui entre en résonance avec le vécu de l'étudiant) ;
- l'expérience d'apprentissage favorise l'engagement (cf. investissement, assiduité et responsabilisation) ;
- l'expérience d'apprentissage est facilitée par une relation significative et d'assistance (cf. accompagnement des apprentissages) ;
- l'expérience d'apprentissage s'appuie sur un processus d'auto-réflexion (cf. auto-évaluation/auto-régulation) ;
- l'expérience d'apprentissage est renforcée par la reconnaissance lors de l'accomplissement de l'étudiant (cf. œuvre ou tâche qu'il a réalisée).

Si l'expérience se révèle marquante pour l'étudiant, elle devrait contribuer au développement des compétences, mais aussi à l'actualisation de ses apprentissages qui l'engage dans un processus d'autonomisation. À l'heure actuelle, pour que la formation clinique soit pertinente vis-à-vis du stagiaire, il est primordial d'installer des modalités pédagogiques qui l'engagent sur la voie de la réflexivité. La finalité poursuivie est que l'apprenant puisse affirmer qu'il sait gérer tel ou tel sujet, qu'il a acquis telle ou telle compétence, tout en argumentant la perception qu'il a de ses apprentissages et de son niveau de conscientisation. Dès lors, il gagne en autonomie et ancre un sentiment d'auto-efficacité, si restreint soit-il au début du parcours clinique.

Et, comme la signification que l'individu accorde aux facteurs contextuels dépend de la perception de compétence et d'autonomie qu'ils suscitent chez lui individuellement (Deci & Ryan, 1985), pour que le sentiment d'auto-efficacité se développe, il est nécessaire que l'apprenant soit confronté à des tâches qui l'impliquent dans une situation d'apprentissage et lui donnent



l'envie de s'y engager. Il identifiera de lui-même les besoins à satisfaire par rapport à la progression de son niveau de compétence et les traduira en objectifs d'apprentissage. La situation insatisfaisante se transformera en situation satisfaisante si les objectifs sont atteints. D'après Deci et Ryan (1985), trois besoins psychologiques sont à la base de la motivation humaine : le besoin d'autonomie, le besoin d'appartenance sociale et le besoin de compétences. Donc, pour que l'apprenant s'engage dans une activité signifiante répondant à un de ces trois besoins tout en étant porteuse de sens pour l'apprenant, cela suppose qu'il s'investisse en temps et en énergie, qu'il s'implique cognitivement et émotionnellement. Mandeville (2009, p.126) souligne : « À cet égard, des approches novatrices se soucient de redonner à l'apprenant le pouvoir sur son processus d'apprentissage. L'approche expérientielle est l'une d'entre elles. »

La finalité de cette approche est que l'apprenant renoue avec ce qu'il est, ce qu'il fait et ce qu'il sait, c'est-à-dire qu'il prenne en charge les apprentissages dont il a besoin, qu'il en assume la progression et qu'il s'assure du résultat de l'activité. Lorsque l'on désire que l'apprenant s'engage effectivement dans une tâche pédagogique proposée, qu'il adopte une posture réflexive, gère ses processus d'auto-apprentissage, d'auto-évaluation et d'auto-régulation, tout en étant guidé par le formateur-superviseur-accompagnateur, il est essentiel que soit activé en première ligne le processus de transfert des ressources disponibles (internes ou externes). Pour que le transfert puisse s'effectuer efficacement – en stage clinique par exemple –, Presseau (2003, p. 112) conseille d'aménager un dispositif répondant à trois conditions :

- que les tâches et situations « aient du sens » pour l'apprenant, qu'elles représentent un défi à soulever en lien avec la vie professionnelle ou quotidienne, comme la pédagogie active le propose c'est-à-dire authentique, présentant des niveaux de complexité progressifs, mobilisant des capacités et des contenus intégratifs ;

- qu'elles « partagent certains éléments communs » et d'autres différents tant au niveau de la tâche que du contexte ;
- que « les similarités que partagent les tâches soient perçues par les élèves [apprenants] ». Les ressources antérieures devraient être suffisamment incarnées chez l'apprenant pour être mobilisables dans la situation vécue. Une notion est plus accessible et plus aisément mobilisable si elle est bien ancrée, bien encodée dans la mémoire (les connaissances antérieures servent de filtre aux nouveaux apprentissages).

Nous voudrions y ajouter une quatrième condition :

- que l'accompagnateur amène les apprenants à identifier les ressemblances, les différences, les éléments essentiels ou non, ainsi que ce qui leur manque pour acquérir une nouvelle connaissance. Tant que les élèves n'ont pas atteint un certain niveau d'expertise, le soutien de l'enseignant est crucial. Il va de la pratique guidée à la pratique autonome en passant par la conceptualisation des stratégies des apprenants ainsi que par ses propres stratégies de résolution.

Deux chercheurs en sociologie, Barbusse et Glaymann (2013) proposent, quant à eux, un dispositif pédagogique à implanter dans le cadre des stages. Les modalités d'un dispositif devraient être construites pour répondre à six conditions que nous résumons ci-dessous :

- un contenu de travail ni trop réduit ni trop substantiel qui permet au stagiaire de vivre une vraie situation de travail, avec des objectifs, des délais et des exigences. Il doit exercer une responsabilité réelle incluant autonomie et créativité ;

- des tâches en rapport avec la formation et le projet professionnel du stagiaire qui lui permettent de peaufiner son projet professionnel en expérimentant plusieurs situations de travail ;
- un vrai tutorat : le stagiaire doit être encadré par un superviseur de qualité, formé pour jouer ce rôle, et qui a le temps et les moyens de le faire ;
- un large accès à l'information : le stagiaire a besoin de contact avec une diversité d'acteurs professionnels pour pouvoir répondre à ses questionnements ;
- un encadrement pédagogique par l'établissement formateur : l'apprentissage ne naît pas spontanément, il faut fournir au stagiaire un encadrement pour établir le lien entre les apprentissages académiques et expérimentaux ;
- une posture d'observation et d'apprentissage : le stagiaire doit résister aux pressions du quotidien qui le poussent à agir comme s'il était un salarié. Il ne doit pas seulement *faire* mais aussi *observer* et *réfléchir*.

Les auteurs concluent en précisant que : « Ces six conditions sont exigeantes, elles sont coûteuses en efforts et en temps et financièrement onéreuses, pour tous les acteurs des stages, établissements d'enseignement supérieur comme organisations accueillant des stagiaires. » Ces conditions renvoient, en partie, aux conditions énoncées dans le cadre conceptuel de l'AECA (Section I. chapitre 1 et Section II. Chapitre 1). Ces deux listes de conditions proposent des réponses à la problématique des stages telle qu'elle est perçue de nos jours. À partir du moment où les solutions empiriques apparaissent comme insuffisantes et/ou inadaptées, ces conditions pourraient être traduites en référents, en critères d'analyse, en pistes pour stimuler l'apprentissage/accompagnement réflexifs au cœur de la pratique professionnelle. Grâce à cela, un dispositif innovant ne s'opposerait plus au risque d'être relégué uniquement à une dimension organisationnelle. Il pourrait être envisagé comme un processus d'apprentissage/accompagnement qui faciliterait l'intégration des savoirs dans le sens d'une professionnalisation qui

encourage le stagiaire à formaliser ses acquis d'apprentissage, à les mobiliser par rapport aux savoirs issus de la recherche et à auto-réguler ses apprentissages.

Pour atteindre cette finalité, le type de dispositif professionnalisant, c'est-à-dire un dispositif qui contribue à transformer une expérience en apprentissage et qui aide à passer du vécu au connu (Pelpel, 2001), engage ses acteurs dans une zone intermédiaire où le doute et l'erreur, de l'un comme de l'autre, ont le droit d'être reconnus, partagés et confrontés à des incertitudes relatives à une situation à gérer. Perrenoud (2012, pp. 109-110), distingue « cinq types de dispositifs professionnalisants :

- (1) des enseignements planifiés, suivant un curriculum déroulant un texte du savoir, mais dispensés de telle sorte que l'interrogation et le doute soient inscrits constamment dans le rapport au savoir (Beillerot, Blanchard-Laville & Mosconi, 1996 ; Charlot, 1997 ; Mosconi, Beillerot & Blanchard-Laville, 2000) et que le professeur ne perde aucune occasion de modéliser une posture réflexive ;
- (2) un travail par situations-problèmes qui demandent un dispositif plus pointu, mais se distingue de l'analyse de pratiques par le projet d'inculquer des savoirs définis ;
- (3) le travail au sein de groupes ou séminaires d'analyse des pratiques, qui entraîne la posture réflexive à propos de cas concrets amenés par les participants ;
- (4) un travail plus en profondeur sur l'*habitus* professionnel et l'inconscient pratique ;
- (5) des groupes de développement professionnel, d'analyses des dimensions psychanalytiques du désir d'enseigner, de la relation éducative, du rapport au *pouvoir* et au *savoir*, dans la lignée des travaux de Cifali (1994,1996 a, b, c) ou Imbert (1992, 1994, 1996,2000). »

À partir du moment où l'on a reprécisé ce que former par l'expérience veut dire, que les principes/contraintes ont été

évoquées et que sont précisées les conditions qui permettent de mettre ce concept en œuvre, nous nous sommes posé la question du type de dispositif de formation clinique à implanter dans un département pour la formation clinique. Les types de dispositifs (3), (4) et (5) ont retenu plus particulièrement notre attention. Après avoir développé la notion de stage et les conditions à mettre en place pour qu'un stage soit efficace, c'est-à-dire pour qu'il s'organise en donnant l'occasion à l'apprenant de transformer ses expériences vécues en apprentissages, à présent, nous abordons plus précisément ce qui a été énoncé en filigrane tout au long de cette section : la problématique globale des stages cliniques en médecine.

## **2. Dans le quotidien d'un stage clinique en formation médicale**

Cette partie du chapitre soulève, en tout premier lieu, l'urgence d'une définition des compétences à acquérir par un jeune médecin afin d'adopter une fonction médicale répondant aux besoins de la société future ainsi que l'importance d'un accompagnement efficace et d'un contexte adéquat. En deuxième lieu, est évoqué le lien entre le dispositif que nous avons installé sur un parcours de stage clinique G-O et le cadre conceptuel de l'Apprentissage et l'Enseignement Contextualisé Authentique (AECA).

### **2.1 Problématique envisagée sous l'angle de l'Approche Par Compétences (APC)**

La plupart des programmes de formation médicale sont organisés de par le monde selon le même schéma. À deux ou trois années de cursus pré-clinique consacrées à l'enseignement des sciences fondamentales, succèdent trois ou quatre années de formation clinique nommées *externat*. Elles se déroulent en immersion totale dans le terrain pratique des dernières années de master. Et, comme Jouquan (2007, p. 2) le précise : « Si l'externat offre les conditions d'une prise progressive de responsabilités en situation authentique de pratique, [...] il fait aussi l'objet depuis

quelques temps de nombreuses critiques qui en dénoncent les limites et les insuffisances, la situation étant même décrite comme préoccupante dans un éditorial récent (Spencer, 2003). » L'évolution du contexte socio-économique et les nouveaux apports techno-scientifiques font que, comme le précisent Chamberland et Hivon (2005, p. 12), « l'exigence accrue d'une responsabilité sociale des universités fonde la réflexion des organismes d'agrément à propos des caractéristiques souhaitées pour les médecins du nouveau millénaire. » C'est pourquoi l'Approche Par Compétences (APC) est aujourd'hui adoptée par de nombreuses facultés de médecine. Or, pour assurer une logique d'APC (Guillemette, 2013), il faut :

- déterminer les *compétences* en termes d'action et préciser les trajectoires de leur développement afin qu'elles puissent être utilisées sur un terrain clinique quel qu'il soit au terme de la formation ;
- planifier des activités d'apprentissage pour, premièrement, *mobiliser des ressources internes* propres à l'apprenant (connaissances acquises antérieurement) et, deuxièmement, acquérir des *ressources externes* qui, si elles s'ancrent lors d'un apprentissage, sont alors considérées comme *ressources internes* et peuvent se rendre disponibles lors d'une autre activité ;
- préciser le *cadre des situations* (stages, simulation, travaux pratiques, etc.) où se développent potentiellement les compétences ;
- planifier des *activités à perspective intégrative* (p. ex. raisonnement clinique et communication clinique avec un patient lors d'une consultation clinique).

Avant d'organiser, dans un contexte de stages cliniques, une logique d'APC (synonyme d'un *changement de type II*<sup>7</sup>, et donc de

---

<sup>7</sup> Selon Watzlawicz, Beavin Helmick et Jackson (1972, p. 34), il existe deux types de changement en thérapie: « un changement qui n'a pas d'effet thérapeutique (de type 1 : tentative spontanée du sujet qui consiste en un « plus de la même chose »)

déstabilisation d'un contexte et de ses acteurs), il est conseillé d'y identifier précisément les freins potentiels. À dessein, Langevin et Hivon (2007) ont récolté de nombreuses informations permettant d'améliorer la valeur formative des stages cliniques et d'exploiter leur potentiel d'apprentissage tout en envisageant les freins à l'apprentissage. Ainsi ont-ils identifié auprès de formateurs-superviseurs-accompagnateurs cliniciens d'expérience des catégories de facteurs contribuant au caractère aléatoire et discontinu de l'externat. Les résultats de leurs recherches permettent d'envisager la problématique des stages cliniques selon quatre catégories de questionnements :

- *l'organisation curriculaire* qui pose la question de la place de l'externat au sein du cursus. La question des liens explicites à créer entre les différents stages est bien présente. Les stages sont vus comme une juxtaposition, un après l'autre, pour appliquer des théories tout en laissant au terrain la responsabilité d'acquisition de certaines capacités. La question de l'articulation des différents stages avec la formation théorique se pose également (absence de finalités explicites, format fragmenté des périodes de stage, faible influence du programme sur le terrain clinique, etc.) ;
- *l'évaluation et le monitoring* qui posent la question des évaluations (pratiques évaluatives incohérentes, absence

---

et un changement qui a un effet thérapeutique appelé méta-changement (de type 2 : construit dans une relation thérapeutique). Pour ce qui concerne les changements en psycho-pédagogie, on pourrait résumer ainsi :

- le changement *de type I* conserve le cadre de référence d'un individu en volonté de changement mais qui travaille uniquement dans et sur un cadre habituel, déjà connu de lui ;
- le changement *de type II* modifie le cadre de référence de l'individu en volonté de changement en profondeur.

La logique d'APC constitue un changement de type II car elle demande un renversement des logiques pédagogiques existantes pour en créer d'autres qui prendront leur place. Autrement dit, l'APC n'est pas la restauration d'un fonctionnement. C'est la construction d'un autre fonctionnement.

de critères de réussite explicites, rareté des évaluations formatives, piètre qualité de la rétroaction, etc.) ;

- l'environnement clinique qui pose la question de *l'authenticité des situations vécues* par le médecin-stagiaire (niveau de responsabilité inapproprié, activités de faible valeur pédagogique, lourdeur des tâches cliniques, etc.) ;
- la qualité didactique qui pose la question de *l'accompagnement des apprentissages* (disponibilité restreinte des professeurs cliniciens, supervision déficiente, délégation des tâches de supervision, rareté des supervisons directes, etc.).

La mise en place du dispositif réflexif se focalise principalement sur les deux dernières catégories de questionnements : *l'authenticité des situations d'apprentissage* et *l'apprentissage/accompagnement des apprentissages*. Ces questionnements trouvent des éléments de réponse dans le cadre conceptuel de l'AECA. Ainsi représente-t-il le socle du dispositif réflexif professionnalisant développé sur un parcours de stage clinique.

## **2.2 Critères d'analyse de la qualité pédagogique d'un dispositif professionnalisant**

La formation clinique est une zone intermédiaire organisée entre la formation théorique et la formation pratique. Cette formation est cruciale dans la formation des futurs médecins. Elle est destinée à acquérir des savoirs d'actions et à développer des compétences professionnelles. Cependant, certains (étudiants, superviseurs, employeurs, chefs de services hospitaliers, etc.) remettent en cause ce moment de formation parce qu'il ne répond plus aux exigences de la profession et qu'il perd en qualité.

Les conditions identifiées par l'AECA (Frenay & Bédard, 2004) répondent à la question de la qualité pédagogique d'un dispositif de



stages cliniques selon une logique globale d'APC. Et puisque, selon Vanpée, Frenay, Godin et Bédard (2010, p. 264), « le cadre théorique de l'AECA décrit récemment dans la littérature de pédagogie générale peut être transposé au contexte des ces stages cliniques », ces conditions d'AECA ont été traduites en critères d'analyse de la qualité pédagogique d'un stage clinique (section II, chapitre 1).

Par ailleurs, l'outil DIPRO (Dispositif PROfessionnalisant), proposé par Paquay *et al.* (2003b), propose des questions pour analyser le caractère professionnalisant d'un dispositif. Cet outil présente des critères vérifiant le caractère professionnalisant d'un dispositif, et en l'occurrence, d'un dispositif proposé sur un parcours de formation clinique, tout en permettant de le situer dans son contexte institutionnel et ainsi envisager une vision systémique du projet. Cela étant dit, l'outil DIPRO fait référence, entre autres, au cadre conceptuel d'AECA.

Ce chapitre 3 cerne la problématique des stages, sujet encore bien souvent controversé aujourd'hui oscillant entre la nostalgie du passé et les exigences de l'avenir. Car, si les institutions s'accordent sur la place de l'expérience acquise en stage dans le processus d'apprentissage, elles hésitent à définir à quoi correspond cette place (statut, fonction et rôles) et quelle proportion (de temps, d'espaces, de pourcentages dans l'évaluation globale) lui donner par rapport à la formation théorique. Se pose la question de savoir quand lui donner cette place par rapport au cursus global et, thème de ce travail de thèse, comment la gérer tant au niveau de *l'authenticité des situations vécues* par le stagiaire qu'au niveau de *l'apprentissage* et de *son accompagnement* proposés par les formateurs, superviseurs, tuteurs, mentors, maîtres de stage, conseillers pédagogiques ou par toute autre dénomination donnée à cette fonction jusqu'ici dépourvue de statut et encore très floue dans ses contours pédagogiques.



Cette section I « cadre théorique » apporte, premièrement (chapitre 1), des éléments puisés dans la littérature afin de rappeler les notions de transfert et de mobilisation de ressources (internes et externes) tout en situant les liens qu'elles entretiennent avec le concept de pratique réflexive. Deuxièmement (chapitre 2), les concepts d'accompagnement, de partenariat et de posture réflexive sont revisités afin de savoir comment aborder le développement d'un savoir d'action (savoir-pouvoir-agir-réagir) chez l'apprenant. Troisièmement (chapitre 3), la problématique des stages, avec en l'occurrence l'approche des stages cliniques, est précisée au travers des écrits scientifiques sur le sujet. Ce chapitre s'achève sur la proposition de deux cadres conceptuels permettant l'analyse de la qualité d'un dispositif professionnalisant : DISPRO et AECA. Cette section I développe les concepts théoriques auxquels nous avons fait référence durant l'implantation du dispositif. Les trois chapitres de cette section sont liés par le développement théorique des notions concernant le transfert et la pratique réflexive mais aussi sur les recherches scientifiques destinées à trouver des pistes pour faciliter le transfert d'apprentissage, d'une *situation source* à une *situation cible*, par les apprenants. Ils pourront alors construire et proposer des réponses, qui, loin d'être *toutes faites*, devront répondre aux situations de plus en plus inédites et de plus en plus complexes qu'ils vont rencontrer dans leur futur professionnel. Ce transfert pourra être facilité par une posture réflexive adoptée par l'apprenant (étudiant, interne, etc.) mais aussi par l'accompagnateur des apprentissages (superviseur, enseignant, interne, etc.) lors de la relation pédagogique qui s'installe entre les deux acteurs concernés. Cette relation d'accompagnement/apprentissage réflexifs demande une attitude compréhensive et inductive que l'on peut proposer d'adopter dans le cadre d'un dispositif réflexif professionnalisant installé sur un parcours de stage clinique.

La section II ci-après, « Dispositif réflexif implanté sur un parcours de stages cliniques », communique des pistes d'opérationnalisation des conditions facilitatrices de la formation

par l'expérience identifiées dans le cadre conceptuel de l'AECA (chapitre 1). Nous avons choisi de l'approfondir dans le cadre de ce travail pour intervenir préférentiellement sur la relation psychopédagogique qui s'installe entre deux individus, l'*accompagnateur* et l'*apprenant* ainsi que sur la *contextualisation des situations d'apprentissage*. L'AECA constitue donc l'assise conceptuelle du dispositif réflexif professionnalisant que nous avons installé sur un parcours de stages cliniques du département de Gynécologie-Obstétrique (G-O). Ce dispositif est présenté en deuxième partie (chapitre 2) de cette section II. Dans cette section II, nous expliquons le développement pragmatique du dispositif réflexif implanté au département de Gynécologie-Obstétrique de la faculté de médecine de Liège ainsi que la liste de critères qui nous permettront d'analyser la qualité pédagogique de ce dispositif.

## Section II. Le dispositif réflexif implanté sur un parcours de stages cliniques



Cette section II développe pourquoi et comment le projet d'un dispositif réflexif a vu le jour sur le parcours des stages cliniques. Les modalités du dispositif ont été implantées tout en faisant référence aux concepts théoriques énoncés dans la section I. Ces deux chapitres présentent les différentes phases du projet, de l'analyse des besoins à sa mise en place sur un terrain clinique. Voici le résumé des deux chapitres.

### **Chapitre 1. Quels critères utiliser pour questionner la qualité pédagogique des stages ?**

Ce chapitre développe le cadre conceptuel de l'Apprentissage et de l'Enseignement Contextualisé Authentique (AECA, Frenay & Bédard, 2004). Ce chapitre propose une traduction de l'AECA en critères d'analyse de la qualité d'un stage clinique. Deux tableaux de critères sont présentés, l'un concernant la contextualisation des situations d'apprentissage à vivre par le stagiaire, l'autre concernant l'apprentissage et l'accompagnement des acteurs concernés par la formation pédagogique clinique.

### **Chapitre 2. De la nécessaire articulation entre la formation théorique et la formation pratique. Présentation d'un dispositif pédagogique professionnalisant construit sur un parcours de stages cliniques.**

Ce chapitre décrit l'implantation du dispositif réflexif et ses modalités. La formation pratique ne pouvant plus faire l'économie ni d'une analyse des besoins de la profession et de ses acteurs agissants, ni de l'élaboration de référentiels de compétences à acquérir progressivement en stage, ni de l'organisation de vécus d'expériences contextualisées en milieu authentique de travail, ni d'un accompagnement réflexif facilitant l'adoption d'une posture réflexive par le stagiaire, un projet d'implantation d'un dispositif pédagogique se développe sur un terrain de pratiques cliniques. Ce dispositif réflexif fondé sur le cadre théorique de l'AECA a été installé sur le parcours des stages cliniques en G-O que les étudiants de 3<sup>e</sup> master en médecine doivent suivre obligatoirement dans leur cursus d'études médicales. Ce projet propose des pistes de solutions opérationnelles destinées à faciliter cette implantation et à la rendre pérenne. Les différentes modalités du dispositif y sont présentées. La

finalité de ce dispositif pédagogique est de faciliter l'ancrage d'une posture réflexive dans l'*habitus* professionnel des étudiants en médecine ainsi que dans l'*habitus* des accompagnateurs. Y est précisée la façon d'entrevoir une relation pédagogique facilitatrice d'une posture réflexive c'est-à-dire une relation dans laquelle chacun a l'occasion de trouver sa place pour s'inscrire progressivement et précocement dans un futur professionnel.



### Chapitre 1

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

##### Cadre conceptuel de l'Apprentissage et de l'Enseignement Contextualisé Authentique (AECA)

---

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) élaboré par Frenay et Bédard (2004) représente la principale ressource théorique 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. Cet outil est proposé sous forme de deux tableaux insérés dans cet article, l'un se référant à *l'authenticité du contexte d'apprentissage* et l'autre au *compagnonnage cognitif*.

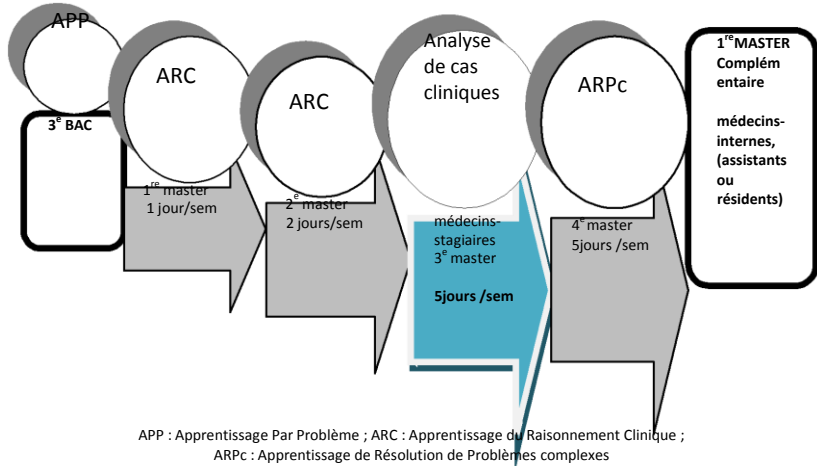
Vierset, V., Frenay, M., & Bédard, D. (2015). Quels critères utiliser pour questionner la qualité pédagogique des stages cliniques ? Cadre conceptuel de l'Apprentissage et de l'Enseignement Contextualisé Authentique (AECA). *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, 31-2. En ligne <http://ripes.revues.org/976>

### 1. Introduction

Précédant l'adoption par le Parlement de la Communauté française du *Décret Bologne* 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.

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 : méthode *Problem Based Learning* (PBL) (Dolmans, De Grave, Wolfhagen & Van Der Vleuten, 2005), nommée également d'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.

**Formation théorique et méthodes inspirées de la pédagogie active :  
en faculté (*in vitro*)**



**Formation clinique et stages professionnalisants :  
en terrains cliniques (*in vivo*)**

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

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.

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).

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 formés ni 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.

Considérant ce qui vient d'être énoncé, cet article propose un outil destiné à reconnaître les failles et à valoriser les forces 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, en premier lieu, nous proposons 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. En deuxième lieu, le cadre conceptuel de l'AECA est décrit de manière générale. Pour terminer, les différents critères d'AECA sont développés et illustrés par des questionnements relatifs à une spécialité clinique obligatoire (gynécologie-obstétrique) sur le parcours des stages cliniques des stagiaires.

### **2. Contexte de la formation clinique en troisième master à l'ULg**

Pendant plusieurs 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, en 2001, une enquête a été réalisée sur ce sujet par la commission des stages (Malaise et Seutin, 2001). Celle-ci concerne plus particulièrement les stages de troisième master où se posait le problème du grand nombre d'étudiants (entre 100 et 150) à encadrer tout au long de l'année. Pour ce faire, un questionnaire, concernant les stages de toutes les disciplines pratiquées dans l'institution, a été distribué aux stagiaires de troisième master par la commission des stages qui organise et gère l'ensemble de ces stages de toutes les disciplines. Ce questionnaire était composé d'items destinés à évaluer divers aspects des stages dont les situations vécues par les stagiaires, leur encadrement ainsi que le degré d'implication personnelle des acteurs concernés et l'évaluation des compétences acquises. Cinquante-cinq questionnaires ont été complétés par les

étudiants (soit 45 % de la totalité des étudiants). 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).

Afin d'améliorer la qualité pédagogique des stages, ce rapport conclut que « pour qu'un stage se déroule bien, il est important que l'étudiant se sente valorisé d'une manière ou d'une autre » (p. 7). Le rapport indique également qu'« une participation du stagiaire à la garde des urgences renforcerait une équipe fortement sollicitée tout en le responsabilisant dans la prise en charge du patient » (p. 8). Il souligne aussi l'importance d'un accompagnement adéquat, comme par exemple « la désignation d'un coordinateur entre le stagiaire et le service » (p. 7). De plus, « il faut que le stagiaire ait en fin de stage une courte entrevue avec le maître de stage pour qu'il l'informe de ses points faibles et de ses points forts, justifiant dès lors la cote qu'il remettra à la faculté » (p. 8).

À 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 et/ou 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 CHU-ULg, 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 faisons référence au cadre conceptuel de l'AECA.

### **3. Cadre conceptuel de l'AECA**

Dans l'enseignement supérieur médical, en 2010, Vanpée, Frenay, Godin & Bédard, intéressés par la problématique des stages, ont recours au cadre conceptuel de l'AECA pour questionner le parcours clinique de leurs étudiants. Ce cadre propose de nombreuses similarités avec les caractéristiques de l'apprentissage situé (Bertrand, 1993 ; Herrington, Olivier & Reeves, 2003 ; Tardif, 1998). 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).

La perspective de l'AECA s'apparente également, en de nombreux points, à la perspective du *Problem-Based Learning (PBL)*, nommé Apprentissage Par Problèmes (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, sous presse) 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-relacionnels) 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, p. 257) 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. »

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. Les auteurs de l'AECA (Frenay & Bédard, 2004, p. 243) rappellent : « La contextualisation des connaissances, comme stratégie d'enseignement et d'apprentissage, apparaît, selon l'état actuel des travaux de recherches, contribuer de manière significative au 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 (Vierset, Bédard & Foidart, 2009). 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.

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 d'AECA en critères d'analyse de la qualité pédagogique des stages cliniques. Ces critères sont illustrés par des exemples de questions à se poser au sein du contexte d'analyse d'une discipline médicale, 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 ? À quels critères pourrai-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 ?

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

Comme le soulignent Herrington *et al.* (2003, p. 62), « *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* ». 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 à 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. Les auteurs précisent (Frenay & Bédard, 2004, p. 245) : « L'AECA en contexte universitaire sera alors défini comme un cadre conceptuel présentant un ensemble de principes pédagogiques qui guident la planification et la réalisation d'activités d'apprentissage et d'enseignement, en prenant particulièrement en compte les contextes professionnels où seront transférées les connaissances et les compétences acquises. »

#### 4.1 Critères pour questionner la contextualisation des apprentissages

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

**Tableau 1. Grille d'analyse questionnant la contextualisation des apprentissages**

Critères AECA	Exemples de questionnements
<p><b>1. Vécus en contexte de mobilisation authentique</b></p>	<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>
<p><b>2. Développement de compétences professionnelles</b> (cf. référentiel de compétences à acquérir en stages)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les compétences (capacités cognitives, socio-cognitives et affectives-relacionnelles) 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> <li>• ...</li> </ul>
<p><b>3. Vécus de situations-problèmes complètes et complexes</b> (avec pistes de solutions à organiser en un choix thérapeutique)</p>	<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 (p. ex. d'une consultation à l'accouchement) ?</li> <li>• Le stagiaire a-t-il eu l'occasion de suivre des situations au MIC (Medical 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>

## Section II. Dispositif réflexif - Chapitre 1

<b>4. Vécus de situations-problèmes avec contenus pluridisciplinaires</b> (p. ex. néonatalogie, obstétrique, anesthésie, etc.)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le stagiaire a-t-il pu vivre des situations cliniques faisant appel à des contenus disciplinaires différents (p. 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</b> (p. ex. juridique, métabolique, psychologique, etc.)	<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 avec 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>

### **4.1.1 Premier critère : des vécus d'apprentissage en contextes de mobilisation authentiques**

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. Comme les auteurs de l'AECA (Frenay & Bédard, 2004, p.245) le précisent : « Plus les situations d'apprentissage et d'enseignement vécues en classe prennent en compte la réalité professionnelle du domaine de formation, plus la validité écologique de ces situations sera élevée. » 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 recèle un potentiel d'authenticité vis-à-vis des 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 de la qualité d'un 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 ?

### **4.1.2 Deuxième critère : un référentiel de compétences professionnelles**

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*. Comme les auteurs (Frenay & Bédard, 2004, p. 247) le soulignent : « 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. » Une compétence est, selon Tardif (2006, p. 22), « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations ». Les ressources internes sont soit acquises, soit innées et toujours à questionner. Les ressources externes, quant à elles, sont à identifier et à questionner. Les familles de situations, pour leur part, sont des situations professionnelles qui présentent des points communs entre elles. 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 Goncz (1996, cités par Frenay & Bédard, 2004, p. 247) proposent qu'une compétence comporte une série « *of desirable attributes* » 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 questionnement 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 ?

### **4.1.3 Troisième critère : des situations complètes et complexes**

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.

Plusieurs des situations rencontrées en milieu médical présentent un degré de complexité élevé. 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 évidents à gérer. Ils exigent une prise de position, un choix à faire, un engagement à prendre et une prise de responsabilité à assumer. Par ailleurs, dans le cas où un stagiaire doit faire un accouchement sur un lieu d'hospitalisation où le niveau de technicité est faible et où les conditions de stérilisation et de protection sont peu fiables ou insuffisantes (p. ex. dans un centre de soins situé dans une zone rurale, dans un territoire en développement ou, tout simplement, dans un contexte imprévisible ; dans le bus, dans la rue, etc.), il devra gérer son travail tout en tenant compte de ces contraintes. Pouvoir suivre l'évolution d'une pathologie et envisager des choix opérants/inopérants relève aussi d'une réelle complexité. La proposition d'une solution originale exigée par une situation singulière révèle une prise de risque et un engagement personnel de la part du stagiaire. 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 ?

#### **4.1.4 Quatrième critère : des contenus pluridisciplinaires**

Le quatrième critère fait référence à l'articulation de contenus pluridisciplinaires (p. ex. néonatalogie, obstétrique, anesthésie). Encore trop souvent, en faculté, les différents apports théoriques sont mis bout à bout 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 ses interventions à travers ses échanges avec l'interne ou d'autres intervenants en santé ?

### **4.1.5 Cinquième critère : des contenus multidimensionnels**

Le cinquième critère considère les situations-problèmes multidimensionnelles (p. ex. aspects 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 et/ou confronté son point de vue avec le point de vue de ses futurs collègues (les internes) ou de ses pairs (les autres stagiaires) ?

### **4.1.6 Sixième critère : des situations diversifiées**

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, cités par 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, cités par Peters, 2012, p. 59), soulignent que « les apprentissages méritent d'être réalisés dans différents environnements opérationnels afin de favoriser un transfert élargi ». 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 autre chose qu'à des situations répétitives et/ou 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 ?

### **4.1.7 Septième critère : des situations à interprétations multiples**

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.

Comme Nendaz, Charlin, Leblanc et Bordage (2005, p. 244) 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. » 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 et/ou 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 ?

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 organiser des transferts de connaissances (au sens large du terme) pour savoir-agir et réagir à une situation inédite. Il n'a pas appris à transférer ! Il a donc besoin d'un accompagnement qui le soutienne dans cette démarche, qui lui propose une co-évaluation de 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 d'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.

### **4.2 Critères pour questionner le compagnonnage cognitif**

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. Or, comme le souligne Beauvais (2008, p 77), « Autonome, responsable et toujours en projet, n'est-ce pas là le triptyque de l'individu post-moderne ? » Afin d'éviter les effets pervers de ce triptyque en forçant par cette injonction l'individu à une autonomisation-responsabilisation-conception de projet quasi obligatoire pour qu'il devienne un acteur autonome et responsable de ses apprentissages, il est essentiel de cadrer et d'accompagner cet acteur vers l'apprentissage de sa professionnalité émergente qu'il organisera en fonction de ses propres compétences et de ses besoins personnels tout en communiquant avec une communauté de praticiens. Il devient, dès lors, important de le soutenir face aux exigences sociétales de plus en plus prégnantes sans qu'il se sente confiné dans une recherche excessive d'autonomie à tout prix. C'est à lui de la définir pour lui-même en fonction de ses propres ressources. 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), ainsi que Poumay (2006) et Paul (2004), parlent du développement professionnel de l'enseignant-chercheur et de son accompagnement.

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 uns, les apprenants, s'exercent au transfert des acquis et à la pratique réflexive. Pour les guider, ils sont encadrés par les autres, les accompagnateurs, s'étant exercés eux-mêmes lors d'une formation à l'accompagnement aux attitudes favorisant le transfert des apprentissages des stagiaires et l'acquisition de leur 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).

Voyons, en premier lieu, 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. Ils sont repris dans le tableau 2. Ces trois critères sont explicités à l'aide de situations concrètes vécues sur le terrain clinique G-O.

**Tableau 2. Grille d'analyse questionnant le compagnonnage cognitif : la posture pédagogique de l'apprenant (A) et de l'accompagnateur (B)**

Critères AECA	Exemples de questionnements relatifs à la posture d'apprentissage (A)
<p><b>A1. Articuler les connaissances.</b> <u>Transfert et</u> mobilisation des pré-acquis lors de la pratique clinique ; mise en lien explicite avec de nouveaux apprentissages acquis en stage</p>	<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>
<p><b>A2. Réfléchir sur l'action.</b> Observation, analyse, questionnement, argumentation, positionnement et identification des acquis/non acquis d'apprentissage. Processus de pratique réflexive</p>	<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</li> </ul>

## Section II. Dispositif réflexif - Chapitre 1

	<p>attitude, un comportement à développer ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <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>
<p><b>A3. Généraliser et discriminer des situations d'apprentissage.</b> <u>Conception de cartes conceptuelles</u></p>	<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>
<p><b>Critères AECA</b> <span style="margin-left: 200px;"><b>Exemples de questionnements relatifs à la posture d'accompagnement (B)</b></span></p>	
<p><b>B1. Coaching.</b> Soutien facilitant <u>l'émergence de</u> <u>s</u> <u>compétences</u> et de l'identité professionnelle</p>	<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</li> </ul>

## Section II. Dispositif réflexif - Chapitre 1

	<p>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 ?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ ...</li></ul>
<p><b>B2. Scaffolding.</b> Soutien minimum facilitant le transfert des acquis, l'échafaudage d'une stratégie, d'une action ou d'un comportement</p>	<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>
<p><b>B3. Modeling.</b> Soutien explicite facilitant la conceptualisation de situations d'apprentissage. <u>Carte</u> conceptuelle</p>	<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. *Fading*.** Soutien progressivement distancié  
facilitant l'autonomisation du *savoir-agir-réagir*

- Lorsque le stagiaire a atteint un niveau de compétence suffisant, le superviseur lui donne-t-il l'occasion d'agir seul sur le terrain clinique ?
- Le superviseur organise-t-il les apprentissages suivant une logique progressive (observation passive, participation active, action seul sous supervision proche, action seul sous supervision distanciée) ?
- Le superviseur donne-t-il au stagiaire l'occasion de faire sa propre proposition diagnostique, voire thérapeutique ?
- ...



### 4.2.1 Critère d'apprentissage (A1) : transfert et articulation des connaissances

Le premier critère concerne l'articulation des connaissances. L'organisation des connaissances exige de faire un choix parmi les savoirs emmagasinés en mémoire de plusieurs disciplines acquises, encore trop souvent, de manière fragmentée et discontinuée. 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. À ce sujet, Guillemette (2006a, p. 18) 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. » 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.

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 transférables (Le Boterf, 2001). 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 ? 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 ?

### **4.2.2 Critère d'apprentissage (A2) : processus de pratique réflexive**

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.

À 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 et singulières 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 d'explicitement les compétences acquises et celles à acquérir ?

### **4.2.3 Critère d'apprentissage (A3) : généralisation, discrimination et carte conceptuelle**

Le troisième critère concerne la généralisation et la discrimination des situations d'apprentissage. Jusqu'ici, l'exercice du transfert s'organise selon trois phases (Meirieu & 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, p. 265), 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.). »

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 ?

Voyons à présent, en deuxième lieu, la posture d'accompagnement (face B) proposée par l'AECA. Les auteurs 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. Ces quatre postures sont reprises dans le tableau 2. Ces quatre critères sont explicités à l'aide de situations concrètes vécues sur le terrain clinique.

#### 4.2.4 Critère d'accompagnement (B1) : *coaching*

Le *coaching* correspond à un soutien cognitif, socio-cognitif et affectif-relationnel 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 (p. ex. grille d'évaluation) ? A-t-il rappelé les compétences à atteindre ?

### 4.2.5 Critère d'accompagnement (B2) : *scaffolding*

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 Frenay et Bédard (2004, p. 254), 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 ». 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 ?

### 4.2.6 Critère d'accompagnement (B3) : *modeling*

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 ?

### 4.2.7 Critère d'accompagnement (B4) : *fading*

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 ?

### 5. Usage d'une grille de critères

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, Romanus, Vierset, Jaffrelot et Parent (2013, p. 263) : « 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. »

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 être 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 car, comme Deleuze (2002, p. 32) le rappelle : « Loin d'être la délimitation de la surface picturale, le cadre est presque le contraire, c'est la mise en relation immédiate avec le dehors. » Une grille représente un cadre à ajuster et/ou à dépasser si cela est nécessaire à la résolution d'un problème inédit.

### 6. Conclusion

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. À ce processus de socialisation professionnelle s'ajoute un processus de développement de compétences professionnelles identifiées comme indispensables 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.

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.



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*.

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 et/ou 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.).

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.

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.

### Chapitre 2

#### **De la nécessaire articulation entre la formation théorique et la formation pratique. Présentation d'un dispositif professionnalisant construit sur un parcours de stages cliniques**

La formation clinique au département de Gynécologie-Obstétrique (G-O) constitue le centre du projet pédagogique mis en place avec les stagiaires de 3<sup>e</sup> master et les médecins qui les accompagnent. Bien que la formation théorique soit organisée majoritairement sous la forme d'Apprentissage Par Problèmes (APP), d'Apprentissage du Raisonnement Clinique (ARC) et d'Apprentissage à la Résolution de Problèmes complexes (ARPC), le transfert des apprentissages n'est pas organisé sur le parcours des stages. Or, par essence, les stages cliniques correspondent au lieu de résurgence optimal des savoirs acquis et de leur mobilisation dans une logique de développement des compétences professionnelles. La finalité poursuivie est de susciter l'articulation entre les lieux d'apprentissage de formation théorique et de formation clinique par l'apprentissage du transfert et de la pratique réflexive. Planifié dès 2008-2009 dans le cadre de la formation clinique des stagiaires de 3<sup>e</sup> master au sein du département de G-O, ce travail d'implantation d'un dispositif réflexif est précédé de deux analyses, l'une concernant les besoins nécessaires à la profession (compétences professionnelles) et l'autre, les besoins des acteurs du terrain pédagogique clinique (stagiaires et superviseurs).

Afin de répondre aux besoins évoqués par les acteurs tout en poursuivant la finalité du projet, le cadre conceptuel de l'Apprentissage et de l'Enseignement Contextualisé Authentiques (AECA, Frenay & Bédard, 2004) est proposé en tant que source d'auto-évaluation et d'auto-régulation du dispositif pour questionner les situations vécues par l'apprenant ainsi que les postures d'apprentissage et d'accompagnement réflexifs. La posture que nous avons adoptée lors de l'implantation de ce dispositif correspond à une posture d'intervention psycho-pédagogique s'appuyant intentionnellement sur le cadre de l'AECA pour qu'au terme du travail, la prise en compte de ces différentes conditions soit vérifiée *in situ*. Le bilan de cette expérience communique des informations sur le fait que le dispositif réflexif installé propose une réponse aux besoins de la profession identifiés par les acteurs (1<sup>re</sup> analyse des besoins) ainsi qu'à la plupart de leurs besoins pédagogiques sur le terrain clinique (2<sup>e</sup> analyse des besoins) tout en répondant aux critères de l'AECA.

Vierset, V., Frenay, M., Bédard, D. & Giet, D. De la nécessaire articulation entre la formation théorique et la formation pratique. Présentation d'un dispositif pédagogique construit sur un parcours de stages cliniques. Publication à la revue *Pédagogie Médicale*. Sous presse.

### 1. Introduction

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

Dans le contexte de la faculté, lors des séances de travail en groupes restreints telles que les séances d'Apprentissage Par Problèmes (APP), les séances d'Apprentissage du Raisonnement Clinique (ARC) et les séances d'Apprentissage à la Résolution de Problèmes complexes (ARPC), l'enseignant adopte une posture de tuteur (Vierset, Bédard & Foidart, 2009). Cette posture d'accompagnement s'identifie à une posture réflexive proposant aux étudiants de questionner une situation clinique et de se positionner vis-à-vis d'un diagnostic préférentiel tout en formulant des objectifs d'apprentissage à atteindre pour résoudre un problème. L'étudiant est donc invité à adopter, lui aussi, en réponse à la posture empruntée par le tuteur, une posture réflexive personnelle pour faciliter la construction de ses apprentissages, avec le soutien du tuteur.

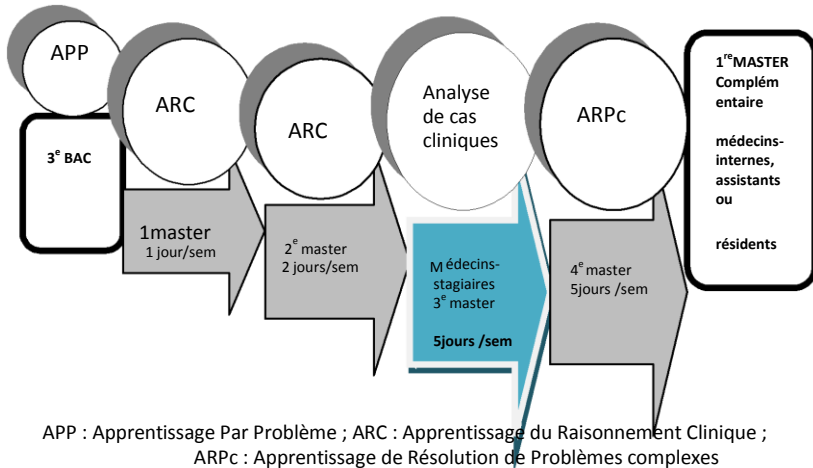
Dans le contexte des stages de masters en Gynécologie-Obstétrique (G-O), une demande d'intervention pédagogique a été sollicitée par le responsable de département G-O, le professeur J.-M. Foidart. Ce dernier souhaitait une (re)structuration du parcours de formation clinique en G-O. En 2008-2009, un projet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

Pour dynamiser ce processus d'alternance et de transfert des apprentissages (Bédard, Frenay, Turgeon & Paquay, 2000 ; Frenay, 2004) entre les lieux de formation théorique et les lieux de formation clinique, il est souhaitable d'installer une cohérence pédagogique entre les postures d'apprentissage et d'accompagnement exercées sur les deux lieux de

formation, la faculté et les terrains de stages cliniques. Ainsi, idéalement, le superviseur (terme couramment utilisé à l'université de Liège) des apprentissages du stagiaire adopterait-il une posture d'accompagnement réflexif similaire à celle qu'adopte le tuteur d'APP, d'ARC et d'ARPC, tandis que le stagiaire adopterait une posture d'apprentissage réflexif similaire à celle adoptée par les étudiants lors de ces séances d'apprentissage organisées en groupes restreints. Les superviseurs qui accompagnent les apprentissages sur le terrain clinique sont soit professeur G-O, soit médecin spécialiste G-O, soit médecin en formation post-doctorale G-O. Ces derniers sont appelés *internes*, *résidents* ou *assistants*. Dans le cadre de cet article, afin de faciliter la lecture pour des personnes extérieures au contexte, le terme *interne* est préféré aux deux autres. D'autre part, le terme *accompagnateur* est suggéré progressivement en lieu et place des termes *superviseur* ou *interne*.

La figure 1 rappelle que le cursus de master, avec en l'occurrence la formation des étudiants de 3<sup>e</sup> master G-O sur laquelle nous focalisons cet article, s'intègre dans un cadre plus large présentant, en amont, le cursus des bacheliers et, en aval, le cursus des masters complémentaires (spécialités médicales, y compris la médecine générale). La centaine d'étudiants inscrits en stage de 3<sup>e</sup> master est répartie sur quatre sites, dont le CHRCitadelle de Liège, site expérimental où le dispositif réflexif est, à l'heure actuelle, installé dans sa globalité. Ce schéma est valable jusqu'en 2016-2017 car, en 2012-2013, le cursus médical de la faculté de médecine de Liège a été réduit (progressivement d'année en année) de sept ans à six ans afin de répondre au décret réorganisant les études du secteur de la santé en Belgique francophone. Jusqu'à présent, les étudiants réalisent dix stages obligatoires par année dont celui de G-O. Chaque stage dure un mois (du premier au dernier jour du mois calendrier) et est directement suivi d'un autre stage réalisé dans une autre discipline (médecine interne, psychiatrie, pédiatrie, cardiologie, etc.). Les stagiaires sont présents de huit heures à dix-huit heures (voire plus s'ils prestent une garde de weekend ou de nuit).

**Formation théorique et méthodes inspirées de la pédagogie active  
: en faculté (*in vitro*)**



**Formation clinique et stages professionnalisants :  
en terrains cliniques (*in vivo*)**

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

Les modalités du dispositif réflexif seront précédées dans cet article des résultats de deux phases préliminaires réalisées en 2007-2008. Celles-ci étaient destinées à définir, avec les informations communiquées par les acteurs en G-O, les modalités à mettre en place dans ce contexte des stages de G-O. La première phase (cf. 3.1) correspond à l'identification des compétences et des acquis d'apprentissage – *learning outcomes* – souhaités au terme du cycle de masters (Petrolito, Leloup & Godin, 2011). S'est alors construit un référentiel de compétences professionnelles de G-O à développer progressivement sur le parcours clinique des masters, de la 1<sup>re</sup> à la 4<sup>e</sup> année. La deuxième phase (cf. 3.2) correspond à l'identification des besoins des acteurs de G-O.

À partir de là, plusieurs questions se sont posées : quelles modalités mettre en place pour soutenir le développement des compétences

formulées dans le référentiel ? Comment articuler les activités et les modalités pédagogiques au sein du stage pour organiser une réponse aux besoins identifiés ? Comment articuler les formations *in vitro* (en laboratoire facultaire) et *in vivo* (en stages cliniques) ? Comment soutenir le transfert des acquis d'apprentissages ? Comment soutenir le processus de pratique réflexive ? Comment soutenir l'accompagnement et l'apprentissage réflexifs ? Pour répondre à ces interrogations, nous avons fait appel à la littérature existante. Le cadre théorique de l'Apprentissage et de l'Enseignement Contextualisé Authentique (AECA) proposé par Frenay et Bédard (2004) indique des pistes qui facilitent l'apprentissage et l'accompagnement réflexifs lors du vécu de situations authentiques contextualisées que l'apprenant est susceptible de rencontrer, par exemple, lors d'une formation clinique de 3<sup>e</sup> master en G-O.

Après la description des modalités du dispositif réflexif, cet article nomme deux constats concernant leur mise en place effective. Le premier vérifie si les modalités installées permettent de répondre aux besoins identifiés lors des deux phases préliminaires (cf. 3.1 et 3.2). Le deuxième vérifie, à partir d'une liste de critères fondés sur l'AECA, le potentiel opérationnel du dispositif implanté sur le parcours de stage en G-O. Ces constats présentent des éléments de réponse à la question de savoir si le potentiel du dispositif réflexif installé va dans le sens de la finalité exprimée, c'est-à-dire susciter l'articulation entre les lieux d'apprentissage *in vitro* et *in vivo* par l'apprentissage de la pratique réflexive, facilitatrice des transferts d'apprentissage. En d'autres termes, cet article décrit le dispositif installé et propose la vérification de son installation au sein du département de G-O. L'objet de cet article n'est donc pas de développer une recherche (méthodes, concepts, résultats, discussion et perspectives) mais de décrire une innovation pédagogique et son *check up* d'installation après sa mise en route.

### **2. La pratique réflexive comme socle du dispositif**

En suivant l'exemple des méthodes pédagogiques organisées en faculté (APP, ARC, ARPc), il était opportun d'aligner les stages cliniques sur les processus pédagogiques professionnalisants apparentés aux concepts de la pédagogie active. Ces méthodes pédagogiques (Vierset, 2005)

constituent un terrain fertile pour l'apprentissage d'autres concepts aujourd'hui consacrés en éducation : la pratique réflexive et son corollaire, la posture réflexive. Leur développement dans le cadre de la formation clinique constitue, avec le transfert des acquis d'apprentissage qui leur est associé, la finalité de ce dispositif réflexif. Depuis quelques années, de nombreux écrits précisent ce concept afin que son intégration soit facilitée dans divers contextes de professionnalisation. Ainsi mérite-t-il d'être (re)défini et (re)contextualisé sur ce terrain d'action clinique.

En contexte de formation professionnelle, le concept de réflexivité rappelle qu'un apprentissage ne peut s'installer que lors d'une conscientisation des mécanismes complexes mis en jeu lors d'une action authentique, d'une analyse critique et d'une prise de conscience de soi dans l'action mais aussi des possibles transformations des pratiques, de leur évolution ou des ajustements dont elles pourraient bénéficier. Paquay, Van Nieuwenhoven et Wouters (2010, p. 15) précisent : « Le développement professionnel ne se réalise pas dans l'action mais dans la réflexion sur l'action. Les différents modèles de la démarche d'enquête (Dewez, 1967), de l'apprentissage expérientiel (Kolb & Fry, 1975 ; Boussara, Serre & Ross, 1999), de la pratique réflexive (Schön, 1983/1994) montrent à l'évidence l'importance d'une démarche de réflexion distanciée sur sa pratique professionnelle comme vecteur d'apprentissage. » Paquay et Sirota (2001 p. 169) ajoutent : « La réflexivité ferait adopter par le praticien une posture d'extériorité par rapport au processus et au produit de la réflexion qui, elle, resterait centrée uniquement sur la situation. » Autrement dit, la réflexivité correspond à une méta-réflexion qui a pour sujet le questionnement de notre représentation de l'action ainsi que l'identification de nos schémas cognitifs-attitudinaux-affectifs activés lors du processus de résolution de cette action. Hivon (2005) ajoute : « Quand on parle d'expertise professionnelle, on parle évidemment de compétence. Il faut avoir une certaine connaissance pour être conscient de ce qu'on ignore et de ce qu'on a à apprendre. Ce qui fait que la question de la réflexion que nous, psychologues cognitivistes appelons la métacognition, est majeure. »

Si tout travailleur réfléchit sur sa pratique professionnelle, lui demander de réfléchir sur sa manière de réfléchir pourrait lui sembler



étrange. Pourtant, si la réflexion peut être un processus spontané, la réflexivité envisagée en tant que processus de conscientisation ne l'est pas. Ainsi, Perrenoud (2001b, p. 44) conseille-t-il de montrer en quoi et pourquoi devenir praticien réflexif ne va pas de soi, représente un coût, une prise de risque, une dépense d'énergie : « Le plus formateur [pour l'apprenant] n'est-il pas d'accéder aux coulisses de l'action, aux doutes, aux échecs, aux rêves, aux ambivalences et aux raisonnements intimes du praticien ? » La réponse est oui lorsqu'on peut avoir accès à la subjectivité du praticien, car sa réaction *in action* est tout d'abord représentative de ses affects et de ses croyances, avant toute analyse rationnelle de la situation. Perrenoud (2001b) et Saint Arnaud (1999) insistent sur cet élément essentiel car il devient urgent de montrer en quoi cette pratique est solidaire d'une posture, d'un rapport au monde, d'une identité et d'un changement de paradigme.

L'exercice quotidien d'une pratique réflexive facilite la gestion efficiente d'un processus de résolution de problèmes complexes, singuliers, imprévus ou inédits. Dès à présent, nous insistons sur l'importance de l'adoption de cette posture dans les différents contextes d'apprentissage car, ainsi que le précise Perrenoud (2001, p. 19) : « Les situations complexes toujours singulières appellent une démarche de résolution de problème plutôt que l'application d'un répertoire de recettes, ou de réponses pré-programmées, ou encore le recours à un algorithme fondé sur une connaissance théorique générale. » Poursuivant une vision sensiblement différente de la réflexivité, Kolb et Fry (1975), Saint Arnaud (2001), Schön (1983/1994) et Vermersch (2011) proposent, quant à eux, d'investir dans la mise en conscience que l'on a de soi *in action* tout en analysant l'action telle qu'on la perçoit au moment de l'action. Ils s'accordent pour dire que l'apprentissage de la réflexivité est facilité lorsqu'on se donne le temps de découvrir, *sur le coup*, les mécanismes que l'on a utilisés plus ou moins consciemment dans une intervention.

Tout en étant consciente de l'enrichissement que pourrait procurer la démarche *in action* de l'entretien d'explicitation de Vermersch, nous avons, au bout du compte, dû y renoncer. Trop de choses étaient, sinon à ajuster, à construire et à développer avec les partenaires de travail, ne serait-ce

qu'au niveau de l'organisation et de l'accueil des stagiaires, avant de pouvoir inscrire ce type de travail réflexif intégré lors de la Contextualisation (C) *in action* de leurs actes cliniques individuels, justement très rares au niveau des stages en médecine. Cependant, dans le contexte clinique où le dispositif réflexif est implanté, il était possible de sensibiliser les acteurs à l'approche réflexive en leur proposant d'exercer leur analyse dans l'espace-temps de la Décontextualisation (D) des situations d'apprentissage ; *sur l'action* et à propos des actes cliniques posés par les médecins qu'ils observent.

Dans les paragraphes suivants, nous présentons les deux analyses préliminaires à l'installation du dispositif. La première analyse (3.1) présente l'identification des compétences et des *learning outcomes* souhaités au terme du cycle des stages de masters en G-O. Y sont abordées les définitions des référentiels de compétences, de formations à ces compétences et d'évaluations de leur acquisition. La deuxième analyse (3.2) présente les besoins des acteurs du terrain clinique G-O.

### **3. Phases préliminaires au projet d'implantation du dispositif**

Avant toute organisation, construction ou planification, il est primordial de comprendre le milieu de travail et les acteurs y agissant. Deux enquêtes sont réalisées afin d'identifier les pratiques, les besoins et les attentes des acteurs avec lesquels nous allons travailler pour construire ce dispositif.

#### **3.1 Élaboration d'un référentiel de compétences**

En 2007-2008, l'élaboration d'un référentiel de compétences est proposée comme une première étape à réaliser pour les accompagnateurs des apprentissages cliniques. Afin d'engager cette phase préliminaire à l'installation du dispositif, le schéma d'« Organisation logique des différents référentiels » (figure 2) proposé initialement par Roegiers (2010) a été adopté. Trois référentiels ont été construits en partenariat avec les acteurs identifiés comme ressources internes engagées – ou prêtes à s'engager – dans un développement pédagogique : un référentiel de compétences, un référentiel de formation

et un référentiel d'évaluation. Ces trois référentiels définissent un cadre opérationnel pour organiser, planifier et gérer le dispositif installé, en clarifiant le sens des actions réalisées et des modalités proposées.

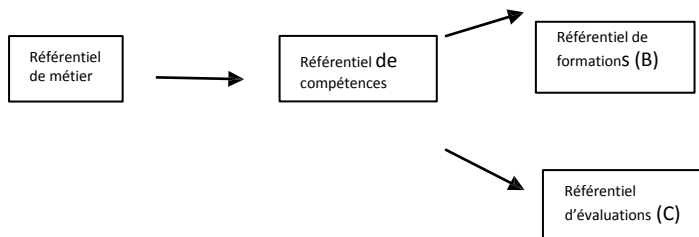


Figure 2. Organisation logique des différents référentiels.  
Roegiers (2010, p. 107)

Ces constructions de référentiels représentent la première phase précédant l'implantation globale du dispositif. Dans ce cadre, nous présentons succinctement le référentiel de compétences. Ce référentiel (Vierset, De Ketele, Foidart & Nisolle, 2010) est nommé « Guide d'Apprentissage et d'Accompagnement (GAA) », en accord avec les acteurs du terrain, pour faciliter son appropriation dans le quotidien clinique. Il se décline en deux compétences et en plusieurs capacités constitutives à acquérir tout au long du parcours clinique des masters en G-O, y compris durant les stages de 3<sup>e</sup> master, seul niveau de formation clinique qui nous occupe dans cet article :

- compétence 1 : « Gérer les consultations cliniques élémentaires en G-O » qui prend en compte l'intégration des capacités suivantes :
  1. ARC : Apprentissage du Raisonnement Clinique,
  2. ACC : Apprentissage de la Communication Clinique,
  3. Apprentissages des Procédures techniques (manipulation de matériel clinique), administratives (dossier du patient, demande d'examens cliniques, etc.) et biomédicales (techniques de soins et/ou d'analyses) ;
- compétence 2 : « Exercer une pratique réflexive » (Apprentissage de la Pratique Réflexive ; APR) pour savoir-agir et devenir un professionnel responsable et autonome au sein d'une communauté

de praticiens. Cette compétence prend en compte l'intégration des capacités DQRpA :

1. Description d'une prise en charge, D,
2. Questionnement et réfléchissement à propos de l'observation de cette prise en charge, à propos des attitudes prises, à propos des représentations subjectives, à propos des ressentis évoqués par les acteurs en présence c'est-à-dire, tout au moins, le médecin, la patiente, y compris moi, le stagiaire (qu'est-ce que je me suis dit à ce moment-là ? Qu'est-ce qui se passe pour moi ? Quelles sont mes croyances à ce sujet ?), Q,
3. Recherche de ressources fiables (bibliographiques et/ou humaines), acquisition et transfert de savoirs avec positionnement argumenté vis-à-vis de la prise en charge observée, Rp,
4. Identification des acquis à investir dans l'action, *versus* identification des besoins d'apprentissage à combler pour gérer au mieux l'action, A.

Après avoir précisé l'identification des compétences et des acquis d'apprentissage – *learning outcomes* – souhaités au cours du parcours clinique de master en G-O, nous abordons les besoins des acteurs du terrain clinique de G-O.

### 3.2 Analyse des besoins des acteurs du terrain clinique

Les acteurs du terrain clinique sont, le plus souvent, dans ce cadre pédagogique, les stagiaires et les internes, leurs intermédiaires privilégiés. Deux collectes de données sont organisées. La première collecte de données est destinée à identifier les besoins des stagiaires et la deuxième collecte à identifier les besoins des internes.

En 2007-2008, l'année précédant l'installation du dispositif dans le service de G-O, la première collecte de données menée avec la méthode de *focus-group* (Andrien, Monoyer, Philippet & Vierset, 1993) renseigne sur les besoins perçus par deux groupes de stagiaires de 3<sup>e</sup> master accueillis sur le site CHRCitadelle (huit étudiants par groupe). Lors des entretiens semi-directifs, plusieurs *verbatim* (tableau 0) ont attiré notre attention. On constate lors de ces entretiens que les occasions d'apprentissages dépendent de rencontres fortuites avec les personnes ressources et du temps que peuvent partager les accompagnateurs avec les stagiaires, pendant ou après une consultation avec une patiente. Les

stagiaires s'exercent alors à des improvisations quotidiennes tentant de répondre, le plus adéquatement possible, aux attentes souvent non exprimées des accompagnateurs et/ou des superviseurs, voire des patientes.

Par ailleurs, la même année 2007-2008, une deuxième collecte de données renseigne sur les besoins perçus par un groupe de cinq internes G-O. Ils formulent d'autres verbatim (tableau 0) lors d'un autre *focus-group*. Fort heureusement, pour certains d'entre eux, l'encadrement se veut explicitement formatif : « Moi, je procède par étapes ; je montre, explique, pose des questions et vérifie si le stagiaire a bien compris puis je le laisse faire petit à petit en le corrigeant si nécessaire pour le laisser faire tout seul quand tout est OK ! » En l'état, les encadrements pédagogiques variaient de l'inexistant à une supervision progressivement distancée et révélaient une grande hétérogénéité des processus d'accompagnement.

Jusqu'ici, on peut remarquer que les besoins exprimés par les deux catégories de la relation pédagogique (stagiaires et internes) sont quasi convergents. Toutefois, les internes évoquent un besoin supplémentaire, non évoqués par les stagiaires. Ce quatrième besoin identifié par les internes G-O concerne le transfert des apprentissages. Ce point mettait en évidence la question du besoin relatif à la mobilisation des acquis d'apprentissages *in vitro* sur le terrain clinique *in vivo*. Ainsi, malgré l'implantation des pédagogies actives dans le cursus d'étude, les transferts non seulement des apprentissages mais aussi des méthodes de résolution de problèmes (ARC, APP et ARPC) ne sont pas évoqués lors des stages. Ce manque de cohérence entre les différentes étapes du processus d'apprentissage révèle une fracture dans le cursus d'études.

Dans le même ordre d'idée, les différents services hospitaliers de G-O accueillant le stagiaire possèdent une grande indépendance organisationnelle, tout comme le stagiaire en formation. Cependant, les acteurs ne sont pas toujours prêts à la gérer de façon optimale. Ainsi, les responsabilités des acteurs de terrain clinique, accompagnateurs d'une part et apprenants de l'autre, n'étant pas académiquement formulées, un vide organisationnel s'installe en laissant la place aux représentations aléatoires de chacun d'entre eux. Ces besoins identifiés, liés entre eux par

une même structure pédagogique, se trouvent insatisfaits d'année en année. Ajoutons à cela que le centre fédéral d'expertise des soins de santé belge (KCE ; *Belgian Health Care Knowledge Centre Expert*) soulignait en 2010 que « les critères de qualité en vigueur pour les lieux et maîtres de stage ne sont plus adaptés au système de santé actuel ». Cette remarque nous a amenée à identifier les critères de qualité des stages cliniques et à créer une liste de questionnements fondée sur le cadre conceptuel de l'AECA (Vierset, Frenay & Bédard, 2015).

Désirant investiguer plus précisément la question de l'accompagnement et du transfert des apprentissages lors des situations d'apprentissage vécues authentiquement par les stagiaires, nous avons à nouveau fait appel au cadre conceptuel de l'AECA. Celui-ci associe, d'une part, l'accompagnement des apprentissages afin d'en faciliter le transfert et, d'autre part, leur contextualisation authentique afin que les étudiants aient l'occasion de développer des compétences professionnelles actionnables sur un terrain de pratique.

Les référentiels ainsi que les besoins des acteurs du terrain de stages cliniques de G-O ayant été déterminés, un dispositif réflexif orienté par les critères de qualité de l'AECA visant à y répondre a été organisé dès 2008-2009. La question de leur opérationnalisation s'est alors posée : comment traduire les critères de l'AECA en modalités pédagogiques opérationnelles destinées à faciliter l'articulation et la (re)construction des apprentissages par les stagiaires de 3<sup>e</sup> master en G-O ? Visant à fournir une réponse opérationnelle, voici la description des sept modalités du dispositif implanté au CHRCitadelle de Liège.

Tableau 0 : Besoins exprimés par les acteurs de la relation pédagogique (les stagiaires et les internes) en terrain de stage clinique G-O

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

#### 4. Implantation du dispositif réflexif

En acceptant la complexité et la richesse d'un travail de stage nous en dessinons le parcours, avec son point de départ, son point d'arrivée et ses jalons d'orientation. Comme Langevin et Hivon (2007, p. 9) le précisent : « Bien que l'externat s'insère au départ dans un environnement complexe et peu structuré, le recours judicieux à certaines modalités pédagogiques suffirait à rehausser la qualité de l'apprentissage durant cette période de formation. » À l'heure actuelle, certaines modalités sont inscrites sur le parcours de stage en G-O dans le cadre du dispositif réflexif.

La (re)structuration du parcours clinique pour le département de G-O a été organisée sur un des quatre sites hospitaliers, le Centre Hospitalier Régional de Liège (CHRCitadelle), site expérimental. Trois raisons ont déterminé le choix du site. La première correspond au nombre élevé d'étudiants à encadrer (neuf stagiaires par mois en rotation chaque mois). La deuxième raison, liée à la première, est qu'à la demande du responsable du département, la formation clinique des stagiaires soit coordonnée sur ce site de G-O qui, vu sa grande envergure, éprouve des difficultés à gérer un tel travail d'encadrement, d'accompagnement et d'évaluation. La troisième raison est que le CHRCitadelle représente actuellement le pôle centralisateur du département de G-O pour ce qui concerne la formation clinique des stagiaires.

Le travail a été planifié et organisé en partenariat avec les acteurs du terrain professionnel de G-O intervenant sur ce parcours de stage. Le dispositif s'organise en sept modalités pédagogiques : formulation de livrets d'informations pratiques et pédagogiques (1) ; organisation d'ateliers APR et ACC (2) ; implémentation de l'outil *log book* (3) ; accompagnement des accompagnateurs réflexifs (4) ; mise en place d'un processus de co-évaluations et de co-régulations (5) ; planification des postes de travail (6) ; utilisation du référentiel de compétences (7). La figure 3 présente une vision intégrative des sept modalités pédagogiques installées sur le parcours de stages cliniques en G-O dans le cadre du dispositif pédagogique. Nous expliquons ci-dessous comment ces sept modalités facilitent l'intégration du stagiaire dans le contexte de travail et comment elles soutiennent concrètement l'articulation des apprentissages sur son parcours clinique en G-O.



#### **4.1 Formulation de livrets pédagogiques destinés aux stagiaires**

Ces livrets sont envoyés avant le début du stage. Le premier livret, nommé « Informations pratiques », renseigne sur les procédures administratives, logistiques et organisationnelles des quatre lieux de stage. Le deuxième livret, intitulé « Compétences et évaluations », insiste sur les consignes relatives au *log book* à réaliser, les compétences à acquérir, les *learning outcomes*, la méthodologie des ateliers, la planification des *feedbacks*, le processus d'évaluations formatives et certificatives incluant les fiches d'auto-évaluation/co-évaluation du *log book* ainsi que la fiche d'évaluation du stage à partir de laquelle les accompagnateurs discuteront les acquis d'apprentissages avec les principaux intéressés, les stagiaires. L'objectif visé est de tisser des liens entre les stagiaires et le service, de rassurer, d'orienter, de fournir l'ensemble des informations nécessaires au bon déroulement de cet espace de formation clinique. Une structure administrative et organisationnelle est installée afin de faciliter la prise de repères par le stagiaire tout en lui donnant l'occasion d'aménager un système d'interactions valorisant son implication personnelle (p. ex. gestion du planning des tours de garde des stagiaires, gestion du système de prise de rendez-vous avec les accompagnateurs, gestion des réunions de *feedbacks*, gestion du panneau d'affichage interactif, etc.).

#### **4.2 Organisation d'Ateliers de Communication Clinique (ACC) et de Pratique Réflexive (APR)**

Lors du processus de formation, la méthode d'analyse méthodique d'incidents critiques (Flanagan, 1954 ; O'Driscoll & Cooper, 1996) est privilégiée. C'est une méthode d'analyse d'événements fortuits et imprévisibles qui modifient le déroulement attendu des choses et qui impliquent des prises de positions avec décisions relatives, dans ce cas, au processus vital d'un patient. Dans ce contexte, la méthode est utilisée dans une perspective de développement d'une pratique réflexive et de (re)connaissance ou de (trans)formation des pratiques professionnelles. Ainsi, au cours de leurs stages en G-O, les stagiaires participent à différents ateliers, co-animés par l'intervenante pédagogique co-auteur de cet article avec, en alternance, un psychologue clinicien, un médecin du service de G-O et un médecin généraliste. La méthodologie privilégiée est inductive et

compréhensive. Nous suggérons un processus de verbalisation des situations cliniques proposées par les stagiaires allant dans le sens d'une contextualisation (Meirieu & Develay, 1992) des apprentissages (manière d'agir, attitudes et représentation de l'action au sein d'une situation locale) lorsqu'ils décrivent leurs expériences et leurs questionnements réflexifs individuels relatifs à leurs expériences. Cette réflexivité agissant lors de la décontextualisation est suivie d'un processus de construction d'une carte conceptuelle (Jouquan, Romanus, Vierset, Jaffrelot & Parent, 2013) afin de décontextualiser (manière de conceptualiser les ressources théoriques et attitudeles appelées pour aider à résoudre la situation locale) et de modéliser les situations envisagées. De la sorte, lors d'un vécu clinique suivant, ils ont l'occasion d'enrichir ce travail par un exercice de recontextualisation (manière d'agir et de penser dans une autre situation locale) en transférant ce qu'ils ont acquis (en terme d'attitudes, de représentations et de connaissances) à cette nouvelle situation. La carte conceptuelle peut-être complétée, voire reconstruite, après chaque cas clinique analysé. Les deux ateliers sont expliqués ci-dessous.

#### **4.2.1 Ateliers d'Apprentissage de la Communication Clinique (ACC)**

Deux ateliers sont proposés tous les mardis du mois : ACC1 et ACC2. Pour ce qui concerne l'ACC1, les thématiques sont proposées par les stagiaires qui ont été confrontés à un incident critique prenant la forme d'une relation délicate entretenue avec une patiente. Par exemple, la gestion communicationnelle de consultations difficiles (colère d'une patiente, incompréhension, exigences, etc.) y est abordée, ainsi que l'annonce d'une mauvaise nouvelle (deuil d'un bébé, mort fœtale *in utero*, déni de grossesse, malformations prénatales, difficultés de grossesse, etc.) ou toute autre situation vécue et proposée par les stagiaires (quelle est la place du stagiaire entre le médecin et la patiente ? Ce qui l'a choqué dans telle situation ? Etc.). L'ACC2 propose des jeux de rôles organisés suite à l'analyse d'une vidéo présentant le déroulement d'une consultation et de la communication entre une patiente *non compliant*e et un médecin généraliste. Un des objectifs spécifiques de la formation est de faire prendre conscience aux étudiants des représentations et des

croyances qu'ils véhiculent ainsi que celles que les patientes et/ou les médecins peuvent véhiculer lors de l'action.

#### **4.2.2 Atelier d'Apprentissage de la Pratique Réflexive (APR)**

Cet atelier prend plusieurs formes : tour de salle didactique, exposé-débat d'un cas vécu, réunion réflexive autour d'un *log book*, etc. L'exercice d'une pratique réflexive est proposé à l'étudiant afin de l'inviter à prendre une position argumentée relative aux situations vécues en stage de G-O. Donnay et Charlier (2008, p. 133) rappellent : « [Il existe] une fracture épistémologique entre la formation d'un praticien conforme à un ou des modèles d'action pédagogiques induits, voire prescrits, et l'inscription de ce futur praticien dans une trajectoire de développement professionnel autonome. » Ces ateliers envisagent cette fracture de manière concrète en analysant les vécus et les interprétations des étudiants décrivant une situation clinique. L'objectif est de faire prendre au stagiaire le recul nécessaire pour lui donner l'occasion d'envisager d'autres points de vue et d'autres attitudes que celles qu'il a adoptées à ce moment-là. Le DQRpA (utilisé aussi pour les ACC) développé précédemment est une structure qui propose de soutenir ce processus réflexif, en décrivant (D), en analysant la situation, en se questionnant sur soi (Q), en cherchant des réponses de soi à soi et de soi aux autres (R), en argumentant et enfin, en se positionnant vis-à-vis d'un cas clinique, complexe ou non (p), tout en identifiant ses acquis *versus* ses non-acquis d'apprentissages (A).

Sur le terrain clinique, il est demandé aux stagiaires d'intégrer leurs observations relatives à l'ACC et à l'ARC, vécus au sein d'une même consultation. Le processus d'*apprentissage* est alors développé dans le sens de la perspective systémique inscrite dans le référentiel de compétences.

#### **4.3 Création d'un support d'apprentissage/accompagnement réflexifs**

Ce recueil de traces d'apprentissage nommé *log book* (carnet de route ou journal de bord) a pour objectif la compilation de preuves d'acquisition des compétences requises. Le stagiaire y formule son vécu relatif à l'observation de trois cas cliniques de G-O auxquels il a participé (p. ex. :

déni de grossesse, hystérectomie, placenta prævia). Il y formule le processus DQRpA en décrivant les faits, en interprétant, en questionnant ses croyances et ses attitudes, en prenant position, en argumentant sa proposition de résolution ainsi que ses objectifs d'apprentissage. Cet outil réflexif est considéré non seulement comme un outil d'apprentissage, d'accompagnement et de co-évaluation, mais aussi comme un outil de reconnaissance d'une professionnalité émergente par la réalisation d'une *œuvre* personnelle. Ce support facilite simultanément l'acquisition d'une posture réflexive partagée entre les stagiaires lors des moments de partage réflexif.

#### **4.4 Processus d'auto-évaluations/auto-régulations**

Une fiche d'auto-évaluation est à compléter par le stagiaire avant sa rencontre avec un accompagnateur. À partir de cela, s'organise un entretien. Les items proposés soutiennent ces rencontres dans un axe d'apprentissage progressif. La rétroaction (O'Brien, Marks & Charlin, 2003) nommée aussi *feedback*, constitue un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique. Tout au long de cette rencontre, le stagiaire précise avec l'accompagnateur ses besoins d'apprentissage. D'après Saint-Arnaud (1999, p. 91), « l'auto-régulation comprend deux moments : une identification de l'erreur et une recherche pour la corriger ». Le stagiaire cherchera à auto-réguler ses apprentissages, pour qu'au terme de la formation, l'accompagnateur puisse confirmer – ou infirmer – ses acquis d'expérience avec lui. Ainsi, deux fiches sont envoyées aux étudiants avant le stage afin qu'ils sachent ce qui est attendu d'eux pendant cette période :

- 1°. Fiche d'évaluation des acquis d'expérience sur le terrain clinique : une fiche d'évaluation des apprentissages du stagiaire sur le terrain de stage G-O a été construite avec les accompagnateurs, acteurs du contexte clinique de G-O. Les items évaluatifs formulés se réfèrent aux différents niveaux explicités dans le référentiel de compétences (GAA) ;
- 2°. Fiche d'auto-évaluation de la pratique réflexive (APR) : une fiche de co-évaluation a été construite en partenariat avec le professeur

responsable de l'examen de G-O organisé en fin de stage de 3<sup>e</sup> master.

Ces deux grilles concernent, l'une, le travail clinique hebdomadaire du stagiaire qui effectue des tâches propres aux postes de travail qui lui ont été attribués pour développer ses compétences cliniques ; l'autre, les traces d'apprentissage réflexif que le stagiaire retrace dans son *log book* selon le processus réflexif DQRpA.

#### **4.5 Accompagnement des accompagnateurs**

Afin d'adapter leur démarche pédagogique, les accompagnateurs participent à des espaces de parole intitulés *midis pédagogiques*. Lors des consultations, ils accompagnent et évaluent la progression du stagiaire relative à la gestion des situations cliniques rencontrées ensemble sur le terrain clinique. Bien que les accompagnateurs recourent aisément à cette rétroaction de manière constructive, ils sont invités à développer plus prioritairement la controverse en stimulant le conflit socio-cognitif lors d'un travail en groupe (Vierset, Bédard & Foidart, 2009) tel qu'il est pratiqué lors des séances d'apprentissages par problèmes. L'objectif poursuivi est de susciter la controverse tout en évitant de répondre d'emblée aux questions des stagiaires.

Par ailleurs, lors d'une consultation médicale à laquelle participe un stagiaire, l'accompagnateur s'engage, *primo*, dans un double processus de raisonnement et de communication clinique avec le patient et, *secundo*, dans un processus pédagogique avec le stagiaire (Irby, 1992). Sa fonction étant constituée de ces deux rôles joués simultanément (l'accompagnement du stagiaire doublé de la gestion de la consultation avec la patiente), elle peut être parfois ressentie, sinon comme paradoxale, du moins lourde à porter, avec le sentiment d'être assimilé à une femme ou à un *homme orchestre*. Des pistes ont été formulées avec eux afin d'aborder efficacement l'intégration de ce double rôle. Pendant les stages, les différents accompagnateurs sont sensibilisés pour adopter deux types de postures fondamentales invitant l'étudiant à la recherche et à l'adoption de sa propre posture réflexive :

- 1°. Une posture d'accompagnement réflexif : cette posture s'inspire du principe de compagnonnage cognitif tel que Frenay et Bédard (2004) l'explicitent par la perspective de l'AECA. Ce principe décrit les postures à adopter par l'accompagnateur et par le stagiaire dans le cadre d'un travail partenaire. Cette façon d'aborder la relation pédagogique en réduisant la distance sociale ne peut que faciliter la cohésion relationnelle et une interaction sociale participative entre les acteurs du système ;
  
- 2°. Une posture de reconnaissance professionnelle : cette posture est proposée à l'accompagnateur lorsqu'il travaille en situation clinique avec un stagiaire. Celle-ci va dans le sens de Jorro et De Ketele (2011, p. 45) qui rappellent : « Le rôle médiateur joué par les formateurs se déroule essentiellement dans la relation de personne à personne. Il en va de même du processus de reconnaissance professionnelle où la démarche herméneutique (faire émerger et donner du sens à toute une série d'indices de professionnalité) est privilégiée : le candidat à la reconnaissance professionnelle est sujet et non objet comme dans la démarche sommative. » Ces auteurs ajoutent (p. 37) : « Pour être pleine et entière, la reconnaissance comprend trois dimensions qui devraient être indissociables : l'identification [reconnaître l'autre en tant qu'autre], l'acceptation [l'accepter en tant qu'autre] et la gratitude [le remercier d'être ce qu'il est] (Ricoeur, 2004). »

Lorsque la professionnalité émerge chez le stagiaire par la réalisation d'une *œuvre* telle qu'un *log book*, la posture de l'accompagnateur consiste à alimenter un sentiment d'accomplissement et de reconnaissance de soi dans la profession que l'étudiant a choisie. Ainsi, tout en lui donnant l'occasion d'être acteur et co-réalisateur de sa formation, l'accompagnateur lui donne l'occasion de savoir-agir, c'est-à-dire de mettre en action les capacités et les ressources qu'il possède pour donner un sens à son parcours de la première à la quatrième année, tout en développant une pratique réflexive. Celle-ci, au bout du compte, le rendra apte à assumer une professionnalité émergente en phase avec les besoins des patients et ceux de la société de demain.

#### **4.6 Planification des postes de travail**

Des postes de travail (consultations ambulatoires, soins intensifs, bloc d'accouchement, salle d'hospitalisation, salle d'opération, urgences, fécondation *in vitro*, etc.) sont planifiés selon un système de rotation semaine après semaine en poursuivant l'objectif que chaque stagiaire rencontre les différentes réalités du terrain, en insistant sur la priorité de l'authenticité du contexte d'apprentissage.

	Modalités pédagogiques Stage G-O Octobre 2013	Accueil 01/10/2013	07/10/2013	14/10/2013	21/10/2013	28/10/2013 31/10/2013 FIN	
Stage de Psychiatrie Septembre 2013  Envoi du courrier « stage GO » aux étudiants de 3 <sup>e</sup> master que les quatres sites du département G-O vont accueillir pendant le mois d'octobre 2013 :  1. CHR Citadelle  2. CHU-ND8  3. CHR La Tourelle  4. CHBAH	1. Poste de travail clinique : planification organisée uniquement sur le site du CHR Citadelle car 9 stagiaires par mois y sont accueillis	Urgences/FIV	Consultations en ambulatoires	bloc d'accouchement	bloc opératoire	salle hospitalière / MIC	Stage de Médecine Interne Novembre 2013
		Log book Félix Tartempion étudiant en 3 <sup>e</sup> master					
		Tâches cliniques	Internes G-O Interprètes	Infirmières Sages-femmes	Médecin G-O Psychologues	Stagiaires médecins Stagiaires infirmières	
	2. Formations pédagogiques organisées chaque mardi du mois	Log book Félix Tartempion étudiant en 3 <sup>e</sup> master					
		Tour de salle didactique (2h)	Médecin G-O	Médecin G-O	Médecin G-O		
	3. Midis pédagogiques pour Accompagnateurs	Log book Félix Tartempion étudiant en 3 <sup>e</sup> master					
	4. Livrets pédagogiques	Log book Félix Tartempion étudiant en 3 <sup>e</sup> master					
5. Feedbacks auto-évaluations & auto- régulations	Ateliers	Atelier ACC <sup>1</sup> (2h)	Atelier ACC <sup>2</sup> (2h) Formateurs ACC	Atelier APR <sup>3</sup> (2h) Internes ARC			
6. Référentiel de compétences (GAA)	Feedbacks Médecins G-O Internes G-O	↓				Examen oral fondé sur le log book Médecin G-O	
7. Log book	Accompagnatrice	↓					

Figure 3. Parcours clinique G-O d'un stagiaire de 3<sup>ème</sup> master (Félix Tartempion). Mois octobre 2013



#### **4.7 Utilisation du référentiel de compétences**

Le référentiel spécifie les capacités à acquérir progressivement par le stagiaire sur le parcours de stage clinique en G-O. Ce document est communiqué aux stagiaires de 3<sup>e</sup> master de tous les sites et aux acteurs du terrain clinique du CHRCitadelle de Liège en tant que cadre de repérage des apprentissages à acquérir c'est-à-dire des *learning outcomes* mis en évidence pour communiquer des pistes d'apprentissage aux apprenants.

Comme précisé, ce parcours professionnalisant a été installé au début de l'année académique 2008-2009, en intégrant ces sept modalités sur un des quatre sites cliniques du département, le service du CHRCitadelle de Liège (site expérimental). La figure 3 présente le dispositif réflexif en suivant sa perspective chronologique, du début à la fin du mois (octobre 2013, p. ex.) de stage G-O. Le dispositif réflexif envisage tous ces éléments comme interdépendants, dans une logique intégrative. Les stagiaires sont accompagnés dans un contexte facilitant l'appropriation précoce d'un processus de socialisation professionnelle et de construction identitaire qui leur donne l'occasion d'acquérir les compétences requises pour l'exercice de la profession. Le processus de transfert soutenu par une pratique réflexive quotidienne constitue le socle de cette construction toujours en évolution.

À présent, nous développons notre vérification du potentiel réflexif du dispositif installé à partir des besoins évoqués et à partir de la liste de critères construite à partir du cadre conceptuel de l'AECA pour soutenir plus précisément la qualité pédagogique des stages en G-O. Nous insistons, au risque de nous répéter, que c'est en termes de vérification de l'installation du dispositif que nous raisonnons dans cet article et non en termes de recherches à propos des apports du dispositif. Celles-ci feront l'objet d'articles ultérieurs.

#### **5. Vérification de l'installation du dispositif**

Le *check up* de cette implantation du dispositif réflexif s'est organisé en deux constats. Le premier constat fait référence aux deux analyses des

besoins (3.1 et 3.2) précédant l'implantation. Le deuxième constat fait référence à la grille de critères fondée sur le cadre conceptuel de l'AECA (Vierset, Frenay & Bédard, 2015).

Le premier constat vérifie si les modalités installées peuvent apporter une réponse aux besoins exprimés (cf. tableau 0) par les deux catégories d'acteurs de la relation pédagogique (stagiaires et internes) :

- le premier besoin concerne l'accompagnement des stagiaires ;
- le deuxième besoin concerne l'évaluation de leurs apprentissages ;
- le troisième besoin concerne les objectifs de formation et la formalisation des compétences attendues ;
- les internes évoquent un besoin supplémentaire, non évoqués par les stagiaires. Ce quatrième besoin concerne le transfert des apprentissages de la faculté au terrain clinique.

Concernant le premier besoin – accompagnement des apprentissages – les stagiaires sont accompagnés par des médecins du service de G-O, par des internes G-O, par des formateurs en communication clinique et par l'intervenante pédagogique qui accompagne les exercices de posture réflexive. Toutefois, aucune formation à l'accompagnement réflexif (modalité 5) n'est organisée tant le temps manque aux accompagnateurs assignés tous à des postes de travail différents, sinon en congé après un lendemain de garde. En ce qui concerne l'accompagnement des accompagnateurs lors des *midis pédagogiques*, celui-ci a fonctionné pendant la première année du dispositif mais, l'année suivante, année de ce constat, de moins en moins d'internes étant présents, il a été annulé. Dans le même sens, une proposition d'organisation d'une formation à la pratique réflexive destinée aux accompagnateurs (internes/superviseurs) n'a pas abouti. Néanmoins, la planification des postes de travail (mod. 6) permet aux stagiaires de « trouver leur place » au sein du service G-O dès le début du stage.

Concernant le deuxième besoin – évaluation des apprentissages –, les fiches d'auto-évaluation sont utilisées par les stagiaires et par les

accompagnateurs au cours du stage G-O ainsi que par le responsable de l'examen de G-O à la fin du stage (mod.4). Un processus d'auto-évaluations/co-évaluations/auto-régulations des apprentissages est soutenu par l'outil *log book* (mod.3) lors des rencontres avec des accompagnateurs. La chronologie des *feedbacks* est clairement expliquée, étape par étape, dans les livrets pédagogiques (mod.1). Toutefois, « l'évaluation à la moitié du stage » n'a pas pu être organisée comme ils l'auraient souhaité.

À propos du troisième besoin – objectifs de formation et formalisation de compétences attendues –, la formulation des objectifs de formation dans les livrets pédagogiques (mod. 1) ainsi que l'utilisation du référentiel de compétences (mod. 7) répond à la demande des stagiaires. Ainsi, ils savent « ce que l'on attend d'eux », du début jusqu'à la fin de leur stage. L'utilisation du référentiel de compétences aide à savoir où ils vont lorsqu'on prend le temps de les guider lors de sa lecture.

Concernant le quatrième besoin – transfert des apprentissages –, les ateliers APR et ACC (mod. 2) ainsi que l'outil *log book* (mod. 3) représentent non seulement des espaces de travail structurant les exercices de pratique réflexive individuelle mais aussi des espaces de partage réflexif fournissant un support concret aux échanges et aux controverses entre les différents acteurs, notamment entre les accompagnateurs et les stagiaires mais aussi entre les stagiaires eux-mêmes. Le stagiaire y est amené à identifier ses apprentissages : « ce que j'ai retenu du développement de la situation que j'ai choisi de décrire » ; « ce qui me manque encore pour pouvoir gérer ce type de situation ».

Le deuxième constat vérifie si les conditions favorisant ce quatrième besoin – le transfert des apprentissages – ont été mises en place. La grille de critères fondée sur l'AECA a été proposée comme élément indicateur : quel accompagnement pour quel apprentissage et dans quel contexte ? Chaque point de l'AECA (*les références aux tableaux sont numérotées en italique*) est repris dans deux tableaux proposés dans le chapitre 1 (section II. chapitre 1) : tableau 1 (contextualisation des apprentissages ;T1) et le tableau 2 (compagnonnage cognitif ;T2).

À propos du tableau 1 (T1) : deux compétences (T1 point 2) prédéfinies avec les acteurs de G-O servent de point d’ancrage à l’apprentissage. Grâce à la planification des postes de travail, le principe de l’authenticité des situations d’apprentissages est renforcé. Le stagiaire a l’occasion de *vivre des situations complètes et complexes (T1 point 3)*, d’organiser des *contenus pluridisciplinaires (T1 point 4)*, de *vivre des situations-problèmes multidimensionnelles (T1 point 5)*, de *vivre des situations-problèmes diversifiées (T1 point 6)* et de *rechercher des interprétations multiples (T1 point 7)*, voire de poser des diagnostics cliniques. Le travail réparti sur différents espaces cliniques (bloc d’accouchement, consultations, bloc d’opérations, urgences, etc.) d’un même service procure aux stagiaires un maximum de probabilités de transfert de leurs connaissances, de leurs postures et de leurs capacités cliniques acquises antérieurement. Le critère relatif au *vécu en contexte de mobilisation authentique (T1 point 1)* est alors également identifié. La formulation de livrets pédagogiques envoyés aux stagiaires clarifie le contexte d’apprentissage dans lequel ils vont vivre ainsi que les postures à adopter en miroir à la posture de l’accompagnateur pour faciliter l’appropriation des compétences requises.

À propos du tableau 2 (T2) : tout au long du parcours de stage, les accompagnateurs proposeraient aux stagiaires de s’initier à l’apprentissage réflexif en s’exerçant à *l’articulation des connaissances (T2 point A1)*, à *la réflexion sur l’action (T2 point A2)* et à *la généralisation-discrimination des situations d’apprentissage vécues (T2 point A3)* grâce à certains outils (*log book*, carte conceptuelle, jeux de rôle, vidéo, analyse d’incidents critiques, etc.). La posture de *coaching (T2 point B1)* serait adoptée par l’accompagnateur lors de l’aide à la formulation des objectifs d’apprentissage à atteindre par le stagiaire. Le *coaching (T2 point B1)* est présent par la valorisation des capacités d’organisation et de prise de responsabilités des stagiaires vis-à-vis de leur propre stage (planning des gardes, planning des *feedbacks*, partage réflexif, recherche scientifique, etc.). Ils pourront alors transférer et développer ces capacités sur différents terrains cliniques et, surtout, s’identifier à des acteurs agissant sur un terrain professionnel qui est déjà le leur, en favorisant le développement d’un savoir-agir et d’un savoir-réagir. L’accompagnement réflexif pourrait être identifié par les postures adoptées par les accompagnateurs : *coaching (T2 point B1)*, *scaffolding (T2 point B2)*, *modélisation (T2 point B3)* et *fading (T2 point B4)*.

Ces deux constats permettent de conclure que les critères de l'AECA associés à l'authenticité du contexte des situations d'apprentissage (T1) sont bien inscrits dans les modalités du dispositif installé (deuxième constat). L'apprentissage réflexif (T2 points A) a pu être organisé lors des ateliers ACC et APR par des intervenants (psycho-pédagogue et psychologue clinicien) formés à la pédagogie des adultes. Néanmoins, il est plus difficile d'inscrire les critères associés à l'accompagnement réflexif qui pourraient être adoptés par les internes et par les superviseurs (T2 points B) au sein du dispositif (premier et deuxième constats). Ce point d'accompagnement (B) des apprentissages (A) des stagiaires nécessite un travail sur le changement d'attitudes des acteurs qui demandent encore à être sensibilisés progressivement à ce type d'approche pédagogique. Nous pensons que tout dispositif réflexif, aussi élaboré soit-il à travers ses modalités, restera inabouti si les acteurs ne se sentent pas concernés par les nouvelles (re)sources pédagogiques que sont l'apprentissage du transfert (A) et l'accompagnement des apprentissages (B). Cela étant dit, le dispositif possède le potentiel pour fournir l'occasion aux stagiaires de « trouver leur place » et de « savoir ce que l'on attend d'eux ».

## 6. Conclusion

Les stages cliniques constituent un enjeu majeur de la formation des médecins. Cependant, des faiblesses ayant été pointées sur les lieux de stage de G-O de la faculté de médecine de Liège, un projet de dispositif a été planifié dès l'année 2007-2008. Dès lors, des analyses de besoins au projet ont guidé l'implantation d'un dispositif réflexif sur le terrain expérimental du Centre Hospitalier Régional de Liège (CHRCitadelle). Les stages cliniques des stagiaires de 3<sup>e</sup> master en G-O ont été (re)structurés, tout en s'inspirant des besoins exprimés et des deux principes du cadre conceptuel de l'AECA, et cela dès l'année d'implantation du dispositif en 2008-2009. Le principe de l'authenticité *des situations d'apprentissage* et le principe de l'accompagnement *des apprentissages* constituent deux conditions *sine qua non* facilitant l'appropriation des compétences professionnelles.

Ainsi, le dispositif réflexif propose aux stagiaires sept modalités pédagogiques : des pistes d'accompagnement et d'apprentissage réflexifs,

des situations cliniques authentiques, des processus d'évaluation, un référentiel de compétences, des postes de travail, des ateliers de formation, des outils de travail participatif ainsi que la rédaction d'un *log book* (carnet de bord). Ces modalités ont été définies pour que le stagiaire puisse mener à bien le parcours d'appropriation d'un savoir-agir et d'un savoir-réagir en situation clinique authentique. La finalité de ce dispositif est de former des jeunes médecins capables de répondre aux attentes et aux craintes des patients, mais aussi de répondre à la dynamique de changement de la société dans laquelle ils travailleront demain. Pour atteindre cette finalité, la priorité de ce dispositif réflexif est de susciter le transfert des acquis d'apprentissages par l'exercice d'une posture réflexive favorisant l'articulation entre les lieux d'apprentissage *in vitro* (en laboratoire facultaire) et *in vivo* (en stages cliniques), tout en répondant aux exigences de la profession (3.1) et aux besoins exprimés par les acteurs du terrain clinique (3.2).

Actuellement, quatre terrains cliniques sont impliqués dans ce projet, dont le site expérimental du CHRCitadelle bénéficiant de la globalité des modalités pédagogiques. Le projet s'est construit progressivement sur une période de sept années, selon un processus parfois lent, parfois à l'arrêt, parfois très stimulé par des facteurs internes au contexte de stage (motivation des accompagnateurs et enthousiasme des stagiaires) ou externes au contexte (subsidés et soutien institutionnel). Comme lors de toute mise en place d'un changement de postures, d'attitudes ou lors d'un plus simple changement de structures organisationnelles, les bénéfices du dispositif se sont révélés petit à petit sur un moyen et sur un long terme. Des effets immédiats à court terme n'étaient pas attendus car, dans un tel projet, le changement ne peut s'installer que par touches progressives, évoluant ainsi au gré du contexte d'implantation et de ses acteurs. Le temps facilite l'ancrage et la gestation de nouvelles conceptions et de nouvelles habitudes. De plus, même si le dispositif est résolument rigoureux, il est aussi ajusté régulièrement de manière à rester dynamique et fluide. Aussi reste-t-il flexible aux exigences du contexte et à l'identification de nouveaux besoins de ses acteurs. Un processus d'évaluations systématiques approfondies sera présenté ultérieurement

dans                    trois                    autres                    articles                    :

- 1°. article : analyse des perceptions des stagiaires G-O à propos du dispositif (Vierset, Frenay, Collard & Giet, proposé à *Pédagogie Médicale*) ;
- 2°. article : analyse des postures d'accompagnement adoptée par les accompagnateurs vis-à-vis des apprentissages des stagiaires (Vierset, à paraître dans *Analyses Inductives*) ;
- 3°. article : analyse des traces d'apprentissage présentes dans les *log books* des stagiaires (Vierset & Guillemette, à paraître dans *Analyses Inductives*).

Au niveau de la faculté de médecine de Liège, depuis 2013-2014, les stages sont organisés autour du *log book* et de la pratique réflexive dans deux autres départements du CHU-ULg : neuro-psychiatrie (Scantamburlo, Anseau, Bonnet & Vierset, 2014) et néo-natologie. Ce travail pourrait s'étendre aux stages d'autres disciplines médicales. De même, les cours communiqués en faculté pourraient se construire sur le même axe de développement d'une pratique réflexive accompagnée, comme le fait, depuis 2010-2011, le cours de médecine palliative (Giet, Massart, Deum & Brichant, 2012) proposé aux étudiants de 3<sup>e</sup> master. Ce fait est intéressant, car il souligne que le questionnement qui était à la base de ce projet de restructuration des stages de G-O n'est pas isolé mais partagé par d'autres enseignants, au sein de la même institution. Installer des modalités pédagogiques destinées à faire (ré)agir les étudiants au sein de dispositifs ancrés dans des contextes authentiques est fondamental mais encore faut-il qu'ils adoptent une posture réflexive dans leur quotidien clinique pour qu'ils aient accès à l'autonomisation de leurs apprentissages et à leur « je » professionnel.

La principale limite du dispositif se situe dans la formation des accompagnateurs réflexifs. Sa pérennité ne dépend pas que des bonnes volontés mises en œuvre jusqu'à présent. Un manque de disponibilité des principaux acteurs du terrain clinique ne laisse que peu d'espace à leur engagement pédagogique. Leur charge de travail est souvent très lourde et ne laisse guère de temps pour développer les compétences pédagogiques requises pour une approche réflexive. Pourtant, des experts en soins de

santé soulignent que les médecins sont en général trop peu formés dans ce sens, surtout quand il s'agit de spécialistes (Langevin & Hivon, 2007). Une perspective institutionnelle pourrait valoriser cet engagement pédagogique. Les médecins qui souhaiteraient s'impliquer dans ce sens bénéficieraient d'un horaire adapté en conséquence et participeraient à une formation à l'accompagnement réflexif destinée aux accompagnateurs. Cette formation poursuivrait une vocation intégrative des capacités d'ARC (exercices de construction de cartes conceptuelles relatifs aux situations cliniques vécues), des capacités d'ACC (analyses d'incidents critiques relatives aux situations cliniques vécues et exercices de communication) et de la compétence APR (exercices de posture et de pratique réflexives). Cette formation serait fondée sur l'actualisation et sur l'adoption de postures réflexives des stagiaires et des accompagnateurs.



Cette section II développe pourquoi et comment le projet d'un dispositif réflexif a vu le jour sur le parcours des stages cliniques des étudiants en médecine. Les modalités du dispositif ont été implantées tout en faisant référence aux concepts théoriques énoncés dans la section I. Cependant, le cadre conceptuel de l'Apprentissage et l'Enseignement Contextualisé Authentique (AECA) initié par Frenay et Bédard (2004) a été développé plus particulièrement lorsque s'est posée la question des critères qui pourraient identifier le caractère qualifiant et professionnalisant d'un stage clinique. Ces deux chapitres présentent, l'un la liste des différents critères que nous avons évoqués pour définir la qualité pédagogique d'un stage clinique, et l'autre, les différentes phases du projet, de l'analyse des besoins à sa mise en place sur un terrain clinique.

Afin d'identifier les effets produits par ce dispositif réflexif professionnalisant, trois recherches ont été organisées, principalement en choisissant des méthodes d'analyses qualitatives et inductives, mis à part la première recherche qui utilise une méthodologie mixte (quantitatif et qualitatif) que nous développons dans le premier chapitre de la section III.



## Section III. Recherches empiriques



Cette section III développe les questions de recherche, les méthodes d'analyse utilisées et les résultats obtenus. Les questions pour les trois recherches sont destinées à identifier les effets produits par les modalités du dispositif pédagogique professionnalisant proposées aux stagiaires. Ces recherches ont pour but d'identifier les bénéfices et les faiblesses du dispositif par rapport à la finalité de ce dispositif : faciliter l'adoption d'une posture réflexive chez les stagiaires lors de leur parcours de stages cliniques en G-O ainsi que l'ancrage d'une posture réflexive dans l'*habitus* professionnel des accompagnateurs.

Bien que les trois recherches (chapitres 1, 2 et 3) soient principalement construites sur des fondements méthodologiques qualitatifs, la recherche présentée au chapitre 1 recourt, quant à elle, à l'utilisation d'un questionnaire standardisé. Chaque chapitre présente le développement de la méthode utilisée pour chaque recherche. Voici le résumé des trois chapitres.

### **Chapitre 1. Effets du dispositif de contextualisation et d'accompagnement des apprentissages sur un site de stages cliniques. Qu'en disent les stagiaires en médecine ?**

Les questions concernant les effets du dispositif déclinées à travers la première recherche sont les suivantes :

- que peut-on tirer d'une comparaison entre les résultats du site expérimental de G-O où le dispositif réflexif a été implanté et les résultats des trois autres sites G-O pris indistinctement ?
- qu'en est-il de la contextualisation des situations d'apprentissage (cf. AECA) sur le site expérimental CHRCitadelle par rapport aux autres sites ?
- qu'en est-il de l'apprentissage et de l'accompagnement réflexifs (cf. AECA) sur le site expérimental CHRCitadelle ?
- quels sont les effets perçus par les stagiaires à propos du dispositif ? Quels bénéfices en retirent-ils ? Quels freins ont-ils rencontrés lors de ce parcours de stage G-O ?

Le chapitre 1 présente les résultats de deux études – méthodologie mixte – effectuées sur un site expérimental. La première étude (étude 1) présente une comparaison entre le site expérimental CHRCitadelle et les autres sites du département de G-O. Elle est organisée à l'aide d'un questionnaire standardisé. Ce dernier est proposé à tous les stagiaires de 3<sup>e</sup> master de l'année en cours, sur les quatre sites d'accueil. Cette recherche est fondée sur une hypothèse formulée *a priori* : le dispositif réflexif implanté sur site expérimental donne l'occasion aux stagiaires de vivre des situations d'apprentissages cliniques authentiques tout en bénéficiant d'un accompagnement structuré et structurant. La deuxième étude (étude 2) est réalisée par la Méthode d'Analyse en Groupe (MAG, Van Campenhoutd, Chaumont & Franssen, 2005). Celle-ci est envisagée afin de confronter les données graphiques recueillies lors de l'analyse 1 aux *verbatim* de stagiaires G-O accueillis sur le site expérimental. Cette recherche est fondée sur des questionnements formulés *a posteriori* qui émergent au cours de la recherche.

### **Chapitre 2. Vers un modèle d'accompagnement réflexif. Itinéraire d'une recherche par Méthodologie de la Théorisation Enracinée (MTE)**

La question concernant les effets du dispositif déclinée à travers la deuxième recherche est la suivante :

- quelles sont les postures d'accompagnement adoptées par les accompagnateurs ? Comment les accompagnateurs intériorisent-ils leur posture réflexive ?

Le chapitre 2 propose de comprendre le vécu des accompagnateurs sur le site hospitalier expérimental CHRCitadelle à propos de leur fonction d'accompagnement des apprentissages des stagiaires de 3<sup>e</sup> master en faisant émerger les défis que cela soulève, voire les bénéfices que cela apporte. Cette recherche est réalisée par Méthodologie de la Théorisation Enracinée (MTE, Glaser & Strauss, 1967/2010) pour aboutir à un modèle d'apprentissage/accompagnement réflexifs. Cette recherche est fondée sur des questionnements formulés *a posteriori* qui émergent au cours de la recherche.

### **Chapitre 3. Vers une posture réflexive. Recueil de traces d'apprentissage formulées dans les *log books* des stagiaires en médecine**

La question concernant les effets du dispositif déclinée à travers la troisième recherche est la suivante :

- Quelles sont les postures d'apprentissage adoptées par les stagiaires ? Comment les stagiaires intériorisent-ils leur posture réflexive ?

Le chapitre 3 propose d'identifier les postures adoptées par les stagiaires lors de leur formation clinique. Cette recherche est réalisée par Méthodologie de la Théorisation Enracinée (MTE, Glaser & Strauss, 1967/2010) pour aboutir à un modèle de postures d'apprentissage adoptées par les stagiaires. Cette recherche est fondée sur des questionnements formulés *a posteriori* qui émergent au cours de la recherche





#### **Un dispositif de contextualisation et d'accompagnement des apprentissages sur un site de stages cliniques. Qu'en disent les stagiaires ?**

Depuis 2008-2009, au sein du département de Gynécologie-Obstétrique (G-O) de la faculté de médecine de Liège, la formation clinique des stagiaires de 3<sup>e</sup> master est organisée selon un dispositif d'accompagnement et de contextualisation des apprentissages. À cette période, le département est constitué de quatre sites de formation clinique. L'ensemble du dispositif est implanté plus spécifiquement sur le site expérimental du CHRCitadelle. Afin d'identifier les effets du dispositif implanté, cet article propose les résultats de deux recherches effectuées sur ce site expérimental en 2009-2010. Y sont proposées deux études – étude 1 et étude 2 – intimement liées l'une à l'autre dans le cadre d'une méthodologie mixte.

Étude 1. Une comparaison entre le site CHRCitadelle et les autres sites du département est organisée à l'aide d'un questionnaire standardisé. Ce dernier est proposé à tous les stagiaires de 3<sup>e</sup> master G-O (104 étudiants) de l'année en cours, sur les quatre sites d'accueil. Cette recherche est fondée sur une hypothèse formulée *a priori* : sur le site expérimental, le dispositif donne l'occasion aux stagiaires de vivre des situations cliniques authentiques tout en bénéficiant d'un accompagnement structuré et structurant facilitateur du développement des compétences professionnelles. Étude 2. La méthode utilisée s'inspire de la Méthode d'Analyse en Groupe ; MAG (Van Campenhoudt, Chaumont & Franssen, 2005) pour confronter les données recueillies sous forme de graphes (étude 1) aux *verbatim* de stagiaires G-O accueillis sur le site expérimental (étude 2). Cette recherche est fondée sur des questionnements qui émergent au cours de la recherche.

Les résultats pour ce qui concerne l'étude 1 sont les suivants : les données recueillies montrent un gain significatif relatif à la *contextualisation des apprentissages* sur le site du CHRCitadelle. Par ailleurs, les graphes représentant *l'apprentissage/accompagnement réflexifs* ne montrent pas de différence significative entre les sites d'accueil. Ceci est, malgré cela, en soi très positif pour le site expérimental de grande envergure accueillant de nombreux stagiaires car les résultats restent, pour la plupart des items, positifs pour le site expérimental. Les résultats de l'étude 2 précisent les résultats de l'étude 1. Ainsi, la confrontation des vécus des stagiaires (étude 2) et des résultats au questionnaire standardisé (étude 1) conforte globalement les assises pédagogiques du dispositif installé sur le site du CHRCitadelle tout en distinguant des modalités à renforcer pour ce qui concerne *l'apprentissage/accompagnement réflexifs* sur tous les sites de stages.

Vierset, V., Frenay, M., Collard, A., & Giet, D. Effets d'un dispositif de contextualisation et d'accompagnement des apprentissages sur un site de stages cliniques. Qu'en disent les stagiaires ? Article proposé pour publication à la revue *Pédagogie Médicale*. En attente d'avis pour publication.

### 1. Introduction

L'installation des pédagogies actives à la faculté de médecine de l'université de Liège se caractérise principalement par la diminution des cours *ex cathedra* en faveur de méthodes d'apprentissage par problèmes en groupes restreints avec, en l'occurrence, les APP, Apprentissage Par Problème, les ARC, Apprentissage au Raisonnement Clinique et les ARPC, Apprentissage à la Résolution de Problèmes complexes. Les APP développent chez les apprenants l'acquisition de démarches de résolution de problèmes cliniques. Les ARC ont pour but le développement des stratégies de raisonnement clinique et l'organisation efficace des connaissances. Les ARPC proposent l'investigation de problèmes multidimensionnels en intégrant les points de vue psychologique, social, religieux, éthique, etc. Ces méthodes ont été introduites petit à petit à divers niveaux du cursus d'étude. La pédagogie active qui les soutient a été largement développée dans le cadre facultaire. Cependant, si les modules de cours théoriques sont organisés en fonction des principes de la pédagogie active, les stages n'en bénéficient pas encore. Des responsables de services hospitaliers accueillant des stagiaires se posent actuellement la question de l'installation de nouveaux dispositifs pédagogiques en regard du rôle sociétal des institutions hospitalières en mutation, du développement exponentiel des connaissances médicales et de l'actualisation des compétences professionnelles à acquérir sur le terrain clinique pour exercer efficacement leur métier. Exercer les principes des pédagogies actives (Vierset, 2005) dans les lieux cliniques et construire avec les acteurs du terrain un cheminement d'apprentissage et d'accompagnement tournés vers la reconnaissance d'un étudiant partenaire ne pourront que faciliter l'adoption d'une posture réflexive. Cette posture est canalisatrice d'une dynamique de changements (Saint-Arnaud, 1999) répondant aux besoins de la société, aux besoins de la profession et aux besoins de tous les acteurs concernés, stagiaires y compris. Toutefois, ce changement, amorcé par un nécessaire changement d'attitudes psycho-sociales entre les acteurs de terrain, rencontre des réticences spécifiques à chaque lieu de stages cliniques.

Ce qui rend les choses plus délicates encore, c'est que les stages sont souvent interprétés comme des exercices d'application de connaissances apprises lors de cours théoriques. Or, ils représentent non seulement des lieux propices aux résurgences des capacités déjà acquises mais aussi des lieux d'organisation entre de nouvelles connaissances et des connaissances apprises antérieurement pour, alors, atteindre un niveau de compétence d'action et de réflexion adéquats à la résolution d'un problème donné. Comme Frenay, Jorro et Poumay (2011, p. 108) le soulignent :

« Un double mécanisme est en jeu dans le développement qui montre pour l'acteur l'importance de prendre appui sur l'environnement et, de ce fait, d'intérioriser un savoir hétérogène à son propre champ de connaissances pour en tirer parti au moment où il agit sous la forme d'une réponse adaptée à la situation. Une manière d'agir spécifique est donc créée par le sujet agissant. »

La contextualisation des situations d'apprentissages ainsi que leur accompagnement constituent des ressorts facilitant l'apprentissage du transfert des acquis d'apprentissage et, simultanément, l'acquisition de nouveaux acquis. Dans leur intégration les uns aux autres, les acquis antérieurs et les nouveaux acquis sont alors mobilisés dans le sens du développement des compétences requises à la profession. Durant cette dernière décennie, le concept de compétence rencontre un fort développement dans nos institutions francophones. Nous rappelons ici la définition de Tardif (2006, p. 22) utilisée dans le contexte universitaire de l'université de Liège : « Une compétence est définie comme un savoir agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations. » Les ressources internes correspondent aux capacités

(cognitives, socio-cognitives et affectives-relacionnelles<sup>1</sup>) déjà acquises par l'apprenant. Les ressources externes correspondent aux ressources bibliographiques et/ou aux personnes-ressources qui lui permettront d'acquérir de nouvelles capacités ou d'en développer d'autres. Une compétence est constituée de l'intégration de plusieurs capacités permettant au professionnel de savoir-agir et savoir-réagir au moment opportun dans des situations identifiées selon des paramètres communs à chacune d'elles. Par exemple, dans le cadre de ce projet, la compétence nommée « Gestion d'une consultation élémentaire en Gynécologie-Obstétrique (G-O) » a été définie par les acteurs de terrain en tant que compétence à acquérir au terme des masters. Les situations rencontrées par les stagiaires sont des consultations (primaires ou de suivi) se déroulant soit en ambulatoire, soit dans une chambre de l'hôpital, soit dans un local de soins adapté aux besoins cliniques. Les points communs à cette famille des situations de consultations cliniques sont : la mise en œuvre des stratégies d'un raisonnement clinique (1) ; la mise en œuvre des stratégies d'une communication clinique (2) ; l'exercice de procédures pratiques biomédicales et des procédures administratives (3). Ces points communs représentent les capacités intégratives de la compétence professionnelle à acquérir progressivement par l'apprenant sur son parcours de stages cliniques. Ces capacités sont elles-mêmes développées selon différentes stratégies d'appropriations : cognitives, socio-cognitives et/ou affectives-relacionnelles.

Dans sa pratique d'animation de groupes restreints (APP, ARC, ARPC, etc.), le tuteur adopte une démarche de pratique réflexive globalisante afin d'assurer l'actualisation des compétences acquises et, *a fortiori*, des

---

<sup>1</sup> *Social Cognitive Affective Neurology* (Poliakow, 2003, para. 1 & 34) : « Toutes les composantes du domaine affectif ne sauraient être envisagées de façon indépendante. Malgré les catégorisations nécessaires aux définitions, il n'y a pas d'étanchéité entre les domaines cognitif, métacognitif et affectif. L'individu en situation d'apprentissage passe continuellement d'un domaine à l'autre de façon inconsciente la plupart du temps [...]. Cognitif et affectif sont interdépendants et l'interprétation de leurs relations se conçoit comme l'activité cognitive humaine fondamentale. Cependant, on ne peut limiter ces relations à la seule interdépendance. Plus inscrites dans le mouvement, l'interpénétration et "l'inter-gestion" (que sous-tend la notion d'interdépendance) des activités affectives, imaginaires et cognitives échafaudent et organisent des représentations sous les primats pulsionnels du sujet. »

capacités qui les constituent. Dans le cadre d'un stage clinique, le professionnel clinicien est, lui aussi, invité à adopter une démarche réflexive lors de l'accompagnement des stagiaires. Dans ce cas, on parlera de posture *d'accompagnement réflexif*. Quant à eux, les stagiaires sont invités à prendre une posture *d'apprentissage réflexif* (Vierset, Frenay, Bédard & Giet, sous presse). Ces deux postures ne sont pas symétriques parce que, non seulement l'un possède des connaissances que l'autre n'a pas (encore), mais aussi parce que l'un évalue le travail de l'autre. L'adoption de ces postures s'inspire du cadre conceptuel de l'Apprentissage et l'Enseignement Contextualisé Authentique (AECA, Bédard, Frenay, Turgeon & Paquay, 2000 ; Frenay & Bédard, 2004). En deux mots, ce cadre conceptuel s'attache à développer la construction et le transfert des connaissances de manière optimale en insistant *in fine* sur le développement des compétences professionnelles et sur la pratique réflexive relative aux situations cliniques permettant de s'y exercer.

Le dispositif pédagogique installé sur un des sites de formation clinique de Gynécologie-Obstétrique (G-O) s'articule autour de ce cadre conceptuel donnant accès à la qualité formative des situations vécues par les stagiaires ainsi qu'à la qualité de l'accompagnement pédagogique facilitant les apprentissages. Les principes directeurs de l'AECA proposent des pistes opérationnelles similaires aux principes de la pédagogie active auxquels nous nous identifions. À présent, nous rappelons le contexte global de la recherche ainsi que les raisons du choix du site d'expérimentation. Ensuite, les grandes lignes du dispositif implanté (Vierset, Frenay, Bédard & Giet, sous presse) sont rappelées. Pour terminer, cet article propose les résultats d'une analyse construite sur une méthodologie mixte permettant d'établir un constat des modalités effectivement opérationnelles sur le site expérimental tout en distinguant celles qui pourraient être renforcées dans le dispositif.

### **2. Dispositif implanté sur un parcours de stages cliniques**

La formation clinique des stagiaires de 3<sup>e</sup> master est répartie en dix mois de stages obligatoires dont un mois au département G-O. Cette troisième année de 2<sup>e</sup> cycle exige une organisation urgente car elle correspond à une première immersion complète de l'étudiant dans

plusieurs cadres cliniques de différentes disciplines médicales (cardiologie, pédiatrie, médecine interne, etc.) ainsi qu'à une période de distanciation vis-à-vis des cours théoriques durant toute une année, mis à part deux jours/mois de cours organisés en faculté. En 2008-2009, un dispositif pédagogique réflexif a été mis en place sur un des quatre sites cliniques du département G-O, le site du Centre Hospitalier Régional de Liège (CHRCitadelle), site expérimental dans ce cadre de recherche. Les trois autres sites de formation clinique G-O sont regroupés sous le vocable *autres sites*.

Trois raisons ont déterminé le choix de ce site expérimental. La première correspond au nombre élevé de stagiaires : quatorze stagiaires à guider, à accompagner et à encadrer sur ce lieu de stage dont six de 3<sup>e</sup> master/mois en rotation sur tous les mois de l'année ( $\pm 6 \times 12$  stagiaires/an en G-O). La deuxième raison, très liée à la première, est la demande du responsable de département G-O de coordonner la formation clinique des stagiaires sur ce site CHRCitadelle qui, vu sa grande envergure (p. ex.  $\pm 2\,500$  accouchements/an sur ce site ;  $\pm 1\,000$  accouchements/an sur chaque autre site) éprouve des difficultés à gérer ce travail d'encadrement, d'accompagnement et d'évaluation. Et, enfin, la troisième raison est liée au fait que le site d'expérimentation représente jusqu'ici le pôle centralisateur de la formation clinique G-O de la faculté de médecine de Liège. L'examen de G-O organisé en fin de stage, les tours de salle didactiques, les Ateliers de Communication Clinique (ACC) ainsi que des Ateliers de Pratique Réflexive (APR) y sont centralisés. Les autres sites du département G-O bénéficiant d'un (parfois de deux) assistants et accueillant un (parfois deux) stagiaires ne demandent pas, de *prime abord*, une (re)structuration pédagogique car l'unique stagiaire accueilli sur ces sites a l'occasion d'accéder à tous les postes de travail du service tout en étant encadré par tous les membres de l'équipe de soins. Cela étant dit, afin d'homogénéiser la formation clinique et de ne pas défavoriser les stagiaires des autres sites, ceux-ci sont invités à participer à la plupart des modalités pédagogiques organisées sur le site CHRCitadelle tous les mardis.

L'organisation des modalités d'intervention spécifiques du terrain d'action est formulée dans l'article précédent (Vierset, Frenay, Bédard &

Giet, sous presse). Le dispositif s'organise en sept modalités pédagogiques : élaboration de livrets d'informations pratiques et pédagogiques envoyés aux futurs stagiaires (1) ; organisation d'ateliers APR et ACC (2) ; implantation de l'outil *log book* (Vierset, 2013) (3) ; accompagnement des accompagnateurs réflexifs (4) ; mise en place d'un processus d'auto-évaluations et d'auto-régulations (5) ; planification des postes de travail (6) ; utilisation d'un référentiel de compétences (7). Nous insistons ici sur la dernière modalité à partir de laquelle les autres modalités se sont élaborées progressivement, en l'occurrence le référentiel de compétences, nommé Guide d'Apprentissage et d'Accompagnement (GAA). Celui-ci est proposé aux apprenants et aux accompagnateurs afin de soutenir la formation clinique intégrée dans un contexte authentique de stage. Les apprentissages à acquérir sont formulés en référence aux compétences professionnelles préalablement définies :

- compétence 1 : « Gérer les consultations cliniques élémentaires en G-O » qui prend en compte l'intégration des capacités suivantes :
  1. ARC : Apprentissage du Raisonnement Clinique,
  2. ACC : Apprentissage de la Communication Clinique,
  3. Apprentissages des Procédures techniques (manipulation de matériel clinique), administratives (dossier du patient, demande d'examens cliniques, etc.) et biomédicales (techniques de soins et/ou d'analyses)<sup>2</sup> ;
  
- compétence 2 : « Exercer une pratique réflexive (APR) » pour savoir-agir-réagir en devenant un professionnel responsable et autonome au sein d'une communauté de praticiens. Cette compétence prend en compte l'intégration des capacités DQRpA suivantes :
  1. Description d'une prise en charge, D,
  2. Questionnement et réfléchissement à propos de l'observation de cette prise en charge, à propos des attitudes prises, à propos des représentations subjectives, à propos des ressentis évoqués par les acteurs en présence

---

<sup>2</sup> N'ayant pas eu personnellement accès à l'observation de cette capacité que doit acquérir le stagiaire lors du contact direct avec le patient, nous ne l'approfondissons pas dans le cadre de cette recherche.

c'est-à dire tout au moins le médecin, la patiente et y compris moi, le stagiaire (qu'est-ce que je me suis dit à ce moment là ? Qu'est ce qui se passe pour moi ? Quelles sont mes croyances à ce sujet ?), Q,

3. Recherche de ressources fiables (bibliographiques et/ou humaines), acquisition et transfert de savoirs avec positionnement argumenté vis-à-vis de la prise en charge observée, Rp,
4. Identification des acquis à investir dans l'action, *versus* identification des besoins d'apprentissage à combler pour gérer au mieux l'action, A.

Le service G-O du site CHR engage chaque année douze internes de niveaux d'étude différents, de la première à la cinquième année de master complémentaire. Ceux-ci représentent les principaux interlocuteurs des stagiaires sur le terrain clinique. Ils accompagnent et évaluent le travail des stagiaires sur différents postes de travail. Tous les stagiaires ont potentiellement l'occasion de travailler avec chacun d'eux au cours de leur mois de stage. Dans cet article, le terme *accompagnateur* de stage est proposé progressivement en lieu et place des termes d'*assistant* ou d'*interne* et/ou de *superviseur*. Ainsi le dispositif propose-t-il de soutenir l'*apprentissage réflexif* des apprenants sur leur parcours clinique et, symétriquement, de soutenir l'*accompagnement réflexif* proposé par leurs accompagnateurs lors de vécus de situations d'apprentissages cliniques authentiques.

Précédemment à cette recherche, l'utilisation d'une liste de critères fondés sur le cadre conceptuel de l'AECA (Vierset, Frenay & Bédard, 2015) a permis de vérifier que l'implantation des modalités du dispositif pédagogique installé répondaient au cadre conceptuel de l'AECA. Cela signifie que l'implantation du dispositif dans le cadre du terrain clinique expérimental est potentiellement bénéfique aux acteurs, à leurs apprentissages et/ou à leurs accompagnements ainsi qu'au développement de leurs compétences professionnelles. Cependant, ça ne signifie pas que les stagiaires y adhèrent dans leur quotidien clinique. C'est la raison pour laquelle cette présente recherche, fondée sur une méthodologie mixte, questionne les stagiaires, d'une part, de manière quantitative (étude 1) à propos des situations qu'ils ont vécues, à propos des occasions d'apprentissage et à propos de l'accompagnement de leur apprentissage, tout en leur demandant, d'autre part, d'exprimer en groupe restreint leur avis à ce sujet (étude 2). Cette méthodologie mixte identifie



ce que les stagiaires constatent (étude 1) et perçoivent (étude 2) du dispositif effectivement mis en place en 2008-2009.

### 3. Méthodologie mixte

La question est de savoir si le dispositif installé donne l'occasion aux stagiaires de vivre des situations cliniques authentiques facilitatrices de l'acquisition de compétences professionnelles, dont la pratique réflexive, tout en bénéficiant d'un accompagnement structuré et structurant. Autrement dit, comment vérifier s'il existe une adéquation entre le souci de développement des compétences professionnelles formulées dans le référentiel de compétences, les disponibilités d'accompagnement/d'apprentissage réflexifs et le potentiel de situations formatrices vécues par le stagiaire ?

Dans cette recherche organisée en 2009-2010, notre choix méthodologique s'est porté sur deux méthodes complémentaires, l'une quantitative, l'autre qualitative. À propos des méthodologies mixtes, Karsenti et Savoie-Zajc (2004) font remarquer qu'une vision d'une recherche globale focalisée sur une perspective intégrative du quantitatif et du qualitatif prévaut sur un positionnement épistémologique. La première méthode quantitative fondée sur un questionnaire standardisé (étude 1) donne accès à la fréquence des occasions de vivre des situations cliniques authentiques par les stagiaires. La deuxième méthode qualitative s'inspirant de la « *Méthode d'Analyse en Groupe* », MAG (étude 2) permet de questionner les résultats de l'étude 1 et de les approfondir. Au début des années 80, Van Campenhout, Chaumont et Franssen (2005, p. 90) privilégient dans leurs recherches le vécu des acteurs et leur subjectivité : « La MAG est une manière de saisir la réalité en faisant ressortir ce qui semble le plus déterminant ou le plus significatif [...] Cette méthode de recherche et d'intervention associe directement les acteurs concernés par le problème étudié à l'ensemble de la démarche de recherche, du début jusqu'à son terme. »

Les résultats de l'étude 1, présentés sous formes de graphes, sont proposés en tant que matériau d'analyse aux stagiaires lors d'entretiens en groupe réalisés dans le cadre de l'étude 2. Nous proposons ainsi une étude

fondée sur une méthodologie mixte. Concernant la méthodologie quantitative, les hypothèses seront proposées *a priori*, avant l'étude 1 (émise avant le processus de recherche). Concernant la méthodologie qualitative, les questionnements émergents formulés par les stagiaires lors de l'étude 2 (émises au cours du processus de recherche) représentent le fil rouge de l'étude. Nous explicitons maintenant la recherche réalisée grâce à ces deux méthodes en exposant pour chacune successivement, les recueils des données, les hypothèses, les questionnements et les interprétations des résultats.

### **3.1 Étude 1. Approche quantitative fondée sur un questionnaire standardisé**

L'échantillon de l'étude 1 (questionnaire standardisé) est constitué des 104 stagiaires de 3<sup>e</sup> master répartis sur quatre sites de stage clinique en G-O, dont le site expérimental – le site du CHRCitadelle – et les trois autres sites. Le questionnaire leur a été communiqué au terme du stage. Il a été complété par les stagiaires de chaque mois durant les douze mois de l'année 2009-2010 et a été rentré le jour de l'examen de G-O, à la fin du mois. L'échantillon de l'étude 2 (MAG) est constitué de deux groupes de six stagiaires G-O, volontaires du site expérimental CHRCitadelle, durant la même année et dans les mêmes conditions, sauf en ce qui concerne l'équipe d'internes qui change chaque année au début du mois d'octobre.

L'objectif de cette étude 1 est de connaître la fréquence des occasions de vivre des situations d'apprentissages cliniques authentiques par les stagiaires au sein des différents services d'accueil G-O.

#### **3.1.1 Recueils des données**

Un questionnaire standardisé est proposé en 2009-2010, c'est-à-dire un an après l'implantation du dispositif sur le site CHRCitadelle. Au terme de chaque stage mensuel, les stagiaires sont invités à compléter un questionnaire relatif à la fonction pédagogique des sites de formation clinique accueillant des étudiants de 3<sup>e</sup> master. Ce questionnaire n'est pas un questionnaire d'opinion. Au contraire, son but étant d'obtenir une photographie du lieu de stage prise par les stagiaires (avec la subjectivité

de sa prise de vue) lors de leur parcours respectif, il communique un constat de la fréquence des situations d'apprentissages vécues et non une opinion personnelle proprement dite.

Le questionnaire propose, d'une part, des questions disposées sur une échelle de 0 à N (11 niveaux) allant du 0 fois (zéro fois) au N fois (Nombreuses fois) en passant par les niveaux de 1 à 9. D'autre part, des questions proposent un choix binaire *oui/non*. Le questionnaire, rédigé avec des médecins G-O, comporte quatre pages avec en moyenne 20 items par page. Il pourrait sembler long. Toutefois, les questions exigeant très peu de temps de réponse, il est complété en 15-20 minutes. Ce questionnaire anonyme a été pré-testé par cinq stagiaires de 4<sup>e</sup> master afin de vérifier sa fidélité. Il a été validé par trois internes du service G-O. En 2009-2010, il est proposé à 110 étudiants, nombre correspondant à l'entièreté des stagiaires de 3<sup>e</sup> master, dont 70 pour le site CHRCitadelle et 40 pour l'ensemble des trois autres sites. Nous avons récolté 104 questionnaires dûment complétés. Les six questionnaires non complétés proviennent du site CHR (2) et d'un autre site (4).

La liste de critères fondés sur l'AECA (section II, chapitre 1) constitue le fondement des items utilisés dans le questionnaire standardisé. Celui-ci est construit à partir de cinq séries d'items. Les trois premières séries concernent l'authenticité des situations d'apprentissages. Y sont intégrés des items relatifs aux occasions d'apprentissage clinique dont les ARC et les ACC. La quatrième série d'items s'adresse aux occasions d'apprentissage réflexif. La dernière série porte sur l'accompagnement réflexif dont ont bénéficié les stagiaires lors des situations vécues. Les questionnaires sont distribués le jour de l'examen mensuel de fin de stage à tous les stagiaires de tous les sites. Un chercheur était présent pour répondre à leurs interrogations afin de faciliter la compréhension des items, s'il y avait lieu de le faire.

### **3.1.2 Hypothèse de recherche *a priori***

L'hypothèse de recherche, formulée *a priori*, est que le site expérimental CHRCitadelle, où le dispositif a été mis en place dans sa globalité, inscrit sur le parcours clinique des stagiaires une

contextualisation des apprentissages, une prise en charge de leurs apprentissages par les stagiaires et l'accompagnement de ces apprentissages. Autrement dit, nous faisons l'hypothèse que ce dispositif donne l'occasion aux stagiaires de vivre des situations d'apprentissages authentiques tout en bénéficiant d'un accompagnement structuré et structurant facilitateur du développement des compétences professionnelles et ce, malgré le grand nombre de stagiaires qu'il accueille et l'envergure du service à gérer quotidiennement.

### 3.1.3 Présentation des résultats

Les trois premières séries de questions proposent des items relatifs à l'analyse de l'authenticité des situations d'apprentissages. Trois graphes représentent les résultats :

- graphe 1 : Diversité des situations vécues par le stagiaire ;
- graphe 2 : Occasions d'exercice au raisonnement clinique ;
- graphe 3 : Occasions d'exercice à la communication clinique.

La quatrième série de questions concerne les occasions d'apprentissage réflexif :

- graphe 4 : Exercice de l'apprentissage de la réflexivité.

La cinquième série de questions concerne l'accompagnement réflexif :

- graphe 5 : Accompagnement des exercices réflexifs.

Chaque graphe représente les résultats recueillis sur le *site CHR*, site expérimental où le dispositif pédagogique a été mis en place. Les résultats sont comparés aux résultats obtenus sur les trois autres sites de stage de manière indifférenciée, *Autres sites*. Nous proposons pour chacun de ces graphes les interprétations correspondantes. L'analyse statistique compare les réponses aux différents items allant de 0 à N fois pour ce qui concerne les *Situations vécues par le stagiaire* (graphe 1) et les *Occasions à s'exercer au raisonnement clinique* (graphe 2). Ainsi avons-nous comparé le nombre

de situations vécues par les stagiaires en utilisant une analyse t de Student pour chaque item ainsi que pour la moyenne obtenue pour l'ensemble des items suivant le site de stage concerné. Pour les autres séries de questions relatives aux *Occasions d'exercice à la communication clinique* (graphe 3), aux *Occasions d'exercice à la pratique réflexive* (graphe 4) et à *l'Accompagnement de l'exercice réflexif* (graphe 5), la proportion de réponses *oui* aux différents items proposés a été calculée pour chaque étudiant. L'effet du site de stage sur ces trois variables a été évalué *via* un t de Student également pour lequel le seuil de significativité est généralement fixé à 5 % ( $p \leq 0,05$ ).

### 3.1.4 Interprétations des cinq graphes

Les résultats de cette recherche sont représentés sur un ensemble de cinq graphes portant le titre *Synthèse des résultats de l'étude 1*.

Grappe 1. Celui-ci présente les résultats à la question de savoir si les stagiaires vivent des situations propices à l'apprentissage en faisant référence à la liste de critères d'AECA, c'est-à-dire des situations-problèmes vécues en contexte de mobilisation authentique visant le développement des compétences professionnelles, soit complètes et complexes, soit multidimensionnelles, soit diversifiées, soit exigeant l'implication de contenus pluridisciplinaires, soit présentant des interprétations multiples. Un numéro (n) est indiqué pour chaque item en référence au critère d'AECA qui lui correspond<sup>3</sup>. En résumé, l'analyse statistique indique un effet significatif de la variable *site de stage* en faveur du CHR pour ce qui concerne le vécu de situations propices à l'apprentissage. Une différence significative est spécifiquement observée pour l'item 1 ( $t = -2,20$  ;  $p < 0,05$ ) et pour l'item 9 ( $t = -8,3$  ;  $p < 0,0001$ ). Par contre, ce n'est pas le cas pour ce qui concerne la moyenne des réponses à l'ensemble des neuf items ( $t = -0,92$  ;  $p = 0,36$ ). La différence significative entre le site CHR et les autres sites qui se remarque à l'item 1 « *J'ai été confronté à des pathologies diversifiées/singulières* » peut s'expliquer par le fait que le site CHR représente le pôle centralisateur du département de G-O du CHU-ULg au moment de la recherche, mais aussi par le fait que les

<sup>3</sup> La liste des critères d'AECA analysés est reprise sous chaque graphe correspondant.

cas cliniques jugés trop complexes ou trop délicats à gérer sur les autres sites sont acheminés vers le site CHR, site expérimental de cette étude. L'autre distinction identifiée pour l'item 9 « *J'ai été confronté à des situations d'ARC* » peut s'expliquer par le fait que, sur le site expérimental, lors des gardes de nuit ou au poste des urgences, les appels provenant des patientes doivent être gérés en première ligne par le stagiaire qui a ainsi l'occasion de faire l'anamnèse avec la patiente et de construire son raisonnement clinique avant l'arrivée du médecin de garde. Lorsque ce dernier arrive, l'étudiant formule son compte rendu de pré-consultation au médecin de garde. Ce dernier propose un *feedback* au stagiaire. Sur le site expérimental, chaque stagiaire assiste le médecin de garde pendant au minimum cinq nuits durant son mois de stage. Ainsi, les tours de gardes de nuit et le poste des urgences, où les stagiaires prennent part au travail activement, donnent plus de possibilités d'exercice complet au raisonnement clinique, sans pour autant prendre des risques pour la patiente à qui il est, prioritairement, proposé les meilleurs soins par le médecin de garde accompagnant le stagiaire.

Graphe 2. Celui-ci présente les résultats à la question de savoir si les stagiaires vivent des situations propices au développement de la capacité de raisonnement clinique (ARC), partie intégrante de la compétence : « Gestion d'une consultation élémentaire en G-O ». Il est important de savoir si les stagiaires s'y exercent dans un contexte de consultations authentiques. En résumé, l'analyse statistique indique un effet significatif de la variable *site de stage* sur les occasions de s'exercer au raisonnement clinique en faveur du CHR. Une différence significative est spécifiquement observée pour les items 1 à 7 ( $p < 0,01$ ) ainsi que pour la moyenne des réponses à l'ensemble des 11 items ( $t = 4,44$  ;  $p < 0,001$ ). Ces résultats corroborent les résultats obtenus pour l'item 9 du graphe précédent. Nous pouvons en déduire que le poste des urgences et les tours de gardes de nuit tels qu'ils sont organisés constituent un terrain d'exercice à l'ARC sur le site expérimental CHR.

Graphe 3. Celui-ci présente les résultats à la question de savoir si les stagiaires vivent des situations propices à l'apprentissage de la capacité de communication clinique (ACC), partie intégrante de la compétence : « Gestion d'une consultation élémentaire en G-O ». Il est important de

savoir si les stagiaires s'y exercent dans un contexte de consultations authentiques. En résumé, l'analyse statistique indique un effet significatif de la variable *site de stage* sur les occasions à s'exercer à la communication avec la patiente. En effet, une différence significative présente une proportion plus élevée de « oui » à l'ensemble des items 1 à 15 ( $t = 3,8$  ;  $p < 0,001$ ) sur le site CHR (90,9 %) que sur les autres sites (78,3 %). Pour chaque item, la comparaison est favorable au CHR, mis à part pour l'item 3 « *Exploration du dossier de la patiente* » très faiblement inférieur aux autres sites qui, en l'occurrence, atteignent 100 % pour ce seul item. Nous pouvons déduire de ce graphe que le dispositif mis en place sur ce site propose effectivement l'exercice de la capacité communicationnelle, et plus particulièrement pour ce qui concerne les items de 10 à 15 correspondant à des exercices généralement moins sollicités jusqu'ici chez le stagiaire en formation.

Graphe 4. Celui-ci présente les résultats à la question de savoir si les stagiaires vivent des situations propices à l'apprentissage réflexif. La référence des items aux critères d'AECA est indiquée entre parenthèses (An). Autrement dit, le stagiaire a-t-il pu s'exercer à prendre une posture d'apprentissage réflexif l'incitant à articuler ses connaissances (A1), à adopter une posture réflexive par rapport à ses observations ou à ses actions (A2) et à généraliser, *versus* à discriminer, les situations d'apprentissage vécues (A3) ? En résumé, l'analyse statistique indique qu'il n'y a pas d'effet significatif de la variable *site de stage* sur les occasions d'exercice à la pratique réflexive pour l'ensemble des items 1 à 18 ( $t = 1,5$  ;  $p = 0,14$ ). Cependant, la proportion des réponses « oui » à l'ensemble des items est légèrement supérieure sur le site CHR (87,6 %) à celle des autres sites (83,2 %). Nous pouvons considérer que ces résultats sont en faveur du site expérimental car on pouvait, au contraire, s'attendre à un résultat négatif pour le site de grande envergure qu'est le CHR. Ainsi, le site CHR accueille un grand nombre de stagiaires à qui il offre tout autant que les autres sites des occasions d'exercice à l'apprentissage réflexif. Par ailleurs, ce graphe montre pour l'ensemble des items des résultats très élevés sur tous les sites, mis à part pour les items 16 « *Exercices d'auto-évaluation (A2)* » et 18 « *Échanges avec autres stagiaires sur les cas vécus (A2)* », tout en indiquant en l'occurrence, des résultats beaucoup plus élevés sur le site expérimental CHR pour ces deux items que sur les

autres sites. Sur tous les sites, l'item 17 est très faiblement représenté « *Exercice de formulation de mes questionnements réflexifs (A2)* ». Toutefois, le site CHR montre aussi de meilleurs résultats pour cet item (10 % en plus que sur les autres sites). Ainsi, ces résultats sont également favorables au site CHR puisqu'ils se démarquent positivement des autres sites pour ce qui concerne l'exercice d'une pratique réflexive (A2).

Graph 5. Ce graphe présente les résultats à la question de savoir si les stagiaires sont accompagnés selon les critères d'accompagnement proposés par l'AECA. La référence des items aux critères d'AECA est indiquée entre parenthèses (Bn). Autrement dit, la posture d'accompagnement faisait-elle référence au *coaching* – soutien du développement des compétences (B1) –, au *scaffolding* – échafaudage des apprentissages (B2) –, au *modeling* – modélisation des apprentissages (B3) – ou au *fading* – distanciation progressive de la supervision (B4) ? En résumé, l'analyse statistique indique qu'il n'y a pas d'effet significatif de la variable *site de stage* sur l'accompagnement lors des occasions d'exercices réflexifs pour l'ensemble des items de 1 à 14 ( $t = -1,6$  ;  $p = 0,10$ ). Ce graphe montre une proportion des réponses « oui » à l'ensemble des items légèrement inférieure sur le site CHR (70,6 %) à celle des autres sites (78,3 %). Les explications sont similaires à celles du graphe 4 en raison des liens qui l'unissent à ce graphe 5. Il nous semble utile de préciser que si le processus de maturation de la pratique réflexive est lent et progressif chez les stagiaires, il l'est tout autant pour les internes, peu sensibilisés à cet aspect d'accompagnement jusque-là. Cela étant dit, le principe d'accompagnement est très bien représenté sur tous les sites (entre 80 et 95 %), et particulièrement pour l'item 1 « *Soutien pour construire ma propre solution à une situation clinique médicale difficile (B2)* », l'item 10 « *Explication sur la manière dont les superviseurs ou les internes raisonnaient eux-mêmes (B3)* », l'item 12 « *Relations rassurantes et valorisantes (B1)* », l'item 13 « *Satisfaction globale* » et l'item 14 « *Stage conseillé à d'autres étudiants* », y compris pour le site CHR qui présente un résultat très légèrement plus faible pour chaque item. Encore une fois, comme pour les autres graphes, nous pouvons considérer ces résultats comme positifs au vu de l'envergure du site expérimental, du nombre de stagiaires à gérer et de la complexité des situations cliniques.



L'étude 1 propose un constat quantitatif relatif à l'année 2009-2010 révélé par les stagiaires des quatre sites de 3<sup>e</sup> master. Elle informe sur bien des questions que nous sommes posées dont celle de la contextualisation et de l'accompagnement des apprentissages: quelles situations d'apprentissage clinique vivent les stagiaires? Y participent-ils activement? Donnent-elles accès à l'exercice des compétences pré-définies dans le référentiel? Etc. Cette étude 1 propose un constat très positif concernant les modalités effectivement opérationnelles sur le site expérimental CHRCitadelle lorsqu'on fait référence au principe d'authenticité des situations d'apprentissages de l'AECA car les résultats présentent une différence significative en faveur du site CHR. Par contre, lorsqu'on fait référence au principe d'apprentissage/accompagnement réflexifs de l'AECA, les résultats ne présentent pas de différence significative. Malgré cela, au vu des faibles écarts de proportions entre les sites, ce constat est en soi positif au vu de la grande envergure du site expérimental, de la complexité des situations vécues et du grand nombre de stagiaires à gérer. Cela étant dit, bien que les graphes donnent un reflet très positif en ce qui concerne l'accompagnement et l'apprentissage réflexifs pour tous les sites, il nous paraît judicieux de questionner à nouveau ces données afin de les approfondir et/ou de les préciser. La deuxième étude (étude 2) envisagée apporte cet autre regard. Il est porté par des stagiaires du site CHR sur les résultats obtenus grâce au questionnaire standardisé de l'étude 1.

### **3.2 Étude 2. Approche qualitative par la Méthode d'Analyse en Groupe (MAG)**

Cette étude 2 s'est construite sur le site CHR, durant l'année 2009-2010, même année que l'année de l'étude par questionnaire standardisé. Deux groupes (X) et (Y) de six stagiaires ont été constitués avec des volontaires de 3<sup>e</sup> master en stage sur le site CHR. Le premier groupe a été organisé en septembre 2009 (X) et le deuxième en avril 2010 (Y). Ces groupes ont été accompagnés par deux équipes d'internes différentes, l'une intervenant sur le site CHR d'octobre 2008 à septembre 2009, et l'autre y intervenant d'octobre 2009 à septembre 2010 selon la rotation organisée par année académique en master complémentaire G-O. Ainsi, même si *a priori* ils font partie du même groupe d'acteurs sociaux, les deux

groupes de stagiaires X et Y se différencient car ils ont été accompagnés par deux équipes d'internes différentes.

L'objectif de cette étude est de confronter les données recueillies lors de l'étude 1 (graphes) en les précisant et en faisant ressortir ce qui semble le plus déterminant ou le plus significatif pour les stagiaires du site expérimental CHR.

### 3.2.1 Recueil des données

La MAG privilégie l'organisation de débats successifs structurés selon une procédure précise afin de confronter et de récolter des positionnements des membres d'un groupe de travail. Concrètement, une problématique est proposée aux membres du groupe concerné. Une dynamique de groupe se crée entre les différents acteurs sociaux ayant des représentations et des objectifs de développement professionnels différents (p. ex., des médecins, des infirmières, des secrétaires et des assistants sociaux travaillant dans le même hôpital). Il leur est demandé à tour de rôle de raconter des faits qui les ont marqués et ce qu'ils en pensent. Les autres participants proposent tour à tour leur analyse personnelle des faits évoqués. Les auteurs de la MAG nomment ce travail *présentation de micro-récits* (Van Campenhoudt *et al.*, 2005, p. 67). Un premier récit est proposé par un participant puis par un deuxième puis par un troisième et ainsi de suite. Au fur et à mesure du travail, avec l'accord du groupe, le chercheur retranscrit sur un tableau de synthèse les *convergences* et les *divergences* émergeant des différents points de vue. Van Campenhoudt *et al.* (2005, p. 185) insistent : « L'attention aux contradictions est extrême : c'est à travers la diversité des interprétations du récit que les divergences sont appréhendées, ce qui suppose la diversification des points de vue à l'intérieur du groupe. » En plus de la mise en controverse fondée sur une dialectique du sujet abordé, la méthode poursuit également l'objectif de l'émergence de perspectives pratiques pour améliorer le système.

Au cours de cette étude 2, la recherche de *convergences* et de *divergences* est construite à partir des *micro-récits* que les graphes évoquent chez les stagiaires. Dans ce cadre d'analyse, ceux-ci sont

considérés comme des experts de leur vécu en formation clinique : « Leur expertise est sollicitée et enrichit la vision des chercheurs mais le dispositif permet aussi aux acteurs d'enrichir leur propre vision de leurs pratiques [...] la confrontation (plutôt que l'agrégation) des perspectives élargit la vision de chacun. » (Van Campenhoudt *et al.*, 2005, p. 185) Cette étude 2 respecte les principes généraux de la méthode MAG, car elle procède par recueils de données successifs et par analyses successives des données tout en respectant l'approche de confrontation sociale permettant d'identifier les *convergences* et les *divergences* entre les groupes d'individus exerçant différentes fonctions dans l'institution. Ce qui diffère dans cette étude 2, c'est la non-organisation systématique de prises de parole des individus du groupe suggérées par la MAG. Dans ce cadre-ci, les stagiaires prennent la parole quand ils le souhaitent. Ce qui est priorisé dans cette étude 2, ce sont les points de vue divergents/convergents que les stagiaires formulent à propos des graphes construits lors de l'étude 1.

Les cinq graphes de données recueillies par questionnaires standardisés au cours de la recherche quantitative (étude 1) ont été soumis, *primo* au point de vue des participants de chaque groupe pris séparément (X) et (Y) et, *secundo*, à la confrontation cognitive des participants des deux groupes pris ensemble (X et Y). Les débats portent sur les graphes présentés successivement. Lors d'un processus de controverses successives, les stagiaires se mettent d'accord sur le choix des *verbatim* à transcrire dans le tableau de synthèse par le chercheur. Si les participants ne sont pas d'accord entre eux lors de la transcription des *verbatim*, ils précisent, reformulent, complètent ou ajustent afin d'y arriver sous une forme consensuelle autant que possible. Il est important que tous se reconnaissent dans cette synthèse et y retrouvent le sens de leurs propos. L'important n'étant pas de savoir ce que chaque groupe a dit mais de savoir ce qui est né lors de la confrontation des deux groupes. L'idée soutenue est de faire émerger des points de vue qui s'opposent ou non (divergents ou convergents) relatifs aux vécus des stagiaires lors de leur formation clinique.

### 3.2.2 Questions émergeant au cours de la recherche

Lors d'entretiens en groupe, il est proposé aux stagiaires d'échanger leurs points de vue lors de la mise en confrontation des graphes (étude 1) à leurs vécus cliniques (étude 2). Des questions émergent du vécu des stagiaires au cours de la recherche. Celles-ci sont notées au terme de chaque réunion. Elles constitueront le point de départ pour les entretiens suivants, au terme desquels seront formulées de nouvelles questions et ainsi de suite jusqu'à l'élaboration d'une synthèse consensuelle.

### 3.2.3 Présentation des résultats

Les *verbatim* les plus représentatifs évoqués lors d'une rencontre conflictuelle – au sens cognitif du terme – entre les participants des deux groupes (X et Y) sont présentés sous la forme d'un tableau *Synthèse des résultats de l'étude 2* où figurent Groupe X et Groupe Y en intitulé de deux colonnes. Il est présenté en annexe. Le chercheur souligne dans deux colonnes centrales les « Convergences/Divergences entre groupe X et groupe Y » et les « Convergences/Divergences entre ce qui est dit et les graphes » en fonction des thèmes proposés par les participants. Le signe « ≈ » signifie qu'il existe une convergence de points de vue entre le groupe X et Y. Dans ce cas, les points de vue se renforcent et se complètent. Le signe « ≠ » signifie qu'il existe une divergence de points de vue entre les deux groupes X et Y. Dans ce cas, les points de vue s'opposent, voire se révèlent complètement contradictoires. Les mêmes signes sont utilisés lorsqu'il y a convergence ou divergence entre le graphe évoqué et les *verbatim* des stagiaires. Les graphes constituent un catalyseur de débats très intéressant sans être une source d'inspiration permanente pour les stagiaires oubliant parfois, lors de la discussion, ce matériau proposé au départ. Au terme des deux premières réunions, des questions émergent du vécu des stagiaires. Elles seront rappelées par le chercheur au début de la troisième réunion rassemblant les groupes X et Y<sup>4</sup>. Dans le cadre de cette recherche, ces questions servent de guide d'animation du groupe si le

---

<sup>4</sup> Exemples de questions notées dans la synthèse : « Quelle est la place du stagiaire par rapport au médecin ? Qu'est-ce que je dois apprendre ici ? Qu'est-ce que l'accompagnateur pourrait faire pour accompagner vraiment et pour évaluer vraiment ? » Etc.

groupe s'éloigne des graphes qui sont proposés en tant que questionnement de départ.

Points de vue des stagiaires du site expérimental au sujet du graphe 1. Au terme du travail de mise en commun des deux groupes X et Y, les participants ont retenu trois thèmes. Ceux-ci sont formulés dans la colonne de gauche du tableau de synthèse. Les données représentées par le graphe 1 *Diversité des situations cliniques vécues* ne sont pas contredites par les stagiaires. En effet, les stagiaires soulignent que la répartition systématique des postes de travail (bloc d'accouchement, bloc opératoire, urgences, fécondation *in vitro*, soins intensifs, etc.) ainsi que les gardes de nuit leur permettent d'envisager les différentes réalités du terrain G-O ainsi que les rôles qu'on leur a attribués à chaque poste de travail : « On est pris au sérieux ! » Ils ajoutent qu'ils ont été confrontés à des situations leur donnant l'occasion de réaliser quelques fois un ARC de bout en bout (cf. item 9). Ces éléments font référence au principe de contextualisation de l'AECA.

Points de vue des stagiaires au sujet du graphe 2. Au terme du travail de mise en commun des deux groupes X et Y, les participants ont retenu deux thèmes. Ceux-ci sont formulés dans le tableau de synthèse. Les données représentées par le graphe 2 *Occasions d'exercice au raisonnement clinique* ne sont pas contredites par les stagiaires des deux groupes même si les *verbatim* retenus en synthèse sont différents. En effet, les stagiaires soulignent qu'ils ont de nombreuses occasions de s'exercer à l'ARC surtout lors de leur prestation aux urgences et aux gardes de nuit lorsqu'ils ont la « possibilité de faire à la place de l'assistant ». Parfois, ils ont l'occasion « d'aller jusqu'au bout du processus d'ARC » mais « pas souvent ». Ils réalisent généralement les premières phases d'ARC sans avoir l'occasion d'aller jusqu'au bout (cf. items de 1 à 9). Ces éléments font référence à une des capacités (cf. ARC) de la compétence « Gérer une consultation élémentaire en G-O » formulée dans le référentiel, et donc au principe de contextualisation des apprentissages de l'AECA.

Points de vue des stagiaires au sujet du graphe 3. Au terme du travail de mise en commun des deux groupes X et Y, les participants ont retenu trois thèmes. Ceux-ci sont formulés dans le tableau de synthèse. Les données

représentées par le graphe 3 *Occasions d'exercice à la communication clinique* ne sont pas contredites par les stagiaires des deux groupes. En effet, les stagiaires soulignent qu'ils ont eu l'occasion de prendre en charge la communication avec la patiente, d'écouter et de reformuler ce qu'elle a dit (cf. item 6). Ils ont pu aussi s'exercer à la « décentration de soi » pour chercher à construire avec la patiente sa propre prise en charge (cf. item 11) et à « écouter son point de vue ». Ces éléments font référence à une des capacités (cf. ACC) de la compétence « Gérer une consultation élémentaire en G-O » formulée dans le référentiel, et donc au principe de contextualisation des apprentissages de l'AECA.

Points de vue des stagiaires au sujet du graphe 4. Au terme du travail de mise en commun des deux groupes X et Y, les participants ont retenu quatre thèmes. Ceux-ci sont formulés dans le tableau de synthèse. Les données représentées par le graphe 4 *Occasions d'exercice à la pratique réflexive* ne sont pas contredites par les stagiaires des deux groupes y compris pour l'item 16 « *Exercice à l'auto-évaluation (A2)* » et l'item 17 « *Exercice de formulation de mes questionnements réflexifs (A2)* » également très faiblement représentés l'un comme l'autre lors de l'étude 1. Toutefois, contrairement aux autres graphes, les stagiaires se sont vite éloignés des résultats présentés sur ce graphe 4. En effet, les stagiaires préfèrent souligner que les ateliers APR et ACC sont envisagés comme « des espaces de paroles et d'échanges », que le *log book* leur donne le sentiment « d'en savoir plus » et que l'examen oral « est sans surprise ». Ils ajoutent que le référentiel de compétences « aide à s'auto-évaluer » bien que « ce ne soit pas gagné ! ». Ils soulignent qu'« ils ne sont pas habitués à ça ! », ni à l'exercice de la pratique réflexive, ni à la manière de l'exprimer au sein d'une communauté de praticiens cliniques : « c'est délicat de dire ce que l'on pense ». Les critères d'AECA, articulation des connaissances (A1) et généralisation/discrimination des situations d'apprentissages (A3) ne sont pas repris dans la synthèse réalisée entre les deux groupes. Or, ces deux aspects sont fortement représentés sur les graphes de l'étude 1, et ce pour tous les sites, y compris le site CHR. On peut donc être interpellé par une absence de ces critères dans l'étude 2. Car, en regard de leur importance dans l'apprentissage, cela soulève la question de savoir s'ils sont effectivement opérationnels sur le terrain de

stage. L'analyse du graphe 5 suivant peut donner des éléments de réponse à cette question.

Points de vue des stagiaires au sujet du graphe 5. Au terme du travail de mise en commun des deux groupes X et Y, les participants ont retenu cinq thèmes. Ceux-ci sont formulés dans le tableau de synthèse. Toutefois, les stagiaires ne se sont pas toujours inspirés des items représentés sur le graphe 5 *Accompagnement lors des exercices de questionnements réflexifs* car ils ont préféré aborder d'autres thèmes. Les deux groupes X et Y soulignent une convergence de points de vue entre eux pour ce qui concerne les postures d'accompagnement en soulignant que le *scaffolding* (B2, échafaudage progressif d'une stratégie thérapeutique ou d'un raisonnement) était une posture adoptée quotidiennement par les accompagnateurs. Pour ce qui concerne le *fading* (B4, distanciation progressive de la supervision), les stagiaires proposent d'« avoir le temps d'assimiler » avant de pratiquer par eux-mêmes et, plus particulièrement, ils demandent la formulation d'« un *memo* pour les guider aux urgences ». Pour ce qui concerne le *modeling* (B3, modélisation des situations vécues), les stagiaires proposent l'organisation de « discussions de synthèses » ou la conception de « cartes conceptuelles » relatives à des cas plus complexes vécus pendant le stage. Ceci pourrait expliquer le fait que les stagiaires n'ont pas mentionné, ni l'articulation des connaissances (A1), ni la généralisation/discrimination des situations d'apprentissages (A3), lors de l'analyse du graphe 4. En résumé, on constate donc ici une nette divergence entre le point de vue des deux groupes X et Y réunis, et le graphe 5 construit lors de l'étude 1.

Pour ce qui concerne les deux derniers thèmes s'apparentant au *coaching* (B1, *feedbacks*, régulation, évaluation) il y a divergence de points de vue entre les deux groupes, marquée par des positions très tranchées des étudiants se focalisant sur le processus d'évaluation de leurs compétences. En effet, les stagiaires du groupe X préfèrent souligner la disponibilité des internes à leur égard ainsi que le sentiment de valorisation qu'ils en retirent. Par contre les stagiaires du groupe Y préfèrent souligner que la personnalité des différents acteurs organise un système de relations interpersonnelles pouvant favoriser certains stagiaires et en défavoriser d'autres. Ceux-ci sont en demande de plus de

*feedbacks* approfondis au cours du stage ainsi que du respect des critères indiqués sur la grille d'évaluation du stage lorsque les accompagnateurs se réunissent pour évaluer ensemble le travail réalisé en stage et l'acquisition des compétences des stagiaires. Ces résultats contradictoires peuvent venir du fait que les internes n'étaient pas les mêmes pour l'accompagnement des deux groupes de stagiaires X et Y.

En résumé, cette étude 2 renseigne sur l'apport des postes des urgences et des tours de garde qui est souligné très positivement par les stagiaires car ils s'engagent dans une action très concrète allant dans le sens d'une contextualisation des apprentissages (cf. points de vue à propos des graphes 1, 2 et 3). Pour ce qui concerne l'apprentissage réflexif (cf. points de vue à propos du graphe 4), le point de vue des stagiaires souligne une convergence avec les items 16 « *Exercices d'auto-évaluation* » et 17 « *Exercices de formulation de mes questionnements réflexifs* » également faiblement représentés sur le graphe 4 de l'étude 1. Pour ce qui concerne l'accompagnement réflexif (cf. point de vue à propos du graphe 5), la posture de *scaffolding* est reconnue et très appréciée des stagiaires. Par contre, en ce qui concerne les postures de *fading* et de *modeling* les stagiaires des deux groupes proposent qu'il y ait des ajustements à leur sujet. Pour ce qui concerne le *coaching*, les processus d'évaluations et de *feedbacks* opposent les deux groupes X et Y. Ce dernier montre un complet désaccord avec les résultats présentés sur le graphe 5 en ce qui concerne la posture de *coaching* qui pourrait être adoptée par les accompagnateurs.

#### 4. Discussion des résultats de recherche (étude 1 et étude 2)

La première recherche (étude 1) communique des informations sur la fréquence des situations d'apprentissage vécues par les stagiaires au sein des différents services d'accueil G-O. Un questionnaire standardisé est proposé à tous les stagiaires de 3<sup>e</sup> master G-O, tous sites de stages.

La deuxième recherche (étude 2) confronte les données recueillies de l'étude 1 en faisant ressortir ce qui est perçu comme élément le plus déterminant ou le plus significatif pour les stagiaires. Lors d'entretiens en groupe, il est proposé aux stagiaires du site expérimental CHRCitadelle de



communiquer leurs points de vue lors d'une mise en confrontation des graphes (étude 1) à leurs vécus cliniques (étude 2). Au terme de la réunion, des questions émergent du groupe. Elles constitueront le point de départ de la réunion suivante au terme de laquelle seront formulées de nouvelles questions et ainsi de suite jusqu'à l'élaboration d'une synthèse consensuelle. La méthode utilisée s'inspire de la Méthode d'Analyse en Groupe (MAG).

L'étude 1 montre que le premier principe de contextualisation des situations d'apprentissages est actuellement globalement inscrit sur le parcours de stages G-O du site expérimental CHR. En effet, l'analyse statistique indique clairement un effet significatif de la variable *site de stage* sur la fréquence des *Situations cliniques vécues* (graphe 1), sur la fréquence des *Occasions de s'exercer au raisonnement clinique* (graphe 2) et sur la fréquence des *Occasions de s'exercer à la communication clinique* (graphe 3). Par contre, l'analyse statistique n'indique pas d'effet significatif de la variable *site de stage* ni sur les *Occasions d'apprentissage réflexif* (graphe 4) ni sur les *Occasions d'accompagnement réflexif* (graphe 5). Cependant, on ne remarque pas non plus de différences négatives entre le site expérimental et les autres sites et ce, malgré les conditions qui y sont plus difficiles (nombre élevé de stagiaires, site de grande envergure, etc.). Ce constat de l'étude 1 est considéré en soi comme très positif pour le site expérimental CHRCitadelle.

L'étude 2 n'entre pas en divergence avec les graphes de l'étude 1 proposés comme catalyseurs de débats, en ce qui concerne la contextualisation des situations d'apprentissages. En effet, les points de vue des stagiaires des deux groupes X et Y se rejoignent sur ce point. Il en va de même pour ce qui concerne l'apprentissage réflexif. En effet, les exercices d'auto-évaluation et de formulation de questionnements réflexifs très faiblement représentés lors de l'étude 1 sur tous les sites, sont confirmés comme étant peu développés par les stagiaires des deux groupes X et Y. Les stagiaires soulignent ne pas être habitués à emprunter cette posture d'apprentissage réflexif. Un accompagnement réflexif pourrait faciliter l'incarnation de ces nouvelles postures d'apprentissage en faisant émerger des attitudes de questionnement et de positionnement jusqu'ici insuffisamment valorisées dans la formation clinique. Or, l'étude 2

fait émerger des besoins au niveau de l'accompagnement, et plus précisément au niveau du *fading* (distanciation progressive de la supervision), du *modeling* (modélisation des apprentissages) et du *coaching* (soutien au niveau des évaluations formatives et certificatives). Ces manques n'apparaissant pas lors de l'étude 1, l'étude 2 apporte des éléments émergents permettant de préciser notre recherche.

Résumons les résultats de cette recherche (études 1 et 2) selon les principes de l'AECA :

- 1°. Pour ce qui concerne la *contextualisation des apprentissages*, cette recherche permet de dire que le dispositif réflexif implanté sur le site expérimental CHRCitadelle inscrit effectivement tous les critères d'AECA (études 1 et 2) dans ses modalités opérationnelles. Ce qui n'est pas le cas pour les autres sites.
- 2°. Pour ce qui concerne *l'apprentissage réflexif*, cette recherche permet de dire que le dispositif réflexif implanté sur le site expérimental CHR inscrit effectivement des exercices de pratique réflexive (A2) en groupe ainsi que des exercices d'auto-évaluation (A2) tout en se distinguant positivement des autres sites (étude 1) bien que les stagiaires montrent encore des réticences lorsqu'ils s'exercent à auto-évaluer leur *log book* (même en suivant une grille d'indicateurs de questionnement) et/ou lorsqu'ils s'exercent à formuler leur(s) questionnement(s) à propos d'une action d'un superviseur (étude 2). Sur tous les sites, l'exercice de formulation de questionnement réflexif par les stagiaires (à propos de l'action qu'ils ont gérée) est faiblement représenté (étude 1). Cela pourrait s'expliquer soit par le fait que les stagiaires de 3<sup>e</sup> master G-O sont le plus souvent en observation d'action qu'en action eux-mêmes sur le terrain clinique, soit par le fait qu'ils n'ont pas reçu un soutien suffisant pour pouvoir formuler des questions réflexives dans leur *log book*.
- 3°. Pour ce qui concerne *l'accompagnement réflexif*, cette recherche permet de dire que le dispositif réflexif implanté sur le site expérimental CHRCitadelle inscrit certains critères d'AECA. Ainsi, le

critère *scaffolding* (B2) est clairement identifié par les stagiaires du site expérimental ainsi que sur les autres sites (études 1 et 2). Par contre, le critère de *coaching* (B1), principalement sur le sujet de l'évaluation du stage, sur les échanges et sur les *feedbacks* formatifs communiqués par les médecins qui accompagnent durant le stage (le plus souvent des internes) est faiblement représenté sur tous les sites (études 1 et 2). Le *coaching* dépendrait du groupe d'internes en place (étude 2). Les résultats des items concernant le *modeling* (B3) et le *fading* (B4), élevés sur tous les sites (étude 1), entrent en contradiction avec les résultats de l'étude 2 lorsque les stagiaires du site expérimental soulèvent qu'ils « apprennent dans la précipitation » et qu'ils « manquent de synthèses et de cartes conceptuelles pour les cas complexes » (étude 2).

### 5. Conclusion

Le département de G-O constitué de quatre sites de stage G-O a sollicité une intervention à propos d'un changement organisationnel et pédagogique du parcours de stage clinique des stagiaires de 3<sup>e</sup> master. À l'heure actuelle, le site expérimental CHRCitadelle accueille un dispositif réflexif que nous avons mis en place en 2008-2009. Après une année de fonctionnement, nous souhaitons savoir si, par ses modalités pédagogiques, ce dispositif répond effectivement à une liste de critères (Vierset, Frenay & Bédard, 2015) fondés sur le cadre conceptuel de l'AECA (Frenay & Bédard, 2004). Pour répondre à cette question, nous proposons l'apport d'une méthodologie mixte. Deux études successives sont organisées ; l'étude 1 développant une approche quantitative (questionnaire standardisé), et l'étude 2 une approche qualitative (MAG).

Le dispositif installé étant fondé sur le cadre conceptuel de l'AECA, le questionnaire standardisé de l'étude 1 a été construit afin de vérifier la mise en œuvre des principes d'AECA sur le site expérimental. L'étude 1, effectuée par une méthode quantitative, confirme la mise en place du principe de contextualisation des apprentissages (n) ainsi que du principe d'apprentissage (An) pour la plupart de ses critères mis à part les exercices d'auto-évaluation et de questionnement réflexif. Cependant, l'étude 2 identifie un besoin à propos de l'accompagnement (Bn) dans le sens d'un

manque de modélisation des situations cliniques complexes (*modeling*) ainsi qu'un manque d'une distanciation progressive de la supervision (*fading*) et d'un manque de disponibilité pour communiquer des *feedbacks* ou une évaluation formative et d'un manque d'objectivité dans l'évaluation du travail et/ou des apprentissages des stagiaires (*coaching*).

En quoi ces deux études soutiennent-elles le dispositif pédagogique implanté sur le site expérimental CHRCitadelle ? Le site expérimental CHRCitadelle, où le dispositif est mis en place dans sa globalité, inscrit sur le parcours clinique des stagiaires des critères de *contextualisation des apprentissages* (n), *des critères d'apprentissage réflexif* (An) et des critères *d'accompagnement réflexif* (Bn). Le dispositif pédagogique installé répond donc aux critères d'AECA, du moins pour la majeure partie de ses critères d'analyse. En effet, ce dispositif donne l'occasion aux stagiaires de vivre des situations d'apprentissages authentiques tout en bénéficiant d'un accompagnement structuré et structurant (cf. adoption de la posture de *scaffolding* par la communication d'indices pour échafauder une stratégie ou un raisonnement) proposé pour faciliter le développement de leurs compétences professionnelles. Sachant que les internes qui accompagnent généralement les stagiaires n'ont pas bénéficié d'une formation à ce sujet, il est important de mettre en évidence ce qui existe déjà sur le terrain clinique (*scaffolding*) pour, ensuite, proposer l'adoption d'autres postures facilitatrices d'apprentissage (*coaching, modeling, fading*). Mis à part des réunions nommées *midis pédagogiques* qui étaient organisées afin de maintenir une cohérence logistique et organisationnelle relative aux évaluations du travail et/ou des apprentissages des stagiaires, aucune formation n'était centrée sur le développement de la fonction d'accompagnement réflexif. Il en va de même pour les stagiaires qui n'ont pas reçu de formation concernant l'apprentissage réflexif.

Lors de l'organisation des prochains stages, le défi serait d'insister auprès des stagiaires sur les critères de l'apprentissage réflexif et, en l'occurrence, sur l'articulation et sur la généralisation/discrimination des apprentissages, sur la planification d'exercices d'auto-évaluation, d'auto-régulation et de formulation du questionnement réflexif à propos de leurs actions et de celles des superviseurs. De même, avec les accompagnateurs, il serait intéressant de développer les postures d'accompagnement réflexif

(*fading, modeling, coaching, scaffolding*) lors d'une formation pédagogique. Cela pourrait réduire l'impact que les caractéristiques individuelles des acteurs (personnalité, niveau de responsabilité, sexe, poste attribué, motivation, histoire de vie, etc.) ont sur les *feedbacks* échangés entre eux. En effet, les relations interpersonnelles entre les stagiaires et les internes qui les accompagnent, bien que généralement très appréciées d'un côté comme de l'autre, se révèlent quelquefois préoccupantes lorsqu'on aborde l'évaluation du travail et/ou l'évaluation des acquis d'apprentissage. Lors de cette formation, la liste de critères d'accompagnement réflexif fondée sur l'AECA proposerait de nouvelles postures pédagogiques à adopter en formation clinique. Un nouveau processus de collaboration et de nouvelles postures relationnelles pourraient être envisagés sous la forme d'un partenariat réflexif (Hawley & Valli, 1998).

La méthode d'évaluation par questionnaire standardisé, bien qu'elle soit très pertinente pour certaines recherches, présente des limites lorsqu'on souhaite aborder les nuances entre les subjectivités des acteurs du terrain étudié, leurs expressions et leurs perceptions lors des interactions interprofessionnelles. Cela dit, lors de l'étude 2, au lieu d'organiser deux groupes d'étudiants, il aurait été intéressant d'organiser un groupe de stagiaires et un groupe d'internes afin qu'ils puissent échanger leurs points de vue. Mais la charge de travail de ceux-ci ne leur permettant pas de se libérer tous ensemble, cela n'a pas été possible d'organiser des groupes constitués, d'une part d'acteurs qui accompagnent et évaluent (les internes) et, d'autre part d'acteurs qui sont accompagnés et évalués (les stagiaires). Cette confrontation en groupes n'a pas été possible. Ainsi, afin d'intégrer les accompagnateurs dans ce travail, une piste de recherche est actuellement suivie dans le but de recueillir individuellement les perceptions des accompagnateurs au sujet du dispositif et du rôle qu'ils y jouent. Cette recherche est présentée dans un article (Vierset, sous presse). Une modélisation de la fonction d'accompagnement réflexif y est proposée. Un autre article (Vierset & Guillemette, sous presse) est consacré à une autre recherche relative aux traces de développement de l'apprentissage réflexif des stagiaires de 3<sup>e</sup> master G-O. Une modélisation de la fonction d'apprentissage réflexif y est proposée.

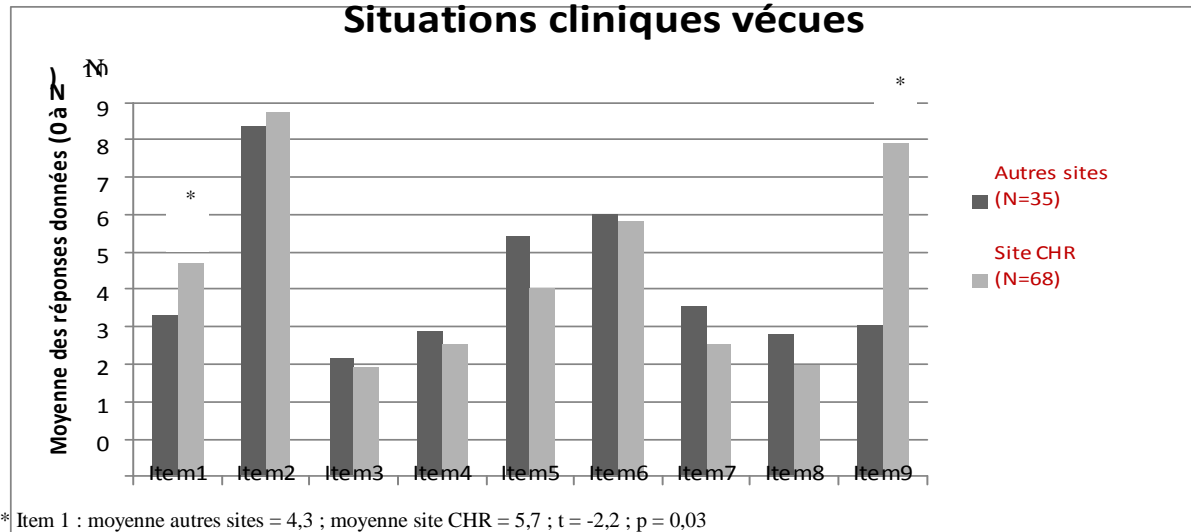
Par ailleurs, nous insistons sur le fait que les critères de l'AECA ne doivent pas être nécessairement tous assurés. Ce serait illusoire que d'imaginer qu'ils sont mis en place de manière continue et homogène tout au long d'un parcours de stage. Ce concept est à considérer telle une grille d'analyse d'un contexte de stage afin d'en dynamiser le potentiel d'apprentissage et d'accompagnement réflexifs, d'une part, et de contextualisation des apprentissages, d'autre part. Il est donc destiné plus particulièrement, non à enfermer ces processus dans une procédure, mais au contraire, à proposer des pistes opérationnelles pour faciliter le développement des compétences et plus particulièrement l'ouverture vers la pratique réflexive. Autrement dit, comme le souligne De Keyser (2013) : « Les réalités de terrain exigent parfois de nous de réexaminer les moyens d'actions et d'affronter nos propres erreurs. Elles nous appellent à douter, à nous interroger et à débattre afin de faire mieux. »

**Annexe 1.**

**Synthèse des résultats de l'étude 1**

**(comparaison site expérimental CHRCitadelle et autres site)**

**Graphe 1. Représentation des moyennes des réponses (échelle numérique de 11 niveaux allant de 0 à N fois) à la question du nombre de fois que l'étudiant a vécu des situations cliniques favorisant l'apprentissage des compétences requises**





**Item 1 : J'ai été confronté à des pathologies diversifiées et/ou singulières (6)**

Item 2 : J'ai été confronté à des pathologies répétitives et/ou communes (6)

Item 3 : J'ai pu suivre une situation clinique de manière continue jusqu'à la fin de la prise en charge (p. ex. de la consultation à l'accouchement) (3)

Item 4 : J'ai été confronté à des situations cliniques qui me permettaient d'envisager la pathologie sous un angle pluridisciplinaire (p. ex. Gynéco + Obstétrique + Néonatalogie + Anesthésie) (4)

Item 5 : J'ai été confronté à des situations cliniques qui me permettaient d'envisager la prise en charge globale de la patiente (p. ex. Médical + Éthique + Culturel + Social + Psychologique) (5)

Item 6 : J'ai été confronté à des situations exigeant une réaction – voire une décision – immédiate (2)

Item 7 : J'ai été confronté à des interprétations multiples exigeant l'argumentation de ma prise de position diagnostique et thérapeutique (7)

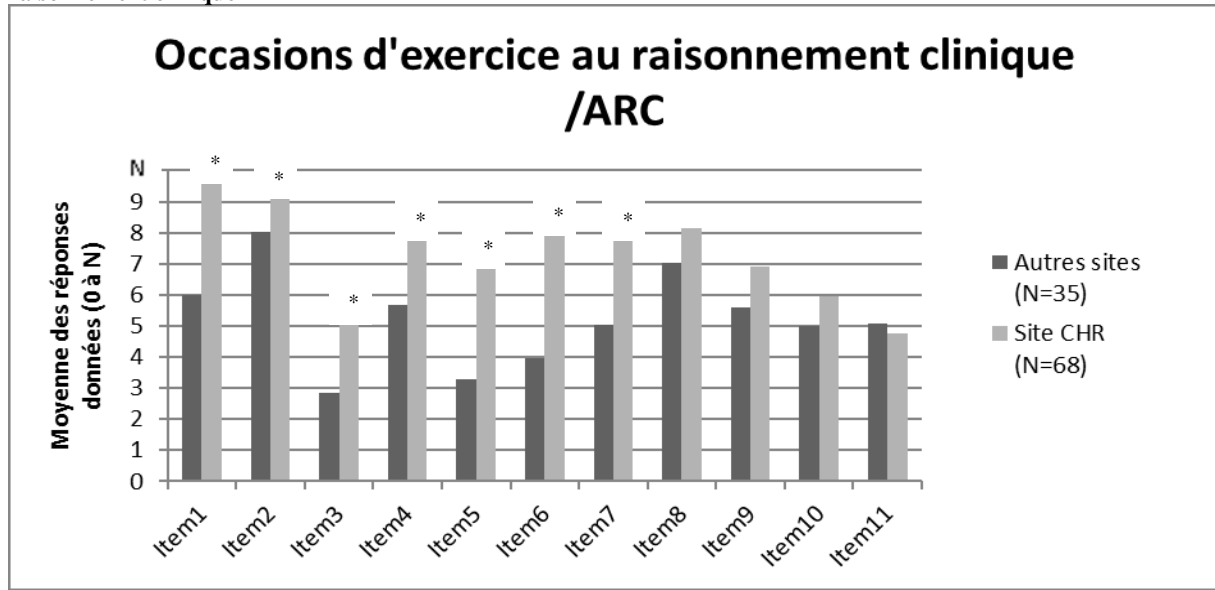
Item 8 : J'ai été confronté à des cas cliniques exigeant une prise de risque thérapeutique (7)

**Item 9 : J'ai été confronté à des situations qui m'ont donné l'occasion d'accueillir la patiente, de faire l'anamnèse, de pratiquer un examen physique et de formuler des hypothèses précoces sans avoir reçu d'informations préalables – voire de proposer un protocole d'analyses ou un diagnostic (2)**

**Principe de contextualisation des situations d'apprentissage de l'AECA :**

- (1) Vécu en contexte de mobilisation authentique
- (2) Développement des compétences professionnelles
- (3) Vécu de situations-problèmes complètes et complexes
- (4) Vécu de situations-problèmes avec contenus pluridisciplinaires
- (5) Vécu de situations-problèmes multidimensionnelles
- (6) Vécu de situations-problèmes diversifiées, non routinières
- (7) Exploration de solutions et d'interprétations multiples

Graphe 2. Représentation des moyennes des réponses (échelle numérique de 11 niveaux allant de 0 à N fois) à la question du nombre de fois que l'étudiant a eu l'occasion de s'exercer aux différentes phases de la pratique du raisonnement clinique



\*Item 1 : moyenne autres sites = 6,1 ; moyenne site CHR = 9,7 ; t = 6,9, p < 0,00001  
Item 2 : moyenne autres sites = 8,0 ; moyenne site CHR = 9,3 ; t = 2,4, p = 0,02  
Item 3 : moyenne autres sites = 2,9 ; moyenne site CHR = 5,4 ; t = 3,1, p = 0,002  
Item 4 : moyenne autres sites = 5,7 ; moyenne site CHR = 8,1 ; t = 3,4, p < 0,001  
Item 5 : moyenne autres sites = 3,3 ; moyenne site CHR = 7,0 ; t = 4,5, p < 0,0001  
Item 6 : moyenne autres sites = 4,1 ; moyenne site CHR = 8,0 ; t = 4,9, p < 0,00001  
Item 7 : moyenne autres sites = 5,1 ; moyenne site CHR = 7,8 ; t = 3,7, p < 0,001

**Item 1 : J'ai eu l'occasion de conduire une anamnèse.**

**Item 2 : J'ai eu l'occasion de pratiquer un examen clinique.**

**Item 3 : J'ai eu l'occasion de reconnaître une urgence.**

**Item 4 : J'ai eu l'occasion de proposer des hypothèses.**

**Item 5 : J'ai eu l'occasion de faire un compte rendu oral.**

**Item 6 : J'ai eu l'occasion de faire un compte rendu écrit.**

**Item 7 : J'ai eu l'occasion d'argumenter mon choix d'examen complémentaires.**

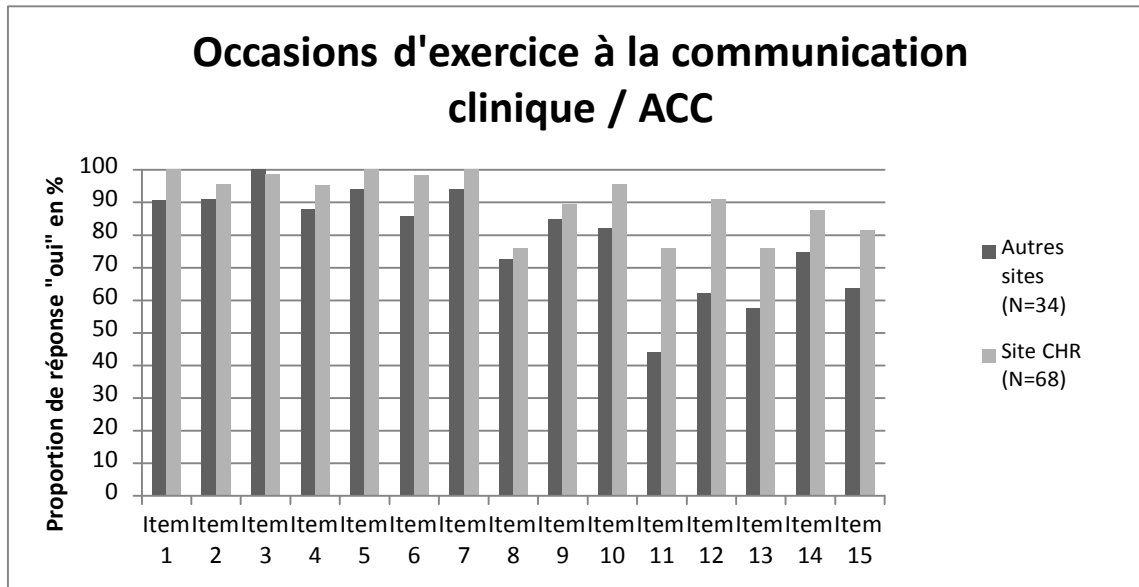
Item 8 : J'ai eu l'occasion d'interpréter les résultats des examens complémentaires.

Item 9 : J'ai eu l'occasion de proposer un diagnostic et/ou de nouvelles hypothèses.

Item 10 : J'ai eu l'occasion de poser un diagnostic sur base de résultats d'examen complémentaires.

Item 11 : J'ai eu l'occasion de proposer une thérapeutique.

**Graphe 3. Représentation des moyennes de réponses « OUI » aux questions destinées à savoir si l'étudiant a eu l'occasion de s'exercer à l'apprentissage de la communication clinique lors de consultations**



Proportion de réponses « oui » aux 15 items pour les autres sites : 78,3 %  
Proportion de réponses « oui » aux 15 items pour le site du CHR : 90,9 %  
Pour l'ensemble des items :  $t = 3,8$  ;  $p < 0,001$

Item 1 : J'ai eu l'occasion d'accueillir la patiente.

Item 2 : J'ai eu l'occasion de lui expliquer mon statut de stagiaire-médecin.

Item 3 : J'ai eu l'occasion d'explorer son parcours clinique dans son dossier.

Item 4 : J'ai eu l'occasion d'encourager la formulation de ses attentes (« *qu'est-ce qui vous amène ?* ») *versus* de ses craintes (« *qu'est-ce qui vous tracasse ?* »).

Item 5 : J'ai eu l'occasion de lui démontrer de l'empathie (écoute attentive tout en préservant le cadre prof.).

Item 6 : J'ai eu l'occasion de reformuler son discours pour savoir si j'avais bien compris.

Item 7 : J'ai eu l'occasion d'adapter mon langage afin qu'il lui soit compréhensible.

Item 8 : J'ai eu l'occasion de partager mes réflexions cliniques personnelles avec elle sur son état clinique.

Item 9 : J'ai eu l'occasion de vérifier la compréhension de mon message.

**Item 10 : J'ai eu l'occasion de lui expliquer les investigations (voire les soins) proposées (voire les résultats).**

**Item 11 : J'ai eu l'occasion de vérifier son adhésion au programme de soins proposé (prise de médicaments, tests d'investigations, visite chez un spécialiste, etc.).**

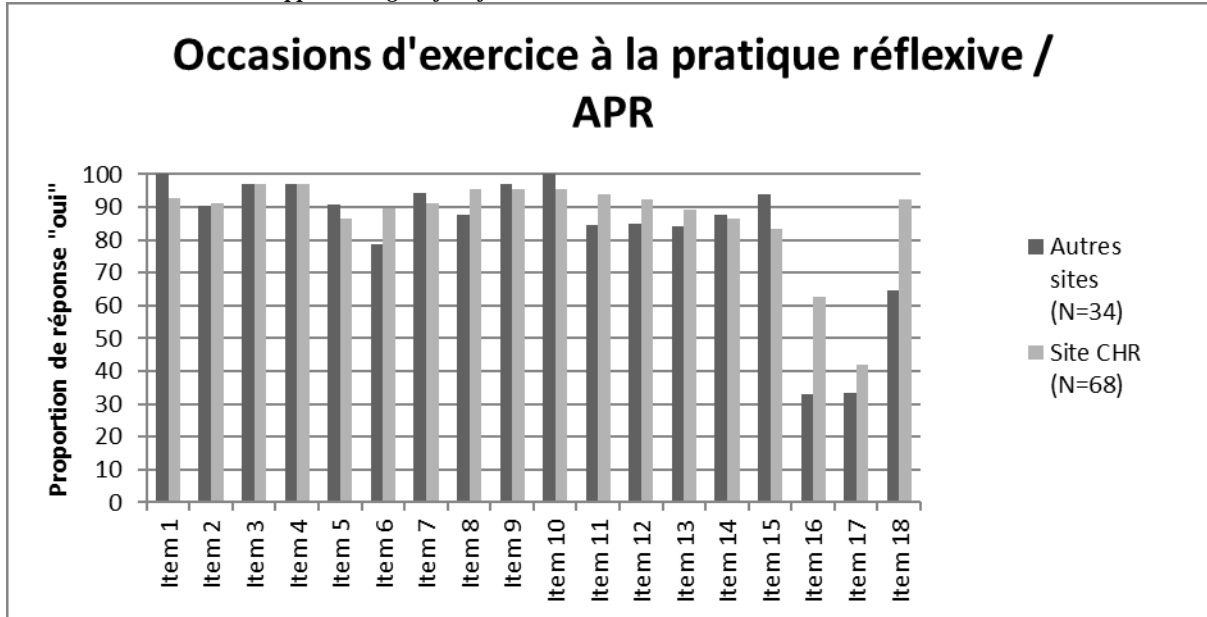
**Item 12 : J'ai eu l'occasion de clôturer l'entretien (résumé, salutations).**

**Item 13 : J'ai été sensibilisé à prendre du recul par rapport à mon système de représentations.**

**Item 14 : J'ai été sensibilisé à garder mon sang-froid dans les moments de surcharge.**

**Item 15 : J'ai été sensibilisé à gérer le temps prévu pour une consultation.**

**Graphe 4. Représentation des proportions de réponses « OUI » aux questions destinées à savoir si l'étudiant a eu l'occasion de s'exercer à l'apprentissage réflexif**



Proportion de réponses « oui » aux 18 items pour les autres sites : 83,2 %

Proportion de réponses « oui » aux 18 items pour le site du CHR : 87,6 %

Pour l'ensemble des items :  $t = 1,5$  ;  $p = 0,14$

Item 1 : J'ai pu m'exercer à articuler les matières théoriques aux cas cliniques que j'ai vécus (A1)

Item 2 : J'ai pu m'exercer à articuler les connaissances interdisciplinaires entre elles (A1)

Item 3 : J'ai pu m'exercer à faire le point sur mes capacités communicationnelles (A2)

Item 5 : J'ai pu m'exercer à faire le point sur mes capacités cognitives (A2)

Item 4 : J'ai pu m'exercer à m'intégrer au sein d'une équipe médicale (A3)

Item 6 : J'ai pu m'exercer à ajuster ma façon de travailler selon les *feedbacks* reçus (A3)

Item 7 : J'ai pu m'exercer à anticiper les attentes du superviseur (A3)

Item 8 : J'ai pu m'exercer à questionner et à formuler globalement (ARC+ACC) des situations vécues (A2)

Item 9 : J'ai pu m'exercer à reconnaître les points communs significatifs entre les cas cliniques (A3)

Item 10 : J'ai pu m'exercer à distinguer les différences significatives entre les situations cliniques (A3)

Item 11 : J'ai pu m'exercer à hiérarchiser mes connaissances (A1)

Item 12 : J'ai pu m'exercer à obtenir des ressources nécessaires à l'exécution de mes tâches (A2)

Item 13 : J'ai pu m'exercer à transférer mes connaissances à d'autres cas cliniques que j'ai vécus (A2)

Item 14 : J'ai pu m'exercer à argumenter mon point de vue et/ou ma proposition de solution (A2)

Item 15 : J'ai pu m'exercer à ajuster mes besoins et mes attentes en fonction du contexte de travail (A2)

**Item 16 : J'ai pu m'exercer à auto-évaluer un travail que j'ai réalisé (A2)**

Item 17 : J'ai pu m'exercer à formuler mes questionnements réflexifs à propos de mes actions (A2)

**Item 18 : J'ai pu m'exercer à échanger avec les autres stagiaires sur les cas que nous avons vécus (A2)**

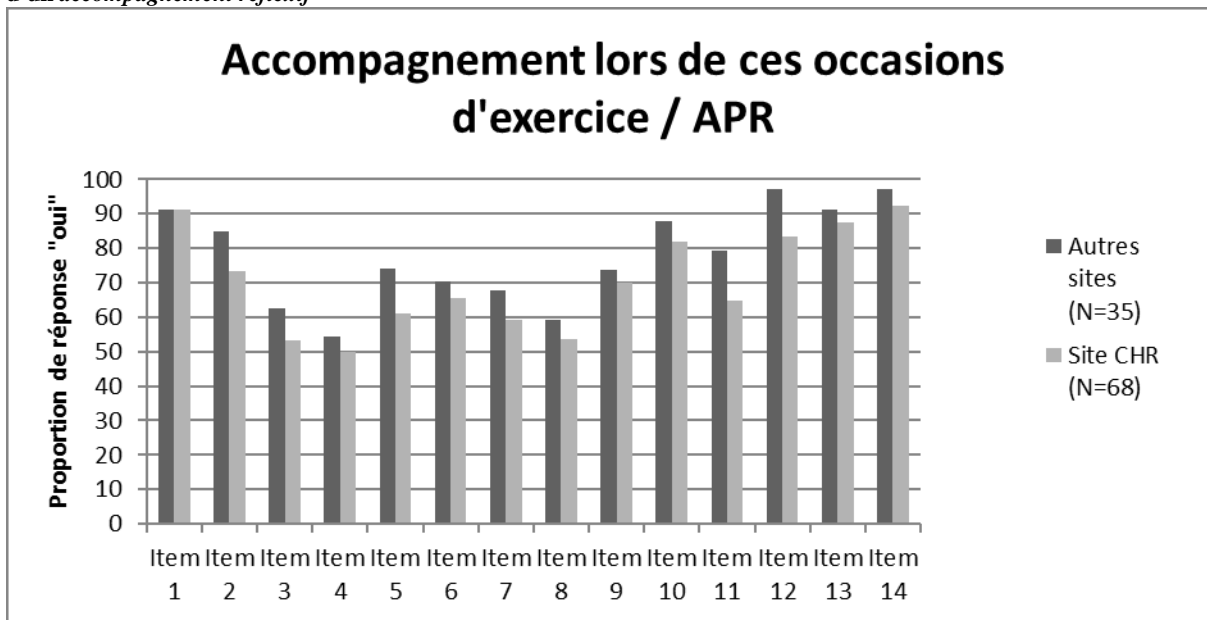
**Principe d'apprentissage de l'AECA :**

(A1) Articuler les connaissances

(A2) Exercer une pratique réflexive

(A3) Généraliser/discriminer les situations d'apprentissage

Graph 5. Représentation des proportions de réponses « OUI » aux questions destinées à savoir si l'étudiant a bénéficié d'un *accompagnement réflexif*





Proportion de réponses « oui » aux 14 items pour les autres sites : 78,3 %

Proportion de réponses « oui » aux 14 items pour le site du CHR : 70,6 %

Pour l'ensemble des items :  $t = -1,6$ ,  $p = 0,10$

Item 1 : J'ai bénéficié d'un soutien pour construire ma propre solution à propos d'une situation médicale difficile (B2)

Item 2 : J'ai bénéficié d'un soutien pour construire ma propre solution à propos d'une situation psychosociale difficile (B2)

Item 3 : J'ai bénéficié d'échanges concernant ma communication avec les patientes (B1)

Item 4 : J'ai bénéficié d'échanges concernant mon comportement avec le personnel médical (B1)

Item 5 : J'ai bénéficié d'échanges concernant l'organisation de mon travail (B1)

Item 6 : J'ai bénéficié d'échanges concernant mon raisonnement clinique (B1)

Item 7 : J'ai bénéficié de feedbacks constructifs (avec échanges pour m'améliorer) (B1)

Item 8 : J'ai bénéficié d'échanges qui m'ont permis d'avoir une évaluation de ma progression (B1)

Item 9 : J'ai bénéficié de supervisions par paliers successifs (observations, exercices accompagnés, seul sous supervision) (B4)

Item 10 : J'ai bénéficié d'explications sur la manière dont les superviseurs raisonnaient eux-mêmes (B3)

Item 11 : J'ai bénéficié d'échanges relatifs à la schématisation de mes connaissances en fonction des cas vécus (B3)

Item 12 : J'ai bénéficié de relations interpersonnelles rassurantes et valorisantes (B1)

Item 13 : Je suis globalement satisfait de l'encadrement reçu lors de mon parcours de stage (B1)

Item 14 : Je conseille à d'autres étudiants de faire ce stage

### **Principe d'accompagnement de l'AECA :**

(B1) *Coaching*

(B2) *Scaffolding*

(B3) *Modeling*

(B4) *Fading*



**Annexe 2.**  
**Synthèse des résultats de l'étude 2**  
**(site expérimental CHRCitadelle)**

	<b>GROUPE X</b>	C/D entre groupe X et groupe Y	C/D avec graphes	<b>GROUPE Y</b>
<b>Graphe 1. Situations cliniques vécues</b>				
Postes de travail	<i>La rotation des postes attribués nous permet de voir différentes réalités du terrain.</i>	≈	≈	<i>Avec le système des postes de travail, on est bien à sa place, on sait à quoi on sert ! On est pris au sérieux ! On sent que l'on a une place définie et un rôle différent à jouer à chaque poste de travail.</i>
Gardes de nuit / urgences	<i>Le système de gardes de nuit et des urgences nous donne accès à des situations qu'on ne peut pas voir habituellement en journée.</i>	≈	≈	<i>Le travail aux urgences et lors des gardes de nuit est très formatif. C'est là qu'on peut vraiment prendre en charge une patiente. Après, on communique notre raisonnement à l'assistant de garde qui explique si c'est ok ou non.</i>
Situations cliniques observées	<i>La complexité des situations cliniques est très enrichissante !</i>	≈	≈	<i>Ici, on peut voir beaucoup de cas complexes et difficiles à soigner ; c'est très intéressant !</i>

<b>Grappe 2. Occasions d'exercice au raisonnement clinique (ARC)</b>				
Occasion d'ARC	<i>L'ARC, on l'apprend quand <b>c'est nous qui prenons en charge</b> la patiente (cf. gardes de nuit et urgences).</i>	≈	≈	<i>Les assistants sont toujours présents mais ils nous donnent <b>la possibilité de faire à leur place</b> quand c'est possible.</i>
Occasion de vivre des situations complètes d'ARC	<i><b>On a parfois</b> vraiment l'occasion d'aller plus loin dans notre pratique d'ARC.</i>	≈	≈	<i><b>On n'a pas souvent</b> l'occasion de faire un ARC complètement jusqu'au traitement thérapeutique, comme on le fait dans les séances d'ARC (simulation d'apprentissage organisée en faculté).</i>

Graphe 3. Occasions d'exercice à la communication clinique (ACC)				
Occasion d'apprentissage de l'ACC	<i>On peut prendre en charge la communication avec la patiente, en tout cas souvent au début de la consultation, pas jusqu'au bout !</i>	≈	≈	<b><i>On peut parfois gérer toute une consultation, du début à la fin, communication y compris, jusqu'au départ de la patiente mais c'est rare !</i></b>
Écoute et reformulation	<i>On a pu s'exercer à écouter avec attention et à reformuler ce qui a été dit.</i>	≈	≈	<i>On a beaucoup appris sur l'importance de la reformulation de ce qui a été dit par et pour la patiente.</i>
Décentration de soi	<i>On a pu essayer de comprendre une autre façon de vivre et de penser que la nôtre. Il y a un apprentissage médical mais humain et psychologique aussi.</i>	≈	≈	<b><i>On a pu s'exercer à écouter le point de vue de la patiente et construire avec elle son programme de soins</i></b>

Graphe 4. Occasions d'exercice à la pratique réflexive (APR – Apprentissage de la pratique réflexive)				
Ateliers ACC et ateliers APR	<i>Les ateliers ACC et APR nous obligent à voir une autre facette d'une consultation ; la relation avec la patiente... Mais c'est surtout un vrai espace de paroles et d'échanges.</i>	≈	≈	<i>On peut voir l'importance de certaines phrases, de certains mots. On réfléchit plus à comment dire des choses difficiles.</i>
Examen oral et log book	<i>Lorsqu'on passe l'examen oral avec notre log book, on a l'impression d'en savoir plus ; on est moins perdu. On a réalisé quelque chose de concret qui sert à faire réfléchir.</i>	≈	≈	<i>Le log book nous aide à nous cadrer, à nous donner un fil conducteur sans surprise à l'examen ! L'écriture du log book aide à structurer et à réfléchir sur ce que l'on voit, ce que l'on fait, ce que l'on dit.</i>
Compétences/GAA et auto-évaluation	<i>Ça aide à s'auto-évaluer, mais ce n'est pas gagné ! On n'est pas habitué à faire ça !</i>	≈	≈	<i>Cela aide à savoir ce qu'on doit encore apprendre mais on n'est pas habitué à s'auto-évaluer, à utiliser le GAA...c'est encore flou !</i>
Pratique réflexive	<i>On n'est pas habitué à écrire des « critiques » sur les prises en charge de médecins spécialistes ou des assistants G-O...</i>	≈	≈	<i>On sait que c'est un exercice mais c'est quand même délicat d'écrire ce qu'on pense de la prise en charge d'un assistant...</i>

Graph 5. Accompagnement des exercices réflexifs des stagiaires (accompagnement réflexif)				
Soutien - indices - pistes de réflexion (B2, Scaffolding)	<i>Malgré toutes leurs charges, les assistants prennent le temps de (re)construire le raisonnement avec nous. Ils nous poussaient à avoir notre avis et à dire pourquoi on pensait de cette façon tout en nous donnant des indices pour s'y retrouver et en insistant sur les liens à faire.</i>	≈	≈	<i>L'idée de présenter notre log book reprenant les cas que les médecins ont pris en charge et d'en discuter avec eux donne l'occasion d'avoir des <b>échanges très constructifs</b>. Mais ce n'est pas possible souvent ; ça dépend de leur disponibilité.</i>
Apprentissage progressif : 1° observation ; 2° exercice accompagné ; 3° exercice complet seul sous supervision (B4, Fading)	<i>Parfois, on doit faire sans avoir vu ! Souvent, <b>on apprend dans la précipitation</b> sans préparation avant ! Aux consultations, ça va ...</i>	≈	≠ avec l'item 9	<i>Les explications vont parfois trop vite et <b>on n'a pas le temps d'assimiler</b> avant de faire la même chose ! Par exemple, aux urgences, on n'a pas de memo pour nous guider dans l'accueil et les premiers soins à faire en attendant le médecin de garde.</i>
Schémas des concepts importants (B3, Modeling)	<i><b>Ça manquait de schémas, de synthèses, de cartes conceptuelles</b> pour les cas cliniques complexes et interdisciplinaires.</i>	≈	≠ avec les items 10 et 11	<i>Même si le médecin explique son propre raisonnement verbalement, <b>ce serait bien d'organiser des discussions de synthèse</b> à propos des cas complexes rencontrés ou de construire des cartes conceptuelles.</i>



Évaluation fin de stage et évaluation mi-stage (B1, Coaching)	<i>C'est bien que ce soient les assistants qui nous évaluent pour le stage car ils nous ont accompagnés plusieurs fois et ont pu ainsi voir et discuter de ce qu'on sait faire.</i>	≠ entre les deux groupes	≠ avec les items 3, 4, 5, 6, 7, 8	<i>Quand on reçoit une évaluation à la fin du stage, on est parfois très surpris de la cote ! Sur quoi les assistants se basent-ils ? Cela ne semble <b>pas toujours très objectif</b> !!! S'ils pouvaient suivre la grille d'évaluation...</i>
Feedbacks (B1, Coaching)	<i>Les assistants sont très disponibles. On se sent <b>vraiment valorisés</b>. Ils nous soutiennent quand ça ne va pas.</i>	≠ entre les deux groupes	≠ avec l'item 12	<i><b>Tout dépend de l'assistant</b> .... ça dépend du type de relation qu'on a avec eux. Il y en a qui ne disent jamais rien de positif, d'autres qui ne disent jamais rien ou qui n'ont jamais le temps.</i>

**C : Convergence**

**D : Divergence**

**≈ : Accord**

**≠ : Pas d'accord**



#### **Vers un modèle d'accompagnement réflexif. Itinéraire d'une recherche par Méthodologie de la Théorisation Enracinée (MTE) sur un parcours de stages cliniques**

En faculté de médecine de Liège, les étudiants de 3<sup>e</sup> master parcourent différents lieux de formation clinique pour intégrer des apprentissages au sein des départements de spécialisations médicales. Depuis l'année académique 2008-2009, un dispositif pédagogique réflexif (Vierset, Frenay, Bédard & Giet, sous presse) est installé au département de Gynécologie-Obstétrique (G-O) pour accompagner ces apprentissages. Cet accompagnement est le plus souvent assumé par des jeunes médecins (nommés assistants, internes ou résidents selon les pays) qui ne bénéficient pas pour autant d'une formation ou d'un accompagnement pédagogique facilitant l'exercice de cette fonction. Le dispositif innovant propose de révéler cette fonction encore trop peu (re)connue tout en identifiant sa spécificité. La question posée dans cet article est la suivante : comment ces accompagnateurs vivent-ils cette fonction d'accompagnement des stagiaires qu'on leur demande d'investir depuis 2008-2009 ?

Cette recherche va dans le sens d'une compréhension du vécu des accompagnateurs sur un site hospitalier à propos de leur fonction d'accompagnement des apprentissages des stagiaires de 3<sup>e</sup> master en stage de G-O en faisant émerger les défis que cela soulève, voire les bénéfices que cela apporte. La Méthodologie de la Théorisation Enracinée (MTE : Corbin & Strauss, 2014 ; Glaser, 1965, 1978, 1992 ; Glaser & Strauss, 1967/2010 ; Guillemette, 2006b ; Guillemette & Luckerhoff, 2012) propose une analyse compréhensive et interprétative des données. Les données (entretiens retranscrits ou écrits des acteurs) sont soumises, les unes après les autres, à une circularité d'analyses multiples afin d'identifier les liens conceptuels qui se construisent entre elles en les comparant les unes aux autres. Ce processus permettra l'émergence de catégorie(s) conceptuelle(s), à la fois ancrée(s) dans le vécu des acteurs de terrain et *théorisable(s)* (Glaser, 1965) dans le sens où elles s'organisent petit à petit en une théorie émergente des données recueillies. Le résultat est présenté sous la forme d'un schéma modélisant les postures d'accompagnement adoptées par les accompagnateurs sur ce site hospitalier. La recherche étendue à d'autres accompagnateurs exerçant sur d'autres sites de G-O renvoie à la modélisation proposée.

Vierset, V. Vers un modèle d'accompagnement réflexif. Itinéraire d'une recherche par Méthodologie de la Théorisation Enracinée (MTE) sur un parcours de stages cliniques. Article proposé pour publication à la revue *Approches Inductives* en novembre 2014. Sous presse.

### 1. Introduction

Durant l'année académique 2008-2009, un dispositif pédagogique réflexif (Vierset, Frenay, Bédard & Giet, sous presse) est mis en place sur le parcours des stages cliniques de Gynécologie-Obstétrique (G-O) pour accompagner les apprentissages des stagiaires de la 1<sup>re</sup> à la 4<sup>e</sup> année des masters. Ce dispositif s'est installé en trois phases progressives. Premièrement, le processus s'est organisé en 3<sup>e</sup> master car, à ce stade, la formation clinique des stagiaires représente une immersion clinique d'au moins dix mois de stages obligatoires, dont une immersion d'un mois/an au sein d'un des services du département de G-O. Cet espace-temps étant une zone de passage privilégié entre la formation théorique et la formation pratique, il nécessitait une organisation pédagogique appropriée au potentiel d'apprentissages à transférer. Deuxièmement, le processus s'est prolongé en 1<sup>re</sup> et en 2<sup>e</sup> masters afin d'intervenir lors de cette période de sensibilisation (quelques demi-journées en G-O/an) précédant la période de pratique clinique de 3<sup>e</sup> master. Troisièmement, le processus s'est terminé en 4<sup>e</sup> master, là où les stagiaires sont aguerris par plusieurs mois de stage G-O/an et, pour ceux qui le souhaitent, là où se prépare le concours d'admission au master complémentaire en G-O. Nos recherches se sont focalisées sur le dispositif pédagogique réflexif installé sur le parcours clinique des stagiaires de 3<sup>e</sup> master. Cet article présente plus spécifiquement une recherche élaborée grâce à une démarche d'analyse qualitative. Cette recherche questionne la fonction d'accompagnement des apprentissages de ces stagiaires qui est assumée le plus souvent par des médecins poursuivant un master complémentaire en G-O. Ceux-ci sont nommés assistants, internes ou résidents, suivant les pays. Ici, ils seront appelés internes.

Le fonctionnement du département de G-O se fonde en grande partie sur la participation active des accompagnateurs, le plus souvent des internes. Ceux-ci, tout en poursuivant leur formation à la spécialisation G-O pendant cinq années, se trouvent être les intermédiaires privilégiés des stagiaires aux différents postes cliniques. L'opérationnalisation des modalités d'accompagnement pédagogique de cette fonction est effective au début de l'année académique 2008-2009 sur un des quatre sites cliniques du département G-O de la faculté de médecine de l'université de

Liège, le site du CHRCitadelle<sup>1</sup>. Les huit à dix stagiaires évoluant sur ce site sont ainsi accompagnés, majoritairement et épisodiquement, par dix ou douze internes qui, eux-mêmes en apprentissage, sont accompagnés par les médecins G-O en fonction sur ce site. Dans le cadre organisationnel et administratif du département de G-O, seul le chef de service assume la fonction, en terme contextuel, de superviseur ou de maître de stage. Ce dernier, ainsi que les médecins G-O en fonction, accompagnent les stagiaires quand cela leur est possible.

Les internes accompagnateurs ont la charge d'accompagner les stagiaires lors de leurs observations, participations et/ou actions à différents postes de travail en G-O (Bloc d'accouchement, Bloc opératoire, *Medical Intensive Care*, Fécondation *In Vitro*, Urgences, Consultations ambulatoires, Salles d'hospitalisation, Échographie). Certains d'entre eux, à tour de rôle, devant assumer la responsabilité du poste des Urgences, d'autres étant en repos de lendemain de garde, en déplacement pour des colloques ou encore, en congé ou en formation, ils ne sont pas tous présents au CHRCitadelle au même moment. Grâce à un système de rotation des postes de travail organisé tant pour les accompagnateurs que pour les stagiaires, tous ces acteurs du terrain clinique ont l'occasion de se rencontrer et de travailler ensemble. Des outils pédagogiques (guide d'auto-évaluation et *log book*) sont utilisés afin d'inscrire le conflit socio-cognitif au sein des interactions entre les acteurs et de stimuler les échanges réflexifs à partir de ces outils. L'organisation de co-évaluations se développe simultanément.

Sont proposés aux stagiaires et aux accompagnateurs des référentiels de compétences, de formation et d'évaluation pour guider le développement des compétences cliniques dans un contexte authentique de stage. Le référentiel de compétences est nommé « Guide d'Apprentissage et d'Accompagnement, GAA » (Vierset *et al*). Les compétences sont chacune constituées de plusieurs capacités formulées en termes de savoir-agir :

---

<sup>1</sup> CHRCitadelle : Centre Hospitalier Régional de Liège

- compétence 1 : « Gérer les consultations cliniques élémentaires en G-O » qui prend en compte l'intégration des capacités suivantes :
  1. ARC : Apprentissage du Raisonnement Clinique,
  2. ACC : Apprentissage de la Communication Clinique,
  3. Apprentissages des Procédures techniques (manipulation de matériel clinique), administratives (dossier du patient, demande d'exams cliniques, etc.) et biomédicales (techniques de soins et/ou d'analyses)<sup>2</sup> ;
- compétence 2 : « Exercer une pratique réflexive (APR) » pour savoir agir et devenir un professionnel responsable et autonome au sein d'une communauté de praticiens. Cette compétence prend en compte l'intégration des capacités DQRpA suivantes :
  1. Description d'une prise en charge, D,
  2. Questionnement et réfléchissement à propos de l'observation de cette prise en charge, à propos des attitudes prises, à propos des représentations subjectives, à propos des ressentis évoqués par les acteurs en présence c'est-à-dire, tout au moins, le médecin, la patiente, y compris le stagiaire (qu'est-ce que je me suis dit à ce moment-là ? Qu'est-ce qui se passe pour moi ? Quelles sont mes croyances à ce sujet ?), Q,
  3. Recherche de ressources fiables (bibliographiques et/ou humaines), acquisition et transfert de savoirs avec positionnement argumenté vis-à-vis de la prise en charge observée, Rp,
  4. Identification des acquis à investir dans l'action, *versus* identification des besoins d'apprentissage à combler pour gérer au mieux l'action, A.

L'accompagnement vise à soutenir les apprentissages cliniques des stagiaires (raisonnement clinique, communication clinique, pratique réflexive, procédures administratives et techniques cliniques). Les internes accompagnateurs abordent des contenus pluridisciplinaires, communiquent de bonnes ou mauvaises nouvelles, gèrent les défections aux postes des Gardes ou des Urgences tout en tentant de répondre aux attentes des médecins en fonction et des stagiaires, d'une part, et des patientes, d'autre part. Bref, cette fonction d'accompagnement, parfois subie plutôt que désirée, mérite qu'on s'y attarde, qu'on l'analyse et qu'on

---

<sup>2</sup>N'ayant pas eu personnellement accès à l'observation de cette capacité que doit acquérir le stagiaire lors du contact direct avec le patient, nous ne l'approfondissons pas dans le cadre de cette recherche.

l'approfondisse pour mieux comprendre comment les accompagnateurs se l'approprient et ce qu'elle signifie pour eux.

### **2. Objectif de recherche**

De nombreuses recherches se sont attachées à l'accompagnement des stagiaires de l'enseignement du secondaire ou du primaire, avec notamment des recherches qualitatives (Boudreault & Pharand, 2008 ; Gwyn-Paquette, 2008 ; Savoie-Zajc, 2007) visant à comprendre le vécu des acteurs. Toutefois, jusqu'à présent, peu de recherches (Martineau, Girard & Boule, 2008) de ce type abordent le vécu des acteurs sur le terrain de la formation clinique préparant les futurs médecins à leur profession. Récemment, nous avons mené une recherche (Vierset, Frenay, Collard & Giet, proposé pour publication) qui explore le vécu des stagiaires de 3<sup>e</sup> master sur leur parcours de stages cliniques. Nous abordons dans cet article-ci le vécu de leurs intermédiaires les plus proches, leurs accompagnateurs.

L'accompagnement des apprentissages des étudiants en médecine de 3<sup>e</sup> master sur le site CHRCitadelle étant le plus souvent assumé par ces internes accompagnateurs, eux-mêmes en apprentissage, nous voulions savoir comment ils se représentent cette fonction qu'on leur demande d'investir pleinement depuis l'implantation du dispositif pédagogique innovant. L'étude a été effectuée auprès d'eux individuellement afin de connaître leur vécu personnel concernant l'accompagnement des apprentissages des stagiaires en fin du cursus médical de base. Savoir comment ils vivent cet accompagnement, ce qu'ils font, le sens que cet engagement a pour eux, les défis qu'ils ont à relever, les avantages et les inconvénients qu'ils rencontrent au quotidien. En d'autres termes, comprendre le vécu des accompagnateurs est l'objectif de cette recherche présentée ici.

Cet article présente l'itinéraire méthodologique de recherche par Méthodologie de la Théorisation Enracinée (MTE) tout en proposant l'élaboration progressive d'un modèle d'accompagnement des apprentissages des stagiaires en tant que résultats de recherche. Les lignes qui suivent sont construites en trois phases. En premier lieu, sera présentée la MTE dans ses grandes lignes. En deuxième lieu, nous

expliquons pourquoi cette méthode est pertinente pour cette recherche. En troisième lieu, sont explicitées les différentes étapes de la MTE telles que nous les avons suivies pour construire notre analyse et aboutir à une modélisation (Glaser, 1965, 1978, 1992 ; Guillemette, 2006b ; Guillemette & Luckerhoff, 2012) construite par des comparaisons et des interprétations successives tout au long de la recherche. Notre itinéraire de recherche propose de répondre à un questionnement : comment les accompagnateurs vivent-ils leur fonction d'accompagnement des apprentissages des stagiaires sur un site de stages cliniques en G-O ?

### 3. Fondements de la Méthodologie de la Théorisation Enracinée (MTE)

La *Grounded Theory* a été créée par Barney Glaser et Anselme Strauss, sociologues américains, dans les années 60. Pour bien indiquer que la *Grounded Theory* est bien une méthodologie et non une théorie, les anglophones la nomment de plus en plus *Grounded Theory Methodology* (GTM). C'est pour cette raison que nous avons choisi, à l'instar de Guillemette et Luckerhoff (2012)<sup>3</sup>, la traduction Méthodologie de la Théorisation Enracinée (MTE). Cette approche méthodologique constitue d'abord et avant tout une démarche de théorisation des vécus des acteurs. Glaser (1978) précise que cette activité fait intervenir la « sensibilité théorique » du chercheur, c'est-à-dire la capacité de tirer un sens des données, de nommer les phénomènes en cause, d'en dégager les implications et de les ordonner dans un schéma explicatif. En d'autres termes, il s'agit de théoriser les données. La théorisation correspond essentiellement à un processus d'analyse et de conceptualisation d'un vécu, d'un événement, d'un phénomène, d'une situation ou d'une fonction

---

<sup>3</sup> Luckerhoff et Guillemette (2012, p. 7) expliquent : « Nous avons choisi de traduire l'expression "*Grounded Theory*" par "Méthodologie de la théorisation enracinée" pour des raisons essentiellement sémantiques. Il existe une quinzaine de traductions françaises différentes. Une de celles-ci est "théorisation enracinée". La plus répandue est "théorie ancrée". [Or] la *Grounded Theory* n'est pas d'abord une théorie mais une approche méthodologique générale de recherche qui permet la construction d'une théorie. De plus, bien que le terme "*grounded*" ait plusieurs significations en anglais, jamais il ne signifie "ancré" [...] Par contre, la symbolique de l'enracinement est une façon de nommer le processus que constitue cette méthodologie, un processus qui n'est jamais complètement terminé. Le terme "enracinée" correspond à la famille sémantique anglaise des mots "*field*", "*root*", "*ground*", etc. »



portée par des acteurs d'un contexte donné, à un moment donné (Corbin & Strauss, 1998, 2014 ; Glaser & Strauss, 1967/2010).

L'approche de cette théorisation fait alterner systématiquement collectes et analyses des données dans un processus itératif en utilisant une méthode de comparaison constante entre les données récoltées, d'un côté, et celles à récolter, de l'autre. Progressivement, ce processus de recherche empirique oscillant entre les données relatives aux vécus des acteurs et l'analyse par comparaisons et interprétations successives conduit à l'émergence d'une théorie. Nous avons illustré ce processus méthodologique dans la figure 1 ci-dessous. Un des principes fondateurs de la MTE exige que, quel que soit le niveau de théorisation atteint, le résultat soit « enraciné » dans les données du vécu des acteurs de terrain. Le chercheur doit donc assurer une étroite correspondance entre la théorie qui se construit et les données recueillies et assimilées progressivement comme matériau de construction prioritaire à privilégier lors de l'analyse.

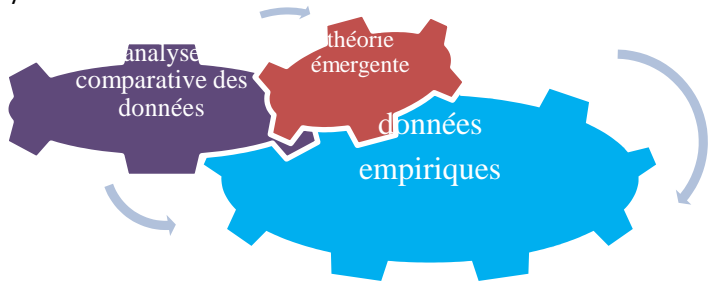


Figure 1. Théorie émergente : démarche itérative alternant collecte et analyse des données

Le processus d'analyse systématique étant censé faire émerger les propriétés essentielles encore inédites du phénomène étudié, des comptes rendus (cf. figure 2) représentent des traces précieuses à garder si le chercheur veut (se) rendre compte du suivi et de la complexité de son processus de recherche. Chaque phase du processus est verbalisée dans ces comptes rendus. Du vécu de terrain à la modélisation, en passant par l'étiquetage, la catégorisation et la recherche de supports théoriques sélectionnés par le chercheur, toutes les phases de recherche sont formulées de manière soit opérationnelle, soit descriptive, soit analytique

(cf. figure 2). Une procédure systématique est proposée par les auteurs de la MTE tout en valorisant les démarches inductive et comparative. Ainsi, les grandes phases de la recherche, après récolte et transcription des données, sont nommées « phases de codage ». Strauss (1987) identifie trois phases de codage<sup>4</sup> :

1. codage ouvert : identification et *étiquetage* d'une, ou de plusieurs, catégorie(s) dans les premiers entretiens ;
2. codage axial : affinement, approfondissement, ajustement, ajout et/ou articulation des catégorie(s) émergeant à la lecture de chaque nouvel entretien. Les *catégories* émergeant du terrain d'analyse deviennent alors progressivement des *concepts abstraits*. Une recherche de supports théoriques existants et/ou une recherche de définitions sur le sujet émergeant des données est organisée simultanément ;
3. codage sélectif : sélection d'une catégorie centrale qui s'érige en *système* reliant différents axes de codage tout en montant en abstraction. Cette catégorie centrale constitue le fil d'Ariane à partir duquel s'organise l'ancrage –l'enracinement– des concepts théoriques existants aux données recueillies sur le terrain et, *in fine*, la construction d'un *modèle théorique émergent*, fondé sur le vécu des acteurs et soutenu par des supports théoriques existants.

Il est important de préciser que si ces trois phases de codage relèvent d'un processus systématique, elles n'en sont pas moins inscrites dans un mouvement simultané où la récolte et l'analyse des données sur les vécus des acteurs se soutiennent étroitement. Ce processus systématique peut aussi s'organiser en aller-retour entre les trois phases de codage. C'est pourquoi il n'est pas aisé d'expliquer ce type de recherche sans faire appel à des exemples de précédentes recherches MTE. Une explication rigoureuse complète et détaillée pourrait s'avérer très lourde à saisir pour un novice, surtout si l'objectif de la méthode lui échappe : faire émerger une catégorie centrale reliée aux différents axes de codage qui ont émergé des entretiens et représenter l'ensemble sous forme de schémas et/ou de

---

<sup>4</sup> Le codage en trois phases de codages (ouvert, axial, sélectif) provient de Strauss (1987). Glaser, en 1978, envisage uniquement deux phases de codages : ouvert et sélectif.

cartes conceptuelles tout en le soutenant par des théories existantes. Le sens de ce travail est de proposer des montées en abstraction des vécus des acteurs, de les relier à des théories existantes pour approfondir les thèmes abordés.

Dans le même ordre d'idée, à l'instar de Paillé (1994), nous insistons sur le fait que les chercheurs qualitatifs considèrent la construction de sens comme un processus complexe dans lequel l'acteur questionné dispose de degrés de liberté non négligeables. Ainsi, le chercheur qualitatif est invité à se laisser surprendre par ce qu'il peut découvrir au cours de la recherche. Une démarche inductive (Charmaz, 1999 ; Glaser, 1965 ; Guillemette & Lukerhoff, 2012) telle que nous l'abordons ici se dessinant pas à pas entre le chercheur et les acteurs du terrain promet d'aborder l'inconnu, sa complexité potentielle car, comme le soulignent Lavoie et Guillemette (2006, p. 56), le but est d'« obtenir des données spécifiques et inédites sur les défis tels qu'ils sont vécus au quotidien ; nous voulions nous servir de l'approche inductive de la MTE pour aller plus en profondeur ou plus spécifiquement dans le vécu quotidien, au lieu de vérifier des théories existantes. » Guillemette (2006b, p. 33) ajoute : « L'attention portée à ce qui émerge du terrain (ou des acteurs qui vivent les phénomènes) permet de découvrir des points de vue inédits, d'autant plus que cette attention implique que l'analyse se développe selon des questionnements qui proviennent du terrain et non de cadre théoriques existants. » Dans ce sens, on peut dire que la MTE favorise l'innovation en recherche scientifique.

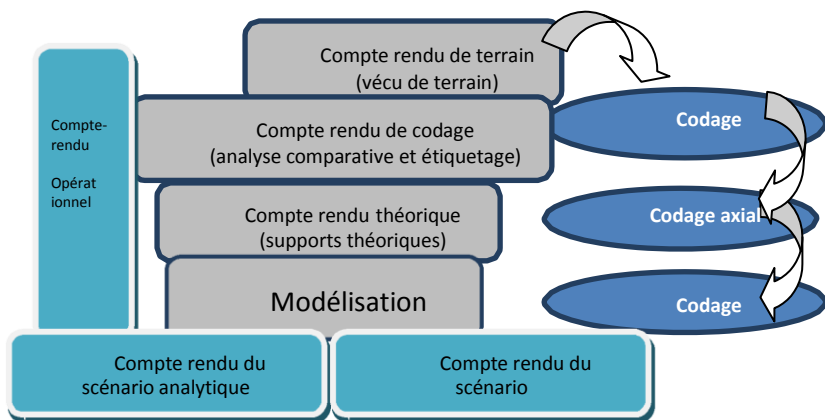


Figure 2. Les trois phases de codages. Inspiré de Strauss (1987)

#### 4. « Principes de la MTE » (Guillemette, 2006b)

Nous voulons maintenant montrer le lien de pertinence entre le processus méthodologique de la MTE et notre objectif de recherche : comprendre le vécu qu'ont les accompagnateurs de leur rôle d'accompagnement des apprentissages des stagiaires et comprendre comment ils assument cette fonction. Guillemette (2006, p. 34) propose quatre principes inductifs méthodologiques pour la MTE :

1. La suspension temporaire du recours à des cadres théoriques existants ;
2. Une façon particulière de préciser l'objet de recherche ;
3. L'interaction circulaire entre la collecte et l'analyse des données ;
4. Des procédures d'analyse favorisant l'émergence.

Le premier point relève d'une volonté d'ouverture aux inconnues du terrain et d'un « refus systématique d'imposer d'emblée un cadre théorique conceptuel pré-existant à la recherche » (Guillemette, 2006, p.31). La théorie sera fondée à partir des données recueillies empiriquement. Selon Glaser (1978, 1992, cité par Guillemette 2006b, p. 32) :

« Lorsque, après plusieurs épisodes d’alternance et d’interaction entre la collecte et l’analyse des données et que la théorie semble suffisamment fondée et développée à partir des données empiriques relatives au vécu des acteurs, on peut alors se référer ensuite aux écrits scientifiques pour y puiser des idées à confronter à la théorie émergente et à intégrer dans le développement théorique final. »

Le deuxième point concerne la manière de préciser l’objet de recherche. Guillemette (2006) insiste sur le fait que l’on ne formule pas d’hypothèse de recherche *a priori*, que l’on n’identifie ni les paramètres de la situation sociale que l’on veut étudier ni leur variation dans le contexte analysé. Guillemette (2006, p. 36) ajoute : « L’attention portée à l’émergence fait que les paramètres de l’objet de recherche peuvent changer selon ce que l’on découvre [...] Ainsi, même si une certaine problématique peut avoir été établie au départ, celle-ci est modifiée à mesure que les données proviennent des acteurs qui vivent le phénomène à l’étude et donc les *problèmes* liés à ce phénomène (Willig, 2001). » L’objet de recherche est défini davantage comme un territoire à explorer que comme une question de recherche posée *a priori*. On parle alors d’hypothèses formulées *a posteriori*, c’est-à-dire à la suite des premiers entretiens ou, de préférence, de questionnements émergent.

Le troisième point met l’accent sur la circularité des exercices de recueil et d’analyse de l’information recueillie. Glaser et Strauss (1967/2010) expliquent que ces opérations doivent être faites ensemble et qu’il faut estomper les frontières habituelles entre les deux dans un processus simultané de comparaisons dès le début de la recherche, et ce, jusqu’au terme de la recherche. La circularité de la recherche MTE pourrait être représentée par deux parallèles circulant autour d’un axe de codages. Une structure hélicoïdale, comme dans le schéma de l’ADN, pourrait représenter ce processus avec, d’un côté, une chaîne de recueil de données et, de l’autre, une chaîne d’analyse de ces données et, entre les deux chaînes, les liens à réorganiser au fur et à mesure entre les épisodes de collecte et les épisodes d’analyse effectués tout au long de la recherche.

Le quatrième point parle d’une posture d’ouverture à l’émergence. Le chercheur doit faire l’effort d’une mise entre parenthèses de son savoir sur

l'objet d'étude ainsi que sur ses propres représentations et préjugés concernant le contexte et les acteurs sollicités. Corbin et Strauss (2014) parlent d'un « scepticisme stratégique » par rapport au (déjà) connu du chercheur (ses conceptions, désirabilités, préjugés et (pré)conceptions). Glaser (1978) conseille d'apprendre « à ne pas savoir » dans un but d'ouverture optimale à ce qui peut émerger des données.

### 5. Itinéraire de recherche par MTE et modélisation

Après une séance d'information sur les objectifs et la méthode de recherche, quatre accompagnatrices se sont proposées pour les entretiens parmi les douze que comptait le service G-O CHRCitadelle cette année-là. Elles ont entre 25 et 30 ans. Leurs prénoms ont été changés pour préserver la confidentialité des propos des internes accompagnatrices et du contexte dans lequel elles évoluent. Deux d'entre elles sont en troisième année du master complémentaire : Zoé (entretien A) et Charlotte (entretien B). Les deux autres accompagnatrices, Lamia (entretien C) et Lucie (entretien D), sont en cinquième et dernière année du master complémentaire. Nous nous sommes mise à l'écoute des méthodes utilisées par les accompagnatrices, de leurs représentations, de leurs façons de penser, de faire et de dire, mais aussi des éléments facilitant *versus* freinant le dispositif, des bénéfices interpersonnels, des difficultés rencontrées, etc. La figure 3 représente notre itinéraire de recherche et ses différentes phases successives et itératives qui nous permettent d'avancer sur les pistes dessinées progressivement par les acteurs lors des entretiens semi-directifs. Comme nous l'avons vu dans le paragraphe précédent, il n'est pas aisé de schématiser une recherche MTE. Nous choisissons, par défaut, une forme cyclique pour représenter notre itinéraire de recherche MTE (allant de a. à g.) :

- a. Collecte des données = entretiens semi-directifs A et B avec transcription textuelle ;
- b. *Codage ouvert* = analyse comparative avec étiquetage des données A et B afin d'identifier l'émergence de propriétés et, éventuellement, de catégories conceptualisantes. Recherche bibliographique relative aux définitions des termes proposés par les acteurs et à leurs possibles connotations ;

- c. Collecte des données = entretiens semi-directifs C et D avec transcription textuelle ;
- d. *Codage axial* = analyse comparative des données recueillies dans tous les entretiens (A, B, C et D), ajustement, articulation, affinement et (ré)organisation des catégories selon les axes principaux présentant des relations entre les concepts émergents, leurs dimensions et leurs propriétés. Recherche bibliographique relative aux définitions des termes proposés par les acteurs et à leurs possibles connotations ;

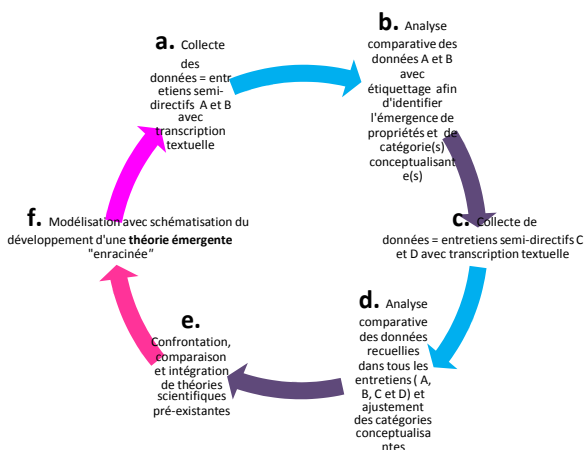


Figure 3. Itinéraire de la recherche par MTE

- e. *Codage sélectif* = sélection d'une catégorie centrale en rapport avec les questions posées par le chercheur avec intégration de dimensions et de propriétés qui s'y réfèrent. Confrontation avec plusieurs théories scientifiques pré-existantes (2, 3 ou 4 car il est rare d'en sélectionner plus). Ces théories présentent des liens avec les catégories conceptuelles et avec les thèmes émergeant des données recueillies ;

- f. Modélisation avec schématisation du développement d'une théorie émergente « enracinée », c'est-à-dire d'une théorie émergeant de comparaisons successives entre les données recueillies empiriquement, sans hypothèse *a priori* à vérifier ;
- g. Retour vers les acteurs pour approfondir notre compréhension de leurs vécus.

Les données empiriques ont été recueillies lors des entretiens, analysées et interprétées pour être comparées à de nouvelles données qui ont été elles-mêmes (re)questionnées et comparées aux données recueillies par la suite. Les différentes phases sont détaillées ci-dessous en tant qu'éléments représentatifs du *compte rendu opérationnel* et du *compte rendu du scénario descriptif* du processus de recherche. En sachant que l'analyse est omniprésente depuis le début de la recherche, nous avons décidé d'y imbriquer des éléments du *compte rendu du scénario analytique*. Le processus de théorisation des données empiriques est présenté ci-dessous.

### 5.1 Collecte des données A et B

Nous avons réalisé une première phase de recueil de données (phase a) lors de deux entretiens : A et B. Les entretiens semi-directifs ont été réalisés sur le temps de midi, avant les consultations cliniques de l'après-midi. Les entretiens enregistrés ont été organisés dans une salle du service G-O. Des interruptions ont été provoquées par les téléphones sans fil<sup>5</sup> des accompagnatrices qui doivent être obligatoirement branchés. Une d'entre elles a été malade le jour de l'entretien et, malgré cela, elle a pu trouver quelqu'un qui l'a remplacée pour cette recherche. Il faut préciser que l'articulation des postes de travail des accompagnateurs étant planifiée de manière très rigoureuse, remplacer l'absent au poste clinique est d'emblée priorisé par rapport à un entretien de recherche. Cette démarche démontre leur intérêt pour cette recherche. Une autre accompagnatrice ayant préservé une heure pour l'entretien a été appelée au poste des urgences pendant l'entretien ; celui-ci n'a duré que vingt minutes. Ainsi, malgré la charge de travail qui pèse sur elles, les accompagnatrices se sont

---

<sup>5</sup> DECT : Digital Enhanced Cordless Telephone



montrées très intéressées tout autant qu'étonnées que l'on fasse une recherche sur leur travail d'accompagnement des stagiaires. Les entretiens ont été transcrits mot à mot. Ils sont fondés sur des questions telles que : Qu'est-ce qu'accompagner les apprentissages des étudiants signifie pour vous ? Comment envisagez-vous cette fonction ? Que pensez-vous devoir faire à ce sujet ? En quoi cela consiste-t-il ?

### 5.2 Analyse des données A et B

Plusieurs lectures du matériau nous ont amenée à identifier des phrases signifiantes (phase b) ; nous avons alors procédé à un étiquetage. Des comparaisons entre les deux entretiens A et B ont permis d'identifier des propriétés communes et différentes qui se sont organisées entre elles, lors des interprétations des *verbatim*, en une catégorie conceptualisante que nous avons nommée : « Relation entre les stagiaires et les accompagnateurs ». Cependant, Zoé (A) exprime un double rôle à assumer, l'un avec le stagiaire (pédagogique) et l'autre avec la patiente (thérapeutique) au sein d'une relation en triade (patiente, stagiaire et accompagnateur) : « On est vraiment entre deux eaux ; je ne suis pas contre les questions mais il faut rester humain et parfois il faut leur expliquer que ce n'est pas le moment de faire un cours sur la fausse couche ou sur la trisomie au moment où la patiente est en souffrance ou en travail ! » Cet élément nous semble important à citer car il constitue l'une des difficultés de l'accompagnateur clinique.

Une des deux dimensions de la catégorie conceptualisante « Relations entre les stagiaires et les accompagnateurs » émerge des entretiens A et B. Nous la nommons « Collaboration ». Cette relation se construit, en l'occurrence, entre deux « Collaborateurs ». Cette dimension est représentée par les deux entretiens A et B.

En effet, Zoé (A) dit : « Quand ils [les stagiaires] ont une ébauche de *log book*, ils viennent nous trouver pour poser 10 000 questions [...] En gros, ils s'orientent vers la personne [l'interne] qui a connu [soigné] la patiente [cf. situation observée par le stagiaire] et ils posent ça, ça et ça comme questions [...] S'ils ont des questions précises, je réponds, mais je ne fais certainement pas le travail à leur place, mais je suis tout à fait

d'accord de relire ce qu'ils ont écrit. » Zoé insiste sur le fait qu'il y a des moments et des espaces où elle n'a pas à intervenir, comme lorsque les stagiaires souhaitent entrer au Bloc d'accouchement : « Il faut pouvoir y rentrer et "montrer patte blanche"<sup>6</sup> [aux sages-femmes]. »

Et, Charlotte (B), quant à elle, dit : « Ah oui ! Ils essaient de bien rentrer dans les symptômes [de la pathologie] et ça se déroule dans un esprit de collaboration et après s'ils ont des questions, on essaie d'y répondre parce que nous aussi on est en apprentissage et on ne connaît pas tout non plus [...] on leur donne parfois des pistes [...] on essaie de discuter [...] on progresse comme ça. »

L'autre dimension de la catégorie conceptualisante « Relations entre les stagiaires et les accompagnateurs » qui émerge des entretiens A et B est nommée « Supervision ». Cette relation se construit entre un « Superviseur » et un « Supervisé ». En effet, Zoé (A) dit : « Je les laisse faire mais je regarde bien ce qu'ils font [...] je suis toujours présente. Petit à petit, je laisse faire et quand je sais qu'ils savent faire tout seuls... »

Charlotte (B), pour sa part, dit : « On leur explique pourquoi c'est important de faire ça comme ça [...], je pense que notre rôle c'est de leur expliquer ce qui est important dans la tâche et comme ils débarquent vraiment dans la G-O, ils doivent *checker* et apprendre des automatismes [...] c'est parfois leur donner déjà des directives [...] Nous-mêmes on a parfois besoin d'un superviseur. »

Ainsi, deux dimensions représentatives de la catégorie conceptualisante « Relations entre les stagiaires et les accompagnateurs » sont identifiées à partir des termes « Supervision » et « Collaboration » formulés par les accompagnatrices. Le *Micro Robert* définit la collaboration comme « un processus par lequel deux ou plusieurs personnes ou organisations s'associent pour réaliser un travail suivant des objectifs communs », et la supervision comme « une action pour vérifier ou

---

<sup>6</sup> « Montrer patte blanche » signifie montrer un signe de reconnaissance et prouver ses bonnes intentions pour être autorisé à entrer dans un lieu (en référence à une fable de La Fontaine : *Le loup, la chèvre et le chevreau*).

contrôler l'activité d'une ou de plusieurs personnes ». Le tableau 1 ci-dessous exprime les résultats construits après la mise en comparaison et l'identification des liens entre les entretiens A et B.

### 5.3 Collecte des données C et D

La catégorie émergente « Relation entre les stagiaires et les accompagnateurs » va orienter notre questionnement pour les entretiens C et D (phase c). Nous allons les recentrer à partir de ce concept émergeant des deux premiers entretiens A et B en tentant de l'approfondir. En effet, avec les informations communiquées par Zoé et Charlotte, il nous a été possible de nous orienter vers de nouveaux questionnements (Lavoie & Guillemette, 2009). Ces questions sont proposées pour monter en théorisation : « Pouvez-vous définir ce rôle d'accompagnement des apprentissages ? Quelle attitude préférez-vous prendre avec eux, une attitude de supervision, de collaboration ou une autre attitude ? Pourquoi prendre une posture plutôt qu'une autre ? Pouvez-vous superviser et collaborer en même temps ? Collaborer et évaluer ? Qu'est-ce que cela implique pour vous ? Qu'est-ce qui est important pour vous dans cette fonction ? »

### 5.4 Analyse des données A, B, C et D

L'étiquetage et la comparaison des données C et D avec les données des entretiens A et B (phase d) nous amènent à un ajustement de la catégorie existante afin d'y introduire le terme « Facilitation ».

Ainsi, Lucie (D) dit : « C'est comme la facilitation ; c'est bien plus gai quand on cherche ensemble, qu'ils se posent des questions et qu'on leur donne des pistes pour qu'ils cherchent par eux-mêmes. » Il faut préciser que Lucie avait déjà été étudiante-animatrice de groupes d'Apprentissage Par Problèmes (APP) de G-O et avait participé à une formation précédant l'animation de groupes d'Apprentissage Par problèmes (APP)<sup>7</sup>. Lucie introduit donc le concept de « Facilitateur ». La fonction de ce dernier est

---

<sup>7</sup> La formation proposée aux étudiants-animateurs de groupes d'APP consistait à l'identification de trois rôles d'animation : Production-Facilitation-Régulation (Palmade, 1958).

d'accompagner un stagiaire qui, alors, aurait l'occasion d'adopter une posture d'« Apprenant réflexif ».

Charlotte (B) se définit aussi dans ce rôle de « Facilitateur » guidant un « Apprenant réflexif » tout en ajoutant avec plaisir l'idée d'un apport pour son travail personnel dans le cadre d'une collaboration : « On voit qu'on peut apporter des fois un petit plus [...] c'est chouette ! Et puis, quand on discute [des cas cliniques avec eux pour leur *log book*<sup>8</sup>] ça nous fait réfléchir, ça nous permet de toujours aller voir un peu plus loin [...] de rentrer dans la matière. C'est comme un stimulus. [Ce rôle] est stimulant, parce que justement ça permet de me remettre en question [...] quand ils posent des questions et que je ne sais pas, je vais revoir [la matière]. Des fois, même pour nous, le fait que je me retrouve à expliquer les choses aux autres, ça me permet de revoir et puis j'aime bien d'expliquer les choses aux gens [...], de donner des pistes, de les aider. »

Pour sa part, Lamia (C) s'inscrit dans une relation plus directive, « Professionnel-Novice ». En effet, elle dit : « Les stagiaires doivent être à l'heure. Et qu'ils ne s'échappent pas en plein après-midi sans prévenir s'ils sont de garde ; être respectueux, faire ce qu'on leur dit de faire [...] si on a besoin d'eux et s'ils sont nécessaires, ils ont leur rôle à jouer ! Il faut que l'on puisse avoir confiance en eux [...] Je leur dis toujours comment moi je fonctionne et eux, à ce moment-là, ils sont censés s'adapter [...], de regarder comment je fais et qu'il devra faire comme ça la prochaine fois [...] ou je le laisse faire et si ça ne va pas, je corrige [...]»

Zoé (A) qui, en adoptant une posture majoritairement « Professionnel-Professionnel », exprime son accord en ce qui concerne l'accueil de stagiaires dans l'équipe des accompagnateurs G-O dont elle fait partie, dit : « À la fin de la troisième, souvent c'est des filles très motivées [...] et en quatrième, je les laisse faire l'examen [l'anamnèse] sans regarder [...] ; si elles ont quelque chose de particulier, je me penche et je regarde, si y a plus rien à dire, si on peut faire confiance, on peut leur laisser sa place [...]

---

<sup>8</sup> *Log book* : carnet de bord, document de recueil des traces de pratique réflexive qui est construit par les stagiaires pendant le stage et qui est présenté dans sa version finalisée au terme du stage de G-O.

mais je reste présente. Parfois, une troisième est de niveau 4<sup>e</sup> master mais c'est très rare. » Dans le même type de relation partenariale, Zoé (A) privilégie l'aspect « comportement » à l'aspect « connaissances » en disant : « Je suis très attentive à leurs comportements. Je préfère travailler et discuter avec quelqu'un de super sympathique, avenant avec les patientes, qui met les gens en confiance et qui les examine gentiment qu'avec un "Monsieur/Madame je sais tout" qui est imbuvable. »

Lors de ce travail d'interprétation, nous avons d'abord proposé les termes « Collaborateurs » et « Superviseur-Supervisé » comme dimensions de la catégorie. Le tableau 1 représente les détails de ces deux dimensions. Ayant remarqué que de nouveaux concepts ne pouvaient rentrer dans ces deux dimensions, nous avons alors remplacé le tableau 1 par le tableau 2 en ajoutant deux nouvelles dimensions : « Professionnel-Novice » (très proche de « Superviseur-Supervisé » au niveau de la posture) et « Facilitateur-Apprenant réflexif » (très proche de « Collaborateurs » au niveau de la posture). Et enfin, la posture « Professionnel-Professionnel » (très proche de « Collaborateurs » au niveau de la posture). Puis, en relisant une nouvelle fois tous les entretiens, une autre phrase de Charlotte (B) a retenu notre attention : « L'idée, c'est qu'ils apprennent, qu'ils progressent et qu'ils puissent nous donner un petit coup de main pour certaines choses. C'est une coopération. » Nous tenons à préciser que les stagiaires de 3<sup>e</sup> master ont la possibilité de déposer une demande pour participer, dans le cadre de leur formation clinique, à un projet de coopération au développement. La plupart d'entre eux ont été sensibilisés à cette notion auparavant.

Nous avons alors décidé d'indiquer le terme « Coopération » en tant que terme global dans lequel interviennent les différents types de relations existant entre le stagiaire et l'accompagnatrice ayant un objectif commun (prise en charge d'une patiente, intervention thérapeutique et gestion du suivi) dans un cadre de travail. Les postures empruntées varient en fonction du contexte, des interventions cliniques, de la personnalité des acteurs (accompagnatrice, stagiaire, superviseur et patiente), des contraintes d'évaluation certificative et du temps disponible pour les uns comme pour les autres.

Tableau 1. Catégorie (hachuré), dimensions (gris foncé) et propriétés (gris clair) après comparaison des entretiens A et B

Relations entre les stagiaires et les accompagnateurs	Pour développer quels types de compétences ?	Avec quels objectifs d'apprentissage ?	Comment ?	Pour quels types d'évaluations ?	Avec quels bénéfices pour l'accompagnateur ?
superviseur - supervisé	<ul style="list-style-type: none"> <li>Techniques procédurales,</li> <li>administratives (dossier patiente) et cliniques (matériel)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>acquérir des automatismes ;</li> <li>prendre en charge l'utilisation du matériel, des dispositifs cliniques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>en montrant ;</li> <li>en expliquant ;</li> <li>en observant ;</li> <li>en corrigeant ;</li> <li>en conseillant ;</li> <li>en dirigeant</li> </ul>	critères d'évaluation des procédures	<p><b>Effets positifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>estime de soi ; gai ;</li> <li>valorisation ; stimulus ;</li> <li>coup de main dans le travail ;</li> <li>discussion de cas cliniques avec log book</li> </ul> <p><b>Effets négatifs :</b></p>
Collaborateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>relationnelles et humaines (comportement, quand poser les questions à la patiente, attention à la patiente, etc.) ;</li> <li>raisonnement clinique ;</li> <li>pratique réflexive ;</li> <li>prise en charge du patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>développer son autonomie ;</li> <li>acquérir des compétences ;</li> <li>faire des liens entre théorie et pratique clinique ;</li> <li>développer la pratique réflexive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>en donnant des pistes ;</li> <li>en discutant des limites d'action ;</li> <li>en réfléchissant sur les liens avec la théorie ;</li> <li>en discutant de mon raisonnement ;</li> <li>en les faisant travailler progressivement ;</li> <li>en laissant faire tout en restant bien présent ;</li> <li>en cherchant des solutions ensemble ;</li> <li>en lui demandant de s'évaluer ;</li> <li>en donnant un feedback sur son log book (carnet de bord)</li> </ul>	co-évaluations avec l'étudiant fondés sur le Guide d'Apprentissage et d'Accompagnement (GAA) avec critères d'évaluation des stratégies thérapeutiques et relationnelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>temps ;</li> <li>nombre d'étudiants ;</li> <li>entre deux eaux/double rôle ;</li> <li>étudiant qui n'en à rien à faire de ce que je dis</li> </ul>

Les différentes postures adoptées par l'accompagnateur exercent l'apprenant à l'apprentissage des différentes compétences (capacités procédurales, relationnelles, stratégiques et/ou réflexives). Ces postures sont adoptées avec plus ou moins d'enthousiasme selon la personnalité de l'individu. Par exemple, Lucie (D) qui adopte naturellement une posture de « Facilitateur » a plus de difficultés lorsqu'elle doit être plus directive en empruntant la posture de « Superviseur » : « Quand les étudiants ne sont pas motivés, c'est difficile ; je n'ai pas envie de faire le garde-chiourme ni de les forcer mais, bon, on a besoin d'eux... »

Autrement dit, aux notions de supervision (A et B) et de collaboration (A et B) étiquetées lors des deux premiers entretiens viennent s'ajouter les notions de facilitation (D) et de coopération (B). Lors des relectures comparatives des quatre entretiens, nous choisissons de relier et d'approfondir les termes « facilitation » et « coopération » en faisant appel aux théories existant sur ces sujets lors de nos recherches bibliographiques.

Mais, avant tout, pour clarifier le sujet de recherche, nous choisissons ce moment pour rechercher une définition relativement univoque du terme « Accompagnement ». Car, jusqu'à présent, afin de maintenir notre écoute sur toutes les formes émergentes, nous préférons maintenir une ignorance vis-à-vis de ce qui allait apparaître (Guillemette & Luckerhoff, 2012 ; Lejeune, 2014). Pour définir la notion d'accompagnement, nous avons recours à Paul (2004, p. 126) : « Accompagner, c'est se joindre à quelqu'un [dimension relationnelle], pour aller où il va [dimension spatiale] en même temps que lui, au même rythme [dimension temporelle] ». Tel est le principe de base, souligne-t-elle : « l'action se règle à partir de l'autre, de ce qu'il est, de là où il en est à un moment donné de son parcours [...] ; accompagner relèverait de la capacité à se mettre ensemble à l'épreuve d'un référent commun » (p. 125).

## **5.5 Comparaison catégorie émergente et théories pré-existantes**

Les entretiens de Zoé et de Charlotte (A et B) évoquent notamment la « Collaboration ». Charlotte (B) précise sa posture en utilisant le terme de « Coopération ». Pour approfondir ces termes, nous avons fait appel à un

apport théorique (phase e) provenant de Saint-Arnaud (2003, cité par Gervais, 2008, p. 96). Ce dernier rappelle : « L'élément clef de la coopération est l'existence d'un but commun. » On peut établir à partir de cette phrase, un lien très étroit entre les termes « Coopération » et la définition du terme « Collaboration » formulée dans le *Micro Robert*. Dans le prolongement des liens à tisser entre les concepts évoqués, Saint-Arnaud (2003, cité par Gervais, 2008) propose trois termes permettant de définir les relations entre partenaires : la coopération, le partenariat et la concertation. Gervais (2008, p. 96) résume la pensée de Saint-Arnaud (2003) ainsi : « Il y a coopération, s'il existe un but commun à la relation, le partenariat vise la recherche de ce but commun dans la reconnaissance des champs de compétence respectifs des partenaires, alors que la concertation est l'attention portée à la relation dans le but de la maintenir. » Saint-Arnaud (2003, cité par Gervais, 2008, p. 97) définit la règle de base du partenariat ainsi : « L'acteur crée un partenariat en cherchant avec son interlocuteur un objectif vers lequel [les] intérêts convergent de façon à pouvoir travailler ensemble. » Gervais ajoute (2008, p. 96) :

« Chacun reconnaît alors implicitement un champ de compétence à son interlocuteur et assume les conséquences de cette reconnaissance. Chacun des partenaires exercera une influence et un partage du pouvoir. Le partenariat se définit sous la forme d'une relation de collaboration qui fait des acteurs des partenaires visant un but commun, ce qui exige de ces derniers de s'assurer que le but visé est vraiment le même et de définir leurs champs respectifs de compétence. »

Quant à lui, Legendre (2005, cité par Gervais, 2008, p. 99) précise que le partenariat sera dit, soit « de service », soit « de réciprocité », tout en soulignant l'existence d'une position intermédiaire, le partenariat dit « associatif ». Nous recentrons alors notre recherche autour du terme « Partenariat » et de l'identification de ces trois postures qui le représentent.

Dans ce contexte d'accompagnement de stagiaires, le partenariat sera dit « de service » (cf. entretien C : Lamia lorsqu'elle dit que les stagiaires doivent faire ce qu'on leur dit de faire) lorsqu'un des acteurs, en



l'occurrence l'interne, détermine le but de la relation sans réel besoin d'échange avec le partenaire. C'est l'action de l'interne qui contribuera à l'atteinte de l'objectif ; le partenaire, pouvant être sollicité (ou non) dans l'action, doit répondre à ses attentes. Dans ce cas, c'est l'interne qui détermine les objectifs que doit atteindre le stagiaire sans en discuter avec lui au préalable. Le partenariat sera dit « de réciprocité » (cf. entretien A : Zoé lorsqu'elle parle des stagiaires de 4<sup>e</sup> master à qui elle peut faire confiance) si les deux acteurs sont partenaires égaux dans la définition des objectifs et dans la recherche d'un but commun. Le partenariat sera dit « associatif » (cf. entretien D : Lucie lorsqu'elle parle de facilitation ; cf. entretien B : Charlotte lorsqu'elle parle de se remettre elle-même en question lorsqu'elle discute avec un stagiaire) si l'un des partenaires accompagne l'autre dans une relation symétrique au niveau de la relation et complémentaire au niveau des connaissances. Cela étant dit, les quatre internes oscillent entre les trois types de partenariat. Toutefois, des postures sont préférées à d'autres et, par là même, majoritairement adoptées par l'une ou l'autre de ces quatre accompagnatrices. À partir d'ici, le « Partenariat » sera défini comme première catégorie émergeant des données recueillies.

Par ailleurs, Lucie (D), en évoquant le terme « Facilitation », fait émerger le lien avec un autre apport théorique, la « Tripartition des rôles », proposé en 1958 par un psycho-sociologue, Guy Palmade (Vierset, Bédard & Foidart, 2009). Palmade (1958) souligne que dans chaque groupe de travail<sup>9</sup>, peuvent s'identifier trois rôles : la production, la facilitation et la régulation. La figure 4 représente un entonnoir dans lequel les trois rôles qui interagissent se définissent petit à petit lors d'une dynamique de groupe restreint. Le rôle de « production » correspond à la mise en acte d'une, voire de plusieurs solutions pertinentes confirmées par un expert de la discipline ou, à défaut, d'éléments de solution. À ce rôle s'attache l'exécution et la reconnaissance de la tâche réalisée et des connaissances acquises : proposer son expertise, confirmer ou infirmer des schémas, avaliser des solutions en tant qu'expert du sujet évoqué. Dans ce cadre, lorsque l'interne adopte cette posture, les stagiaires ont peu d'espace de pouvoir et de savoir (Lesne, 1977). C'est l'interne qui « sait » et qui

---

<sup>9</sup> Deux individus constituent déjà un groupe de travail.

« peut » (cf. entretien C : Lamia quand elle dit qu'elle trouve ça gai de leur [aux stagiaires] apprendre quand ils sont d'accord ; cf. travail clinique nécessitant une réaction efficiente immédiate, par exemple au poste des urgences).

Le rôle de facilitation correspond à tout ce qui doit être mis en œuvre pour permettre au rôle de production d'être exercé. Le rôle de « facilitation » correspond à un soutien lors de l'apprentissage de stratégies efficaces pour résoudre un problème posé : soutenir les orientations choisies, suggérer la construction d'un plan de travail, engager à explorer des voies nouvelles, faire estimer le chemin parcouru par rapport au but final, aider à définir un problème, faire expliquer le sens d'une question, d'une réponse tout en soulignant les oppositions pour suggérer des conflits socio-cognitifs. Dans ce cadre, lorsque l'interne adopte cette posture, le stagiaire partage un espace de pouvoir et de savoir avec l'interne (cf. entretien D : Lucie quand elle dit qu'elle leur donne des pistes et qu'elle se questionne aussi ; entretien A : Zoé quand elle dit qu'elle ne fera pas le travail à leur place mais qu'elle leur montre comment avoir accès [à des ressources]).

En ce qui concerne le rôle de « régulation », celui-ci recouvre explicitement toutes les interventions soutenant la facilitation et la production. Ce rôle consiste plus précisément à maintenir un climat serein, à apaiser les tensions potentielles, à veiller à la participation, à stimuler l'entrain et le dynamisme, à identifier l'origine d'un malaise, à accueillir les freins, à témoigner de la compréhension. Dans ce cadre, lorsque l'interne adopte ce rôle, il laisse au stagiaire un grand espace de pouvoir et de savoir (cf. entretien A : Zoé lorsqu'elle parle des stagiaires de 4<sup>e</sup> master lorsqu'elle dit qu'elle les veut bien dans son équipe et qu'elle les laisse faire quand elle sait qu'ils savent faire tout seul). À ce niveau, s'installe majoritairement un rôle de régulation de la dynamique entre deux membres d'une même équipe. Dans le même temps, s'installe une auto-évaluation et une auto-régulation de ses apprentissages par le stagiaire lui-même. Tout comme pour la première catégorie, des postures sont préférées à d'autres et, par là même, majoritairement adoptées par l'une ou l'autre de ces quatre accompagnatrices. À partir d'ici, la « Tripartition

des rôles » sera définie comme deuxième catégorie émergeant des données recueillies.



Figure 4. Tripartition des rôles au sein de groupes restreints.  
Une perspective psycho-sociologique

Avant de proposer la conceptualisation, il est important de souligner que ce sont les données de terrain qui nous ont guidée vers le recours aux écrits théoriques et non l'inverse. Nous n'avons pas fait appel à un cadre théorique pré-existant et nous n'avons pas cherché à en construire un avant cette recherche. Par ailleurs, au terme de la recherche, des écrits scientifiques sont proposés en tant qu'idées à confronter à la théorisation émergente. Le tableau 2 de la page suivante présente l'évolution de la recherche et distingue les dimensions émergentes après comparaisons des entretiens A et B (cf. tableau 1) avec l'entretien C puis avec l'entretien D.

## 5.6 Modélisation d'une théorie émergente enracinée

Lorsqu'on parle d'accompagnement des apprentissages, il s'agit d'un processus mixte fluctuant entre deux pôles que sont l'autonomisation des stagiaires – partenariat de réciprocité – et leur instrumentalisation – partenariat de service – lors des interventions cliniques des accompagnatrices. La posture centrale – partenariat associatif – représente la perspective pédagogique dans laquelle l'accompagnateur adopte une posture symétrique au niveau de la relation pédagogique avec

le stagiaire et non symétrique au niveau des connaissances. Cette posture de facilitation représente l'équilibre à ajuster par l'accompagnateur lorsqu'il tente d'approfondir une relation « partenaire », explicitement très valorisée à l'heure actuelle en contexte de formation bien qu'elle reste encore peu définie et/ou différemment interprétée. La figure 5 montre l'intégration entre la notion de partenariat et la notion de rôles généralement utilisée lors de l'analyse des interactions entre les membres d'un groupe de travail. Le tableau 2 précise les caractéristiques de chaque posture et le lien qu'elles entretiennent sur le développement des compétences, sur les objectifs, sur les méthodes et sur le type d'évaluation proposé tout en passant par des seuils d'autonomisation allant du : *En montrant, en expliquant, en observant, en corrigeant, en conseillant, en dirigeant...* au : *En laissant faire ...je suis toujours là au cas où...*(tableau 2).

Le partenariat associatif est identifié lorsque l'accompagnateur écoute, clarifie, reformule, renseigne des ressources accessibles, négocie un travail, propose des pistes, rencontre les attentes et les besoins de l'étudiant. Quant à celui-ci, il s'engage et s'investit dans la tâche négociée. Dans ce cas, le stagiaire évalue l'atteinte de ses objectifs d'apprentissage lors de son auto-évaluation suivie d'une co-évaluation. Il est alors considéré comme acteur de la relation à part entière. Il y a alors nécessairement reconnaissance des compétences de l'autre et acceptation du partage du pouvoir dans la relation. La place est alors laissée au stagiaire pour qu'il puisse s'exprimer sur la gestion d'un cas clinique d'un interne – voire d'un superviseur – et, comme Cicourel (2002, p. 182) le précise : « Le *novice* peut aussi dresser des listes de questions qui, tout en étant destinées à l'*expert*, contestent [discutent avec lui] explicitement ou indirectement l'autorité [le pouvoir-savoir] de celui-ci. »

Les accompagnateurs peuvent aborder trois rôles d'accompagnement des apprentissages des stagiaires au sein d'une relation de partenariat : un rôle soutenant la production (1°), un rôle soutenant la facilitation (2°) et un rôle soutenant la régulation (3°). Ce développement postural varie en fonction du contexte, de la personnalité des acteurs, des apprentissages à communiquer et des motivations de part et d'autre :

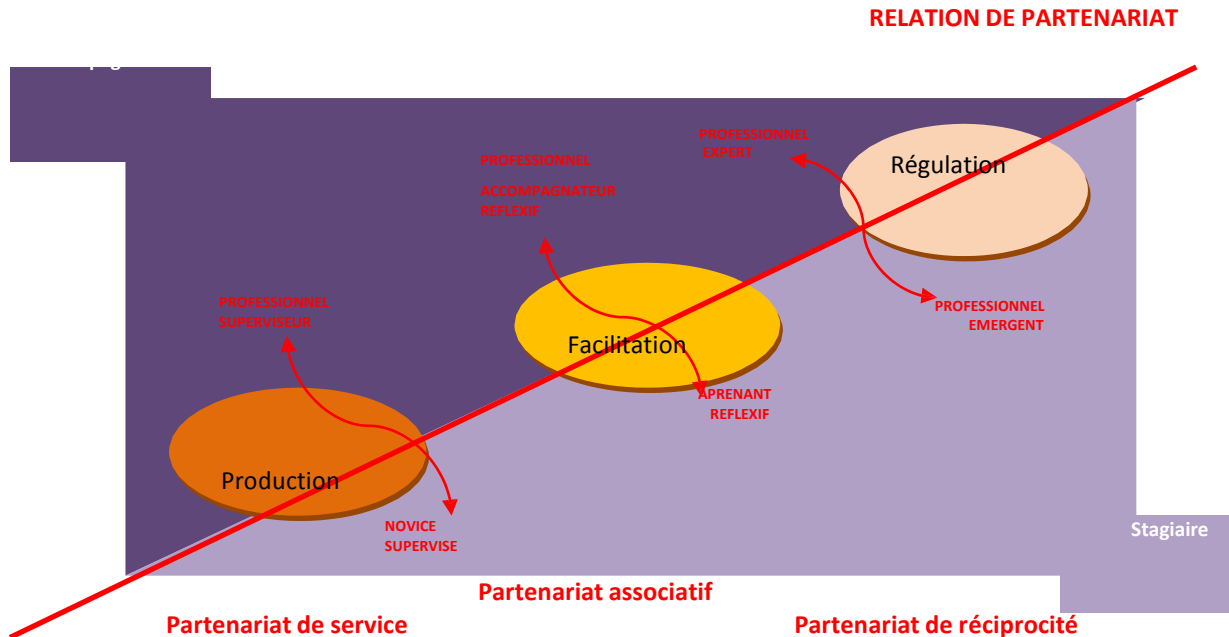


Figure 5. Modélisation (phase f) des postures d'accompagnement adoptées par les accompagnateurs des apprentissages des stagiaires en formation clinique médicale

1°. Le rôle de production : celui-ci s'apparente à un rôle d'intervention clinique qui consiste à faire preuve d'expertise dans la matière, à être garant des contenus d'apprentissage, à aider à faire comprendre les responsabilités et les exigences du stage tout en gérant les cas cliniques de manière efficiente et directive. Cette posture est le plus souvent adoptée par les accompagnatrices lors des urgences et en particulier lors des accouchements qui demandent une intervention rapide et précise. La relation avec le stagiaire est de l'ordre « de montrer patte blanche » ou « qu'il ne soit pas un boulet » ou encore « qu'il sache se tenir à sa place tout en étant disponible si on a besoin de lui ». Le stagiaire apporte une aide précieuse « s'il fait ce qu'on lui dit de faire ». Si les deux protagonistes ont le même objectif de réussite de l'intervention clinique, on peut parler d'une relation de partenariat de service dans le sens où l'acteur responsable – l'accompagnatrice – demande au partenaire – le stagiaire – de répondre à ses attentes de manière plus ou moins directive.

2°. Le rôle de facilitation : celui-ci est adopté lorsque l'accompagnatrice aide à définir les objectifs du stagiaire, lui propose des pistes, discute de la progression de ses apprentissages, le soutient dans son questionnement, l'aide à se positionner face à un choix thérapeutique, lui propose de faire des liens avec la théorie ou de reformuler un problème, discute des limites et des habitudes du contexte de travail ou encore, « lui laisse sa place progressivement, le laisse faire tout en restant vigilante ». Cette posture pédagogique peut être assimilée à une posture compréhensive et réflexive lorsque l'accompagnatrice se met à l'écoute des besoins et des attentes du stagiaire et guide ses apprentissages de manière semi-directive tout en maintenant une posture d'ouverture et de questionnement vis-à-vis de ses propres connaissances lors des échanges réflexifs : « J'aime bien d'expliquer les choses, je trouve que c'est agréable et puis, ça permet d'aller toujours plus loin dans la matière et de se remettre en question soi-même. » Si les deux protagonistes ont le même objectif de réussite de l'intervention clinique, on peut parler de « Collaboration » au sein d'une relation de « partenariat associatif » dans le sens où l'acteur responsable – l'accompagnatrice – guide le partenaire – le stagiaire – sur le chemin réflexif qu'ils empruntent ensemble.

3°. Le rôle de régulation : celui-ci consiste à favoriser les interactions entre les acteurs en adoptant un comportement non directif quant à la matière, tout en maintenant des relations propices à la collaboration en vue de la résolution d'une tâche commune. Les accompagnatrices optent pour cette posture lorsqu'elles « ont confiance dans le travail du stagiaire », c'est-à-dire lorsqu'il a atteint un degré d'autonomisation lui donnant accès à la gestion des cas cliniques, dans ce cas, non complexes. Une collaboration partenaire non directive s'installe autour d'une pratique réflexive partagée où les deux acteurs s'influencent mutuellement et où ils sont sollicités pour l'atteinte d'un objectif commun au sein d'une communauté de praticiens. Le stagiaire assume alors pleinement sa fonction naissante de membre de l'équipe. Cette relation de « Collaboration » s'identifie à un « partenariat de réciprocité ». L'une des accompagnatrices a ajouté qu'elle voyait le stagiaire de 4<sup>e</sup> master comme quelqu'un qui faisait partie du groupe d'accompagnateurs, plus comme un « médecin-stagiaire » (plus médecin que stagiaire) que comme « stagiaire-médecin » (plus stagiaire que médecin).

Ces trois rôles sont adoptés par l'accompagnateur en rapport avec le seuil d'autonomie du stagiaire, comme le montrent les ellipses de couleur réparties sur l'axe de la relation de partenariat (figure 5). Ainsi, l'accompagnateur adoptera majoritairement un rôle de production (de stratégies, d'hypothèses, de notions théoriques, etc.) avec le novice qui arrive en stage. Il adoptera majoritairement un rôle de facilitation avec l'apprenant lors d'échanges réflexifs (questionnement, positionnement, remise en question, etc.). Il adoptera majoritairement un rôle de régulation avec le pré-professionnel émergent. Les trois rôles seront donc toujours présents dans la relation mais à des degrés divers. Nous insistons sur le fait que, si la posture empruntée est *partenaire* au niveau d'une relation duale, le partage de ces trois rôles pourra être identifié entre les deux protagonistes de ce groupe restreint que forme l'accompagnateur et l'apprenant.

## Section III. Recherches empiriques - Chapitre 2

Tableau 2. Catégories (hachuré), dimensions (gris foncé) et propriétés (gris clair) émergentes après comparaisons des entretiens A, B, C et D

Relation entre les stagiaires et les accompagnateurs	Pour développer quels types de compétences ?	Avec quels objectifs d'apprentissage ?	Comment ?	Pour quels types d'évaluation ?	Avec quels résultats pour l'accompagnateur ?
<p><b>Expert-Novice</b></p> <p><b>PRODUCTION</b> Partenariat de Service</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>techniques procédurales, administratives (dossier patiente), cliniques (matériel clinique) et organisationnelles (poste de travail)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>acquérir des automatismes ;</li> <li>prendre en charge l'utilisation du matériel, des dossiers et des techniques cliniques ;</li> <li>apprendre l'importance de respecter les directives de travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>en montrant, en expliquant, en observant, en corrigeant, en conseillant, en dirigeant ;</li> <li>en disant qu'il doit faire ce que je lui dis de faire ;</li> <li>en pouvant compter sur lui à son poste de travail ;</li> <li>en disant qu'il a un rôle à jouer et qui si on a besoin de lui, il doit être là !</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>évaluation selon des critères d'évaluation des procédures préconisées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Main d'œuvre efficace à portée de main dans le cadre des interventions cliniques (urgences, accouchements et gardes de nuit) : on a besoin d'eux...</li> <li>Main d'œuvre efficace à portée de main dans le quotidien : il faut les diriger au début...</li> </ul>
<p><b>Facilitateur-Apprenant réflexifs</b></p> <p><b>FACILITATION</b> Partenariat Associatif</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>relationnelles et humaines (quand et où poser les questions, aspect humain, attention à la patiente, etc.) ;</li> <li>raisonnement clinique ;</li> <li>pratique réflexive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>faire des liens entre théorie et pratique clinique ;</li> <li>acquérir des compétences ;</li> <li>développer la pratique réflexive ;</li> <li>développer son autonomie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>en donnant des pistes ;</li> <li>en discutant des limites d'action ;</li> <li>en réfléchissant sur les liens avec la théorie avec lui ;</li> <li>en discutant de mon raisonnement ;</li> <li>en les faisant travailler progressivement ;</li> <li>en laissant faire tout en restant bien présent ;</li> <li>en cherchant des solutions ensemble ;</li> <li>en lui demandant de s'évaluer ;</li> <li>en donnant un feedback sur son log book (carnet de bord) ;</li> <li>en le sensibilisant sur l'aspect humain et le respect envers les patientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>co-évaluation ;</li> <li>co-régulation fondées sur les étapes du développement des apprentissages de l'étudiant et sur le référentiel de compétences à acquérir.</li> </ul>	<p><b>Effets positifs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>une estime de soi : c'est gai de partager et c'est gai quand on est d'accord ;</li> <li>une valorisation du travail commun : chouette remise en question ;</li> <li>une motivation : le log book est comme un stimulus pour nous aussi !</li> </ul> <p><b>Effets négatifs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>une frustration car peu de temps disponible entre les urgences, les soins ambulatoires, les cours, les consultations, les directives, les gardes de nuit... tout en accompagnant un grand nombre d'étudiants différents chaque mois ;</li> <li>une incertitude : on est entre deux eaux car double rôle (pédagogique et clinique) à jouer sans y être préparé ;</li> <li>un agacement : étudiant qui n'en à rien à faire de ce que je dis... ;</li> <li>une frustration : nous aussi on est supervisés et évalués !!! On pourrait aussi s'occuper de nous...</li> </ul>
<p><b>Professionnel-Professionnel</b></p> <p><b>RÉGULATION</b> Partenariat de Réciprocité</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>approfondissement et affirmation des compétences citées ci-dessus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>autonomisation des apprentissages ;</li> <li>responsabilisation des actes cliniques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En laissant faire... je suis toujours là au cas où...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>auto-évaluation ;</li> <li>auto-régulation</li> </ul>	<p>Une confiance entre les acteurs jusqu'à donner au stagiaire une place à part entière : On le veut bien dans notre équipe...</p>



## 5.7 Retour vers les acteurs

Cette étape est indispensable, que ce soit pour monter en théorisation, pour envisager la saturation théorique optimale, pour transférer ou pour ajuster la théorie émergente. Charmaz (2006, Histoire de souffrance n° 379) souligne qu'il est préférable de s'adresser à plusieurs lecteurs pour interpréter l'histoire que nous avons écrite : « *Whether we aim for recapturing experiential mood or for creating novel analyses, readers put our writing to the test.* » [« Si notre but est de préserver l'humeur empirique ou de créer de nouvelles analyses, l'objectif des lecteurs est de mettre notre écriture à l'essai. »] Les quatre accompagnatrices ont pris conscience de ce qu'elles faisaient (ou pas) en observant le modèle d'accompagnement proposé ainsi représenté. Dans cette phase de retour vers les acteurs (phase g), chaque entretien était individuel. Deux d'entre elles se sont reconnues plutôt dans le rôle de production dont une le « privilège à 100 % parce que c'est la patiente qui est prioritaire et qu'en plus ce n'est pas vraiment notre rôle de former les stagiaires... On le fait parce que ça a toujours été comme ça mais bon... ». Une autre a dit qu'elle se retrouvait dans les trois rôles : « Ça dépend des moments. » Et la dernière formule le fait qu'elle « ne savait pas que cela pouvait s'appeler comme ça » mais qu'elle « va essayer d'être encore plus dans ce rôle de facilitation ». Nous avons demandé à des accompagnateurs exerçant sur les trois autres sites G-O s'ils pouvaient se retrouver dans cette modélisation. Leur réponse étant affirmative, la transférabilité du modèle proposé est vraisemblable pour ce qui concerne ce département G-O.

## 6. Discussion des résultats

Cette recherche informe sur le processus d'accompagnement des apprentissages des stagiaires de 3<sup>e</sup> master par les accompagnateurs de G-O sur un site de stages cliniques de l'université de Liège. Cet accompagnement constitue un processus mixte combinant trois rôles : production, facilitation et régulation. Plus la relation tend vers un rôle de production, plus l'apprentissage se dirige vers des apprentissages d'automatismes, que ce soit d'ordre technique (p. ex. faire une prise de sang), administratif (p. ex. compléter un dossier de patiente), logique (p. ex. procédure prescrite de raisonnement clinique) ou attitudinal (p. ex.

procédure prescrite d'accueil d'une patiente). Par contre, plus la relation tend vers un rôle de facilitation, plus l'accompagnement développe les apprentissages réflexifs (p. ex. choix de stratégies de raisonnement clinique, choix d'interventions thérapeutiques interdisciplinaires et/ou multidimensionnelles, choix de stratégies relationnelles lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle à la patiente, etc.).

La posture d'accompagnement réflexif est investie lorsque l'accompagnateur adopte le rôle de facilitation. L'incarnation progressive de la pratique réflexive s'installe chez le stagiaire grâce à une conscientisation approfondie d'un acte clinique, grâce à une mise à distance de la situation, grâce à un questionnement et grâce à un positionnement adopté en pleine conscience pour développer son efficacité face à la disparité des situations cliniques qui se présentent à lui. Il devient alors un apprenant réflexif. D'après Guillemette et Gauthier (2008b), les stages ne seraient formateurs que s'ils sont réalisés dans une approche intégrée de pratique réflexive. Et, plus la relation tend vers la confiance entre des acteurs de terrain qui se trouvent « sur une même longueur d'onde », plus le stagiaire sera laissé libre de gérer l'autonomisation de ses apprentissages tout en étant reconnu pour sa professionnalité émergente (Jorro & De Ketele, 2012) au sein d'une communauté de praticiens cliniques.

La posture d'accompagnement s'inscrit au sein d'une relation de partenariat et de coopération. Chaque rôle – production, facilitation et régulation – peut être adopté par chaque accompagnateur en fonction du contexte d'intervention et du type d'apprentissage à développer chez le stagiaire. La variation de postures est due, soit au fait que les accompagnateurs sont eux-mêmes supervisés et évalués, soit au fait qu'ils ne se l'autorisent pas, soit parce que cette fonction pédagogique d'accompagnateur demeure relativement récente, insuffisamment définie et/ou non institutionnalisée. Mais cela peut être également dû au fait que, jusqu'ici dans nos institutions, la manière de guider les apprentissages s'identifie encore à des pratiques pédagogiques qui ne fonctionnent pas selon une logique d'émancipation des apprenants, quel que soit leur niveau d'études et que, comme le soulignent Donnay et Charlier (2008, p. 135), « une logique de conformisation s'oppose à une logique

d'autonomisation ». Ils ajoutent (p. 142) : « La tension entre une approche prescriptive et une approche réflexive est particulièrement explicite dans les grilles d'évaluation des stages utilisées par les superviseurs et les formateurs de terrain. »

## **7. Conclusion**

En faculté de médecine de Liège, les étudiants de 3<sup>e</sup> master parcourent différents lieux de formation clinique pour intégrer des apprentissages au sein de plusieurs départements des spécialisations médicales. Depuis l'année académique 2008-2009, un dispositif pédagogique réflexif est installé au département de G-O pour accompagner ces apprentissages. Cet accompagnement est le plus souvent assumé par des médecins en formation au niveau master complémentaire, les internes. Ceux-ci ne bénéficient pas pour autant d'une formation ou d'un accompagnement pédagogique facilitant l'exercice de cette fonction. Le dispositif propose de révéler cette fonction encore trop peu (re)connue tout en identifiant ses spécificités et en questionnant les internes qui accompagnent les stagiaires.

La question de recherche posée était la suivante : comment les accompagnateurs se représentent-ils cette fonction d'accompagnement des apprentissages des stagiaires qu'on leur demande d'investir depuis 2008-2009 ? La Méthodologie de la Théorisation Enracinée (MTE) nous a permis de répondre à cette question. Celle-ci fait émerger des résultats enracinés dans le vécu des acteurs de terrain et théorisants dans le sens où ils s'organisent petit à petit en une théorie émergeant du vécu des acteurs du contexte de recherche. Et, comme le soulignent Bourdieu et Winkin dans leur préface d'un manuel de Cicourel (2002, p. 14) : « Pour Cicourel, dont le rapport au monde est concret, physique, réaliste, il ne peut être question d'énoncer une proposition sans l'ancrer dans une expérience professionnelle forte : il faut qu'il voie, touche, respire ce qu'il étudie. »

Il est intéressant de noter un lien essentiel entre la MTE, la pratique réflexive, la posture d'accompagnement et la pédagogie active où l'action précède le savoir (Schön, 1983/1994). Toutes fonctionnent sur la base du principe d'induction. Ainsi y a-t-il, comme le souligne Guillemette (2006,

p. 34), « suspension temporaire du recours à des cadres théoriques existants ». Les procédures, processus, outils, savoirs, attitudes et affects déjà acquis par les acteurs du terrain concerné sont « suspendus » au début d'une recherche MTE. Le travail n'est pas fondé sur des savoirs d'expert définis *a priori* mais sur les savoirs naissant *a posteriori* au fur et à mesure des liens d'interdépendance qui s'organisent étroitement entre le recueil des données et leurs analyses construites dans un processus unique et intégrateur.

La modélisation représente le principal apport de cette recherche. Elle permet de comprendre les postures adoptées des accompagnateurs sur un site hospitalier à propos de leur fonction d'accompagnement des apprentissages des stagiaires. Dans le cadre d'une recherche comme celle-ci, la modélisation aide à conscientiser les acteurs à propos des postures d'accompagnement qu'ils privilégient de prime abord autant que sur les postures qu'ils pourraient adopter en empruntant des chemins d'accompagnement variés. La posture de facilitation développée lors d'une relation de « partenariat associatif » est une posture intermédiaire à faire grandir entre le « partenariat de service » et le « partenariat de réciprocité ». Ainsi, comme Paul (2009, p. 24) le souligne :

« On passe alors d'un modèle de la formation comme transmission à celui de développement de compétences dans lequel le formateur doit opter pour le développement d'une autre posture, celle de facilitateur, en créant les conditions d'apprentissage et les conditions de construction de l'expérience sollicitant la réflexivité. »

Dans le même temps, cette recherche fait émerger le défi socio-culturel lié à la démarche d'émancipation-autonomisation de l'apprenant ainsi soulevé dans notre institution car, comme le soulignent Donnay et Charlier (2008, p. 139) : « On pourrait qualifier ce changement de rupture épistémologique dans la mesure où le formateur passe d'un paradigme normatif à un paradigme de l'émergence de la singularité du stagiaire, d'une part, et un retour aux faits le plus dépouillé possible des subjectivités des un et des autres, d'autre part. »

### Chapitre 3

#### **Vers un modèle d'apprentissage réflexif. Recueil de traces d'apprentissage formulées dans les *log books* des stagiaires en médecine**

---

En faculté de médecine de Liège, les étudiants de 3<sup>e</sup> master parcourent différents lieux de formation clinique pour intégrer des apprentissages au sein des départements de spécialisations médicales. Depuis l'année académique 2008-2009, un dispositif pédagogique réflexif (Vierset, Frenay, Bédard & Giet, sous presse) est installé au département de Gynécologie-Obstétrique (G-O) pour accompagner les apprentissages des stagiaires lors de leur parcours clinique. La question posée dans cet article est la suivante : comment se manifeste la posture réflexive dans les *log books* des stagiaires et quelles formes prend-elle dans les traces formulées par les stagiaires ? Autrement dit : que nous disent les traces récoltées à ce propos ?

La Méthodologie de la Théorisation Enracinée (MTE) (Corbin & Strauss, 2014 ; Glaser, 1965, 1978, 1992 ; Glaser & Strauss, 1967/2010 ; Guillemette, 2006b ; Guillemette & Luckerhoff, 2012) propose une analyse compréhensive et interprétative des données. Les données (dans ce cas, écrits des stagiaires) sont soumises, les unes après les autres, à une circularité d'analyses multiples afin d'identifier les liens conceptuels qui se construisent entre elles tout en les comparant progressivement les unes aux autres. Ce processus permettra l'émergence de catégorie(s) conceptuelle(s), à la fois ancrée(s) dans le vécu des acteurs de terrain et *théorisable(s)* (Glaser, 1965) dans le sens où elles s'organisent petit à petit en une théorie émergente des données recueillies. Le résultat est présenté sous la forme d'un schéma modélisant les postures réflexives adoptées par les stagiaires.

Vierset, V. & Guillemette, F. Vers une posture réflexive. Recueil de traces d'apprentissage formulées dans les *log books* des stagiaires en médecine. Article proposé pour publication à la revue *Approches Inductives* en janvier 2015. Sous presse.

### 1. Introduction

La formation clinique des stagiaires au département de Gynécologie-Obstétrique (G-O) de l'université de Liège constitue le centre du projet pédagogique mis en place avec les stagiaires de 3<sup>e</sup> master et les médecins qui les accompagnent. Car, bien que la formation théorique soit organisée majoritairement sous la forme d'Apprentissage Par Problème (APP ; *PBL*, *Problem Based Learning*), et d'Apprentissage du Raisonnement Clinique (ARC), le transfert des apprentissages n'est pas organisé sur le parcours des stages des étudiants. Ceux-ci éprouvent des difficultés à mobiliser leurs acquis et à les organiser sur un terrain pratique. Or, par essence, les stages cliniques correspondent potentiellement au lieu de résurgence optimal des savoirs acquis et de leur mobilisation dans une logique de développement des compétences professionnelles. C'est pourquoi, durant l'année académique 2008-2009, un dispositif pédagogique réflexif est mis en place sur le parcours des stages G-O. Sa finalité est d'accompagner les apprentissages des stagiaires *externes* le plus souvent accompagnés de médecins *internes*, nommés aussi *assistants* ou *résidents* selon les contextes d'apprentissage. Ce dispositif réflexif (Vierset, Frenay, Bédard & Giet, sous presse) est organisé selon sept modalités pédagogiques :

1. Formulation de livrets pédagogiques destinés aux stagiaires des quatre sites de stages G-O de la faculté de médecine de Liège : Livret 1 « Informations pratiques » et Livret 2 « Compétences et évaluations » ;
2. Organisation et animation d'ateliers fondés sur l'analyse d'incidents critiques rencontrés par les stagiaires lors d'un de leurs vécus en situation professionnelle : Ateliers d'Apprentissage de la Communication Clinique (ACC) et Ateliers de Partage Réflexif ou de Pratique Réflexive (APR). Ce nouveau type d'atelier invite les stagiaires à entrer en questionnement et en positionnement au sujet des situations cliniques qu'ils ont vécues<sup>1</sup> ;

---

<sup>1</sup> Des exemples de situations cliniques proposées par les stagiaires lors des ACC se trouvent en annexe 5.

3. Installation d'un outil d'apprentissage et d'accompagnement réflexifs : *log book* (carnet de route ou journal de bord) dans lequel les stagiaires formulent trois cas cliniques qu'ils ont rencontrés lors du stage en faisant référence aux capacités à développer pour exercer la profession, telles que l'ARC, l'ACC et l'APR, formulées dans le référentiel de compétences ;
4. Organisation d'un processus d'auto-évaluation/co-évaluation/auto-régulation : fiches d'auto-évaluation présentant des items connus tant par les stagiaires que par les accompagnateurs afin d'évaluer ensemble vers les *learning outcomes* formulés dans le référentiel de compétences ;
5. Accompagnement des accompagnateurs : l'accompagnement des apprentissages des stagiaires est le plus souvent assumé par des jeunes médecins (assistants, internes ou résidents) qui ne bénéficient pas pour autant d'une formation ou d'un accompagnement pédagogique facilitant l'exercice de cette fonction pédagogique. Néanmoins, ces accompagnateurs se retrouvent lors de séances de travail pédagogique nommées *Midis pédagogiques* afin de clarifier ensemble cette fonction qui leur a été proposée dès l'installation du dispositif en 2008-2009. L'objectif de ces réunions est d'optimiser l'organisation pédagogique du dispositif tout en les sensibilisant à l'adoption d'une posture davantage tournée vers les apprentissages des stagiaires ;
6. Planification des postes de travail au sein du service G-O avec un système de rotation, semaine après semaine, afin que chaque stagiaire ait l'occasion de rencontrer les différentes réalités du terrain G-O ;
7. Utilisation d'un référentiel de compétences précisant les *learning outcomes* d'année en année, de la 1<sup>re</sup> à la 4<sup>e</sup> année de master, pour ce qui concerne les stages G-O. Ce référentiel, nommé Guide d'Apprentissage et d'Accompagnement (GAA), a été construit avant l'implantation du dispositif (2008-2009), lors de l'analyse des

besoins de la profession en partenariat avec les acteurs de terrains (Vierset, De Ketele, Foidart & Nisolle, 2010).

Ces modalités sont toutes intégrées les unes aux autres dans le but d'engager les acteurs de la relation pédagogique dans l'adoption d'une posture réflexive, porteuse du transfert des apprentissages (section I, chapitre 1) et de (trans)formation des savoirs (cognitifs, socio-cognitifs et affectifs-relationnels) toujours renouvelés, sinon à renouveler.

### 2. Problématique

Bien que les stagiaires adhèrent à ce nouveau dispositif de manière exponentielle d'année en année, nous nous posons la question des postures réflexives qu'ils adoptent. La posture réflexive étant une posture de base facilitant la création de nouveaux apprentissages transférables à des situations inédites, il est essentiel d'identifier ces traces réflexives sur un parcours d'apprentissage. Notre questionnement porte donc sur les effets engendrés par le dispositif à l'égard de l'adoption d'une posture réflexive par les acteurs pédagogiques. Dans le cadre du dispositif réflexif qui a été organisé pour accueillir plus d'une centaine de stagiaires de 3<sup>e</sup> master par année académique, il a été proposé à chacun de construire un *log book* (modalité 4). Les stagiaires ont rédigé un *log book* lors de leur stage d'un mois effectué sur leur terrain clinique d'accueil. La recherche présentée dans cet article est focalisée sur l'analyse des traces réflexives relevées dans cet outil, investi très différemment par les stagiaires, pour trouver des réponses à notre questionnement. Le principal point d'appui communiqué aux stagiaires pour rédiger ce *log book* est de suivre le processus DQRpA (Vierset, Frenay, Bédard & Giet, sous presse) inspiré des phases du processus réflexif d'explicitation proposé par Kolb (1984)<sup>2</sup> :

- Description de l'*Expérience* (prise en charge d'une patiente par un médecin), D ;
- Questionnement et *Explicitation* lors du processus de conscientisation à propos de l'observation de cette prise en

---

<sup>2</sup> Guillemette nomme ce modèle, le modèle des 4 EXs (Vierset & Guillemette, 2014).



charge, à propos des attitudes prises, à propos des représentations, à propos des ressentis évoqués par les acteurs en présence c'est-à-dire, tout au moins, le médecin, la patiente et le stagiaire (qu'est-ce que je me suis dit à ce moment là ? Qu'est-ce qui se passe pour moi ? Quelles sont mes croyances à ce sujet ?), Q ;

- Recherche, positionnement et *Explication* en référence à des ressources fiables (bibliographiques et/ou humaines), acquisition de savoirs avec positionnement argumenté vis-à-vis de la prise en charge, Rp ;
- Identification des Acquis à investir dans l'action future, *Expérimentation*, en vue de l'amélioration de son efficacité, A.

Les stagiaires ont le choix de la chronologie de la présentation du processus. Toutefois, tous les points DQRpA doivent être présentés en tenant compte d'un niveau de lisibilité facilitant le travail du lecteur. Les objectifs de la réalisation de cet outil *log book* concernent la mise en conscience des savoirs, des attitudes, des stratégies et des émotions par le questionnement réflexif afin de faciliter les transferts des apprentissages (re)construits lors des situations vécues formulées par les stagiaires. Ils peuvent se référer à une grille d'auto-évaluation d'Apprentissage de la Pratique Réflexive (APR) fondée sur les items DQRpA. Cette grille est présentée en annexe 1 : « Grille d'auto-évaluation APR »<sup>3</sup>.

### 3. Objectifs de recherche

Le premier objectif (Objectif de recherche 1) de cette présente recherche est d'identifier les différentes formes données par les stagiaires à leur posture réflexive. Autrement dit, la question posée se résume ainsi : « sous quelle(s) forme(s) se manifeste la pratique réflexive chez les stagiaires ? » Le deuxième objectif (Objectif de recherche 2), lié au

---

<sup>3</sup> Grille d'auto-évaluation APR (Apprentissage de la Pratique Réflexive) destinée au stagiaire. Elle présente exactement les mêmes items que la grille d'évaluation APR destinée au professeur lors de l'examen G-O fondé sur la présentation du *log book* par le stagiaire.

premier, concerne le transfert des ressources acquises lors des ateliers (ACC, APR) organisés lors des stages G-O (ou lors des cours organisés dans le cadre de la faculté). Autrement dit, la question posée se résume ainsi : « les ressources discutées, construites et/ou conceptualisées avec les stagiaires dans un cadre théorique *in vitro* (en dehors de la réalité clinique) sont-elles mobilisées sur le terrain de pratique clinique *in vivo* (sur le terrain clinique) ? »

#### 4. Analyse des traces formulées dans les *log books* des stagiaires

Les traces réflexives concernent ce que le stagiaire a observé, ressenti, pensé et/ou appris lors de la situation clinique qu'il a observée et à laquelle il a eu l'occasion de participer. Les stagiaires de 3<sup>e</sup> master ne pouvant pas encore gérer cliniquement les situations qu'ils rencontrent, cette pratique réflexive liée à une *observation participante* (Malinowski, 1926 ; Winkin, 1981) constitue le premier stade d'apprentissage de la réflexivité précédant le stade d'une pratique réflexive à propos de leurs propres actions cliniques. Car, comme le soulignent Martin, Doudin, Pons et Lafortune (2004, p. 42) à propos du travail de prise de conscience des enseignants et des élèves :

« Il devrait être plus aisé d'engendrer des prises de conscience portant sur les interactions sociales que sur les fonctionnements cognitifs. Dans cette optique, on demandera d'abord à des élèves d'essayer de prendre conscience de ce qui s'est passé dans un travail de groupe avant de les interroger sur leur propre fonctionnement cognitif [social et affectif]. Enfin, il serait également plus simple de stimuler d'abord la prise de conscience du fonctionnement cognitif ou de la pratique professionnelle d'autrui avant de réfléchir à son propre fonctionnement. Ainsi, il conviendrait de procéder à l'analyse et à la prise de conscience de la pratique professionnelle des collègues de l'enseignant [de l'apprenant] avant de s'attarder à la sienne propre [...] Nous pouvons donc imaginer une gradation de la manière d'intervenir dans la formation initiale ou continue des enseignants [des médecins], plus particulièrement en ce qui concerne l'analyse de leur pratique. »

Ainsi, cet article présente une analyse qualitative de traces réflexives relatives à l'observation de situations cliniques vécues par les stagiaires de 3<sup>e</sup> master sur le terrain clinique de G-O pour ce qui concerne la prise en charge des patientes par des médecins (médecins G-O et/ou internes). Ces traces sont formulées par les stagiaires dans leur *log book*, outil intégratif de l'APR (Apprentissage de la Pratique Réflexive) en ce qui concerne l'ARC (Apprentissage du Raisonnement Clinique) et l'ACC (Apprentissage de la Communication Clinique) du stagiaire.

Si nous avons insisté sur l'intégration de ces deux capacités (ARC et ACC) dans la construction du *log book*, c'est parce qu'elles constituent deux capacités intégratives de la compétence « Gérer une situation clinique » formulée dans le référentiel de compétences. N'étant pas médecin nous ne sommes pas rentrée dans l'analyse des traces réflexives de l'ARC, ni dans l'analyse de l'élaboration progressive des liens entre ARC et ACC. Par contre, ayant été organisatrice et co-animatrice des ateliers d'ACC, leur analyse et leur transcription étaient plus proches de nos compétences pour nous permettre de réaliser ce travail de recherche. Il devenait alors évident qu'il fallait isoler les traces réflexives d'ARC de celles d'ACC pour faciliter l'analyse de ces dernières.

Ainsi, avant d'élaborer notre recherche proprement dite, nous avons réalisé un tri entre les données concernant l'ACC et les données concernant l'ARC de soixante *log books* rédigés par les stagiaires accueillis sur les terrains cliniques G-O durant l'année 2013-2014. Ce tri entre l'ACC et l'ARC constitue une étape préliminaire à la recherche MTE. Cette recherche se focalise donc uniquement sur les traces réflexives liées à la communication clinique (ACC) construite lors de la relation médecin-patient en G-O, observée et formulée par les stagiaires dans leur *log book*. La pratique réflexive soutenant le transfert des apprentissages, nous nous sommes parallèlement intéressée aux ressources théoriques relatives à l'ACC qui ont été mobilisées par les stagiaires lors de leur analyse de la situation clinique.

Une récente recherche (Derobertmasure & Dehon, 2012) destinée à évaluer les traces de réflexivité d'un futur enseignant en formation a été organisée en utilisant des logiciels d'analyse textuelle (*In vivo*, QDA, etc.).

Les phases successives du processus réflexif ont été identifiées au sein des *rapports réflexifs* réalisés par des stagiaires, en partant de la description pour construire une conceptualisation relative à une situation vécue en passant par le questionnement et par la proposition de solutions alternatives. Cette recherche a été construite à partir d'une grille de codage construite en fonction de la littérature développant le sujet de la réflexivité. Nous avons été tentée de procéder de la même manière en fondant notre analyse sur le processus réflexif tel que nous l'avons proposé aux stagiaires. Les phases DQRpA auraient été considérées alors comme grille de codage. Toutefois, la MTE favorisant une liberté face aux modèles pré-établis tout en laissant émerger le vécu des acteurs, s'accorde mieux, à notre avis, avec les notions de pratique réflexive, de conscientisation et de subjectivation des savoirs (au sens large du terme). C'est pourquoi cette recherche est réalisée par MTE. Au fur et à mesure du processus de recherche par MTE des catégories vont émerger des données recueillies. Nous présentons dans les lignes qui suivent leur processus d'émergence ainsi que les ressources théoriques que nous avons mobilisées *a posteriori* pour, qu'au terme de l'analyse, nous puissions proposer une modélisation des données.

### **4.1 Émergence d'une première catégorie : « Acteurs inscrits dans une situation clinique »**

Après plusieurs lectures des traces d'ACC dans soixante *log books*, nous en avons choisi dix en fonction de leurs différents apports et de leurs limites lors d'un premier codage<sup>4</sup>. Ces dix textes porteurs de traces réflexives relatives aux ACC ont été lus et relus plusieurs fois également. Les lectures répétées de ces *log books* nous ont guidée vers la distinction des propos relevant du médecin en charge de la situation clinique (et de son entourage), des propos de la patiente (et de son entourage) et des propos des stagiaires. Certains d'entre eux ont choisi d'écrire à propos des trois acteurs inscrits dans la relation, y compris d'eux-mêmes, au moment de l'action c'est-à-dire lors de l'observation de la situation à gérer par le médecin. D'autres stagiaires ne s'incluent pas dans la situation observée.

---

<sup>4</sup> La première phase de codage MTE est nommée *codage ouvert* (Corbin & Strauss, 2014 ; Glaser, 1978).

D'autres encore évoquent préférentiellement la relation entre le médecin et la patiente en parlant peu de la patiente sinon pas du tout. Ce premier compte rendu de codage nous invite à établir un lien avec un concept émergeant également lors des ateliers ACC : le principe de *résonance*.

Le principe systémique de *résonance*, tel qu'il est abordé par Elkaim (1989), nous est apparu comme une ressource à investir d'emblée dans cette analyse, comme nous le faisons lors d'un exercice proposé dans un des ateliers d'ACC<sup>5</sup>. Un modèle qui résonne dans une école, un hôpital, une famille ou dans n'importe quelle autre institution s'appelle un *isomorphisme*. Pour comprendre le concept d'isomorphisme, intimement lié aux *résonances* d'attitudes d'un individu à un autre ou d'une structure à une autre, ou encore d'un système à un autre, nous faisons appel aux concepts utilisés en analyse systémique (Benoît, Malarewicz, Beaujean, Colas & Kannas, 1988, p. 2) : « Le terme d'isomorphisme désigne d'abord un concept mathématique selon lequel, lorsque deux structures peuvent être superposées de manière isomorphique, à chaque élément d'une structure correspond un élément de l'autre structure, en ce sens que chacun des éléments joue le même rôle dans leurs structures respectives. »

Schröd (2004) rappelle que cette notion d'isomorphisme a été transposée en thérapie familiale, en lien avec le fonctionnement des intervenants et des institutions. Dans ce sens, l'isomorphisme ne constitue pas une correspondance d'élément à élément, mais une correspondance de relations se créant à l'intérieur d'un même système constitué de plusieurs individus. En milieu hospitalier, la construction de l'isomorphisme s'appuie sur les informations (actes, dires, pensées, émotions et sensations) que livrent progressivement le patient et son entourage,

---

<sup>5</sup> Exercice proposé dans les ateliers ACC : lors de cet exercice, nous proposons aux stagiaires de construire un tableau de deux colonnes pour qu'ils y précisent ce en quoi, pour eux, un médecin est un « *bon médecin* » et ce en quoi, pour eux, un patient est un « *bon patient* ». Nous obtenons alors une représentation groupale du médecin et du patient « *idéaux* ». Il apparaît, à chaque atelier, chaque fois différemment formulée, une résonance de comportements perçue comme idéale entre celles du médecin et celles du patient (cf. annexe 2 : « Exemples de résonance proposés par les stagiaires lors des ateliers ACC »).

lesquelles entrent en résonance avec les informations communiquées par l'intervenant thérapeutique, par les infirmières, et vice-versa<sup>6</sup>.

Nous envisageons dans cette recherche la question de la *résonance* (de représentations, d'attentes, de besoins, d'émotions, etc.) que la relation induit tant chez la patiente que chez le médecin, voire chez le stagiaire. Qu'il soit psychologue, psycho-pédagogue, assistant social, médecin ou toute personne ayant une profession intimement liée à la relation professionnelle avec un individu ou avec un groupe d'individus, le processus de *résonance* (Elkaïm, 1989) peut être identifié. Dans ce cadre d'analyse de traces réflexives, le repérage de ce processus de *résonance* dans la relation médecin-patient est une piste qui se dessine lors des premières lectures des *log books*.

Nous décidons alors d'organiser les situations formulées dans les dix *log books* des stagiaires selon une structure commune dans laquelle vont s'inscrire les trois acteurs de la relation. Cette structure proposée pour soutenir la conceptualisation est une structure dont nous nous servions pour conceptualiser le principe de *résonance* lors des ateliers ACC. Cette structure est présentée en annexe 3 : « Structure de Carte Conceptuelle (CC) construite en tant qu'outil pédagogique pour interagir avec les stagiaires lors des ACC au sujet du principe de résonance » (Vierset & Fohn, 2011).

Dans cette structure, vont apparaître le stagiaire, le plus souvent en observation participative, le médecin, acteur agissant et, enfin, la patiente, actrice s'il en est de la relation thérapeutique en construction lors d'une consultation clinique. Cette structure rendue commune aux dix premières situations cliniques formulées dans les *log books* constitue le compte rendu de ce premier codage. La catégorie émergente est nommée « Acteurs inscrits dans une situation clinique ». Elle est constituée de trois dimensions représentant les réactions-attitudes des trois acteurs de la situation clinique : la patiente, le médecin et le stagiaire. Chaque situation

---

<sup>6</sup> Par exemple, Dessoy (1997) insiste sur le fait que c'est la manière dont l'institution répète une partie essentielle de l'organisation familiale qui va maintenir le patient atteint psychologiquement dans son état malade. Il existe alors un processus de reproduction de la structure familiale au sein de la structure thérapeutique.

clinique analysée est envisagée selon la structure commune proposée. Dix cartes conceptuelles sont ainsi construites, une par situation choisie dans des *log books*. Un exemple est proposé en annexe 4 : « Exemple de Carte Conceptuelle (CC) construite à partir d'une situation clinique formulée par un stagiaire dans son *log book* ».

### 4.2 Émergence d'une deuxième catégorie : « Posture réflexive »

Tout en alimentant la structure commune selon la première catégorie émergente définie jusqu'ici, s'extrait progressivement une autre catégorie émergente<sup>7</sup>. En effet, il apparaît de plus en plus clairement que le processus réflexif s'inscrit dans les traces analysées. Le codage des traces se réalise alors selon une logique réflexive impliquant les trois acteurs entrant en résonance dans la relation. Voici les *verbatim* formulés par un stagiaire pour une situation qu'il a vécue et restructurée, selon son processus réflexif :

- Description de l'Expérience (mes émotions et mes réactions, les réactions et émotions que j'observe chez la patiente, les émotions et réactions que j'observe chez le médecin) : « Moi, j'étais interpellé par la situation. La patiente d'origine italienne était assez exubérante. Elle criait et semblait avoir très mal. Elle présentait des signes tangibles de douleur. » Quant à lui, « le médecin paraissait très énervé et frustré devant le manque d'indices cliniques » ;
- Questionnement et Explicitation (ce que je me dis dans ma tête) : « Je me demande si le ressenti de la patiente n'a pas été perturbé par la dubitation que nous éprouvions à son égard. Je me demande si dire à la patiente "je ne sais pas ce que vous avez" et reconnaître ne pas avoir la réponse à tout est si compliqué et rabaisant pour le médecin. »
- Recherche, positionnement et Explication (en référence, dans ce cas-ci, à ce que le médecin m'en a dit, en tant que personne-

---

<sup>7</sup> Cette phase de codage MTE constitue la phase de *codage axial* (Corbin & Strauss, 2014 ; Glaser, 1978).

ressource) : « Il est difficile de ne pas étiqueter les patients. Le sentiment d'impuissance devant un cas comme celui-ci peut nous irriter et nous amener à perdre patience. »

- Identification des Acquis et non-acquis et Expérimentation (ce que j'ai appris, comment je me positionne et ce que je retiens pour ma pratique future) : « Ce cas m'a permis d'apprendre qu'il ne faut pas juger trop vite les patients. Je pense que pour gérer la frustration que nous pose ce genre de cas, il faut avant tout garder son calme, et ce même devant le sentiment d'impuissance que nous inspire ce genre de situation. »

Au niveau des ressources bibliographiques, bien que les recherches à propos de la communication clinique (ACC) restent rarement évoquées, les stagiaires commencent à se documenter de ce côté-là lorsqu'ils veulent approfondir le sujet. Toutefois, ce point reste le plus souvent négligé (à la différence du raisonnement clinique (ARC) qui croule sous les propositions de références bibliographiques). Dans leur *log book*, les stagiaires formulent généralement, mais non systématiquement, ce qu'ils ont appris soit aux ateliers d'ACC, soit au cours de psychologie clinique de 1<sup>re</sup> master auquel ils ont participé en faculté, soit aux ressources humaines rencontrées sur le terrain clinique (médecins, infirmières, psychologue, etc.) qu'ils ont questionnées à ce sujet. C'est pourquoi, la phase d'explication formulée dans les CC identifie, soit « ce que le médecin en disait », soit « ce que j'ai retenu des ateliers d'ACC », soit « ce que j'ai retenu du cours de 1<sup>re</sup> master », soit, bien que trop rarement, une référence bibliographique plus précise abordant le sujet de la relation médecin-patient ou tout autre sujet abordant la communication, comme par exemple, l'analyse transactionnelle (Berne, 1977), l'écoute active (Gordon, 1967), etc.

Nous tenons à préciser que, dans le cadre de ce dispositif, les entretiens réflexifs ainsi que les écrits récoltés dans les *log books* évoquent la pratique réflexive comme faisant partie du moment de décontextualisation de l'action. Or, initialement, la réflexivité évoque la réflexion *in action* (Schön, 1983/1994). Ce qui est essentiel à comprendre,



selon Schön, c'est que cette réflexion porte, non sur la réflexion après l'action (Décontextualisation) mais sur la réflexion pendant ou dans l'action *hic et nunc*, même si cela se réalise *après coup*, tel un *flashback* (Contextualisation). Saint-Arnaud (2001, p. 19) ajoute : « L'objectif ultime de la praxéologie [et de la pratique réflexive] est de former des praticiens capables de s'auto-réguler rapidement dans l'action [...]. Par ailleurs, l'apprentissage de cette compétence est facilité lorsqu'on se donne le temps de découvrir, *après coup*, les mécanismes que l'on a utilisés plus ou moins consciemment dans une intervention. » Autrement dit, dans le cadre de rédaction du *log book*, le moment d'*explicitation* devrait, selon Schön (1983/1994), Kolb (1984), Vermersch (2011) et Saint-Arnaud (2001), maintenir l'acteur dans le moment présent de la contextualisation de l'action, car c'est ce moment qui contient l'essence de la posture réflexive : la mise en conscience. Cependant, comme le souligne Vermersch (2011, p. 59) :

« Il ne s'agit pas de privilégier de manière absolue une position de parole au détriment de l'autre, ce serait absurde. Mais, plus de rétablir l'équilibre entre ces deux points de vue complémentaires. Il me semble important de voir la valeur des deux positions, et encore plus l'intérêt de la flexibilité qui permet, selon les besoins et les buts, de passer d'une pensée formelle décontextualisée [désincarnée] à une pensée incarnée [contextualisée]. »

À ce niveau, au fur et à mesure des lectures des *log books*, nous identifions l'utilisation de plusieurs temps de conjugaison, allant du présent à l'imparfait en passant par le passé composé, et ce dans la formulation d'une même situation clinique. Or, la conjugaison au présent (Vermersch, 2011) indique l'importance d'être présent à soi-même lors de l'expérience tout autant que lors de l'évocation de l'expérience en *flashback*. Cet approfondissement de la posture réflexive n'a pas pu être ni soulevé, ni investi au sein du dispositif installé.

En les relisant encore, nous voyons que certains étudiants parlent, soit en « nous » (« nous », membres d'une communauté de médecins), soit en « je » (« je », individuel professionnel), soit en « il » ou « elle » (le médecin/la médecine), soit en « on/il » (impersonnel). Nous choisissons de nommer cette catégorie émergente, « posture réflexive » en référence à

Vermersch (2011) qui suggère l'utilisation du « Je » lors de la phase d'explication pour mieux fournir l'occasion au stagiaire d'exprimer sa subjectivité.

### 4.3 Sélection de la catégorie centrale : « Posture réflexive »

À présent, nous proposons de dire comment nous avons pu définir, à partir du recueil de données, cette catégorie en tant que catégorie centrale. Comme nous le verrons ci-dessous, au fur et à mesure de la recherche ont émergé quatre axes indicateurs de réflexivité : indicateur d'engagement personnel (axe 1), indicateur de subjectivation des savoirs (axe 2), indicateur de projection dans la professionnalité future (axe 3) et indicateur de prise de position personnelle par rapport à celle qu'a prise le médecin en charge de la situation clinique (axe 4). Ainsi, après avoir identifié ces quatre axes, nous décidons que cette catégorie « Posture réflexive » constituera la catégorie centrale<sup>8</sup> émergeant des vécus des stagiaires en réponse à notre question de recherche concernant l'analyse les traces réflexives formulées par les stagiaires. Nous développons maintenant chaque axe, un après l'autre.

#### 4.3.1 Axe 1 : « Indicateur d'engagement personnel »

Ainsi avons-nous pu identifier un premier axe (figure 1) émergent. Nous le nommons « Indicateur d'engagement personnel » du stagiaire dans le questionnement au sujet de la situation clinique. Selon ce que nous avons pu retirer des données, cet axe se développe selon quatre seuils. Le premier seuil correspond à une très grande implication et/ou à une intégration précoce dans le corps médical lorsque le stagiaire s'y identifie en utilisant le « nous » en tant que faisant partie d'une communauté de praticiens (1). Le deuxième seuil correspond à l'utilisation d'un « je » en tant que médecin (2). Le troisième seuil correspond à un éloignement de l'individu moins directement concerné par la situation ; c'est « la médecine » qui est concernée (3). Le quatrième seuil correspond à l'utilisation de formules impersonnelles, *toutes faites* (4). Les *verbatim* ci-dessous proviennent de *log books* différents :

---

<sup>8</sup> Cette phase de codage MTE constitue la phase de *codage sélectif* (Corbin & Strauss, 2014 ; Glaser, 1978).

1. « ...que nous éprouvions à son égard », « ...la frustration que nous pose ce genre de cas... » et « ...ce sentiment d'impuissance que nous inspire ce genre de situation. »
2. « Je ne savais que faire devant le désespoir de cette jeune femme... », « J'ai été choquée de voir la préparation du bébé mort. »
3. « À travers le suivi de cette personne, j'ai réalisé à quel point le versant humain et communicationnel de la médecine est important. », « Je me suis rendu compte de l'implication émotionnelle qu'un médecin pouvait avoir avec un patient. »
4. « J'ai appris qu'il fallait rester critique aux informations données par le patient. »

À la recherche de repères théoriques, nous faisons appel une fois encore à Vermersch (2011, p. 62) qui rappelle que :

« La position de parole "formelle" s'accompagnera de généralisation : chaque fois que je fais, en général, la plupart du temps, jamais [...] mais aussi de nominalisation c'est-à-dire tous les mots abstraits qui renvoient à un sens idéal : la liberté, l'intérêt, la méthodologie [la médecine]. Ces indicateurs montrent que le sujet ne s'exprime pas au sujet d'un vécu spécifique, mais qu'il est au niveau d'une classe de tâches. Inversement, la prise de parole incarnée [posture réflexive] se manifestera sous la forme d'un vocabulaire spécifique, descriptif, concret, relié à des connotations sensorielles. Il semble aussi que lorsque l'évocation est fortement présente, le sujet verbalise facilement au présent, en prenant la parole de manière directe (présence de "je"). »

De plus, à ce propos, Jorro et De Ketele (2011, p. 9) rappellent que : « Non seulement, il est possible d'imaginer un cheminement de l'acteur au point de vue de l'incorporation de compétences mais aussi une affirmation de soi dans ses modes d'action [et de réflexion]. » L'utilisation du « je »

nous apparaît, dans ce cas, comme synonyme d'une affirmation de soi dans ses modes de réflexion.

### 4.3.2 Axe 2 : « Indicateur de subjectivation des savoirs »

Il a été possible d'identifier un deuxième axe (figure 2) émergeant des données. Nous le nommons « Indicateurs de subjectivation des savoirs ». Cet axe se développe selon quatre seuils. Le premier seuil correspond à une très grande capacité de subjectivation des savoirs tout en tenant compte des principes déontologiques de la communauté de praticiens dans laquelle le stagiaire s'inscrit (1). Le deuxième seuil correspond à la mise en conscience de ses croyances personnelles (2). Le troisième seuil correspond à l'intention de n'envisager que la subjectivité du patient (3). Le quatrième seuil correspond à une formulation généralisante et impersonnelle (4) :

1. *« J'ai appris à me détacher de nos propres principes pour pouvoir entendre ce que la patiente nous dit d'elle et de sa vie. »*
2. *« Cette situation m'a fait comprendre que la relation médecin-malade ne se résume pas à devoir gérer les émotions de son patient. Il est tout aussi important de savoir contrôler mes propres émotions. », « J'ai parfois difficile de dépasser mes a priori négatifs. »*
3. *« Il est important de prendre en compte la subjectivité du patient »*
4. *« On doit prendre en compte l'aspect relationnel avec le patient. »*

Lors de notre recherche théorique sur ce sujet, nous faisons appel au propos de Vanhulle (2009, p. 246) : « Nous ne prétendons pas qu'elle [l'écriture réflexive] soit le mode de subjectivation par excellence. Mais, elle peut être explorée comme un véritable instrument de co-construction de soi et des objets : 1. Dans la mesure où elle est de la pensée en train de se forger et de se transformer au fil de la mise en discours (d'une idée, d'une réaction, d'une expérience, d'un espoir, d'un sentiment, d'un rien ou d'un trop-plein). 2. Dans la mesure où elle consiste à mobiliser sans cesse

le langage avec ses caractéristiques, ses mécanismes, ses codes et ses ressources. » L'exercice de subjectivation des savoirs se situe dans les formes que les stagiaires donnent à ce qu'ils ont appris. Ces formes varient en fonction de chaque individu, en fonction de son rythme, en fonction du sens qu'il y trouve, en fonction de sa motivation à s'y engager, des enjeux sous-jacents qui tracent ses développements écrits et de son potentiel de remise en question de ses savoirs, de ses croyances, de ses actes et de ses attitudes.

Nous remarquons que ces deux premiers axes qui émergent dans chaque *log book* sont intimement liés. À ce propos, Vanhulle (2009, p. 247) souligne : « Un fait remarquable est que les étudiants qui investissent le plus dans l'écriture réflexive et qui, ce faisant, vont plus loin dans la transformation des significations, sont ceux qui s'engagent le plus dans les dispositifs et prennent dès lors le plus les tensions en charge. » Après l'analyse des dix premiers *log books*, nous vérifions la récurrence de ces deux axes sur cinq autres *log books*. Nous pouvons alors conclure que les deux axes qui émergent s'articulent au sein de la même catégorie centrale nommée « Posture réflexive ». La catégorie émergente sélectionnée se révèle selon deux axes de codage qui évoluent de manière concomitante : l'axe indicateur d'engagement personnel et l'axe indicateur de subjectivation des savoirs.

### **4.3.3 Axe 3 : « Indicateur de prise de position personnelle »**

Un troisième axe (figure 3) est identifié lors des lectures des *log books* : l'axe « Indicateur de prise de position personnelle par rapport au positionnement du médecin ». Cet axe se compose de quatre seuils qui renseignent sur le comment les stagiaires disent qu'ils sont d'accord, ou pas, avec le médecin en charge de la situation clinique. Certains stagiaires, soit formulent une position différente de celle qu'a prise le médecin, allant ainsi à l'encontre de la manière dont il l'a gérée, soit confirment la position prise par le médecin (1). D'autres stagiaires s'associent au médecin pour discuter leur prise de position (2). Le troisième seuil correspond à un questionnement mais sans formuler de prise de position (3). Le quatrième seuil correspond à un vide de formulation à ce sujet (4) :

1. « *Je trouve que dire à la jeune fille ce que le médecin a dit est discutable alors qu'elle vivait très mal cette annonce* » et « *Je pense que la prise en charge par le médecin était adéquate. En effet, des recherches que j'ai faites avec d'autres intervenants, il en ressort...* »
2. « *Je pense que l'intern e , e t moi-même, aurions dû prendre plus de temps pour expliquer à la patiente sa pathologie.* »
3. « *Je me pose encore des questions au sujet de la position asymétrique [paternaliste], comme l'a prise le médecin, à prendre avec une patiente dans le but de lui faire prendre conscience de l'importance du suivi thérapeutique.* »
4. Pas de prise de position formulée. Pas de questionnement.

Il n'était pas facile pour le stagiaire de faire cet exercice car les prises de position, surtout par écrit, ne lui sont pas familières, et encore moins lorsqu'il s'agit de formuler ses questionnements à propos de l'action d'un médecin qui l'accompagne. Il serait bien trop téméraire pour lui de s'engager dans cette voie réflexive s'il n'a pas pu précédemment interagir avec le médecin pour échanger leurs questionnements au sujet de la situation clinique formulée dans son *log book*. Dans le cas contraire, ses questionnements pourraient être perçus par le médecin comme un jugement ou comme une critique, surtout si ce dernier n'a pas adopté lui-même une posture réflexive vis-vis des questions du stagiaire. Et, si une relation de partenariat entre les deux acteurs se reconnaissant mutuellement engagés dans l'interaction professionnelle qu'ils vivent *hic et nunc*, chacun ayant sa place au sein de la résolution d'un problème, facilite le processus réflexif (Vierset, sous presse), il n'est pas dit qu'à l'heure actuelle, ce soit le type de relation pédagogique le plus couramment proposé aux stagiaires. En effet, Jorro et De Ketele (2011, p. 14) précisent : « Les stagiaires énoncent à quel point la traversée des contextes [différents lieux de stages cliniques] les expose à des modes différenciés de reconnaissance. Dans tel lieu, ils se sentent reconnus et ont le sentiment de pouvoir s'accomplir. Dans d'autres lieux, le régime d'invisibilité les fragilise : ils ne se sentent pas à leur place. [...] La variabilité du processus de reconnaissance s'énonce sur le mode de la difficulté. La

capacité des stagiaires à faire face à ces sphères de reconnaissance constitue une expérience vive du processus de professionnalisation. »

### 4.3.4 Axe 4 : « Indicateur de projection dans la profession future »

À la (re)lecture des *log books*, un quatrième axe (figure 4) s'ajoute à la catégorie émergente. Cet axe 4 est nommé « Indicateur de projection dans la professionnalité future ». Tant les « je devrais faire » et « j'aurais dû faire » peuvent être considérés comme des *vœux pieux*, tant la conjugaison des verbes au futur « je ferai » et « je proposerai » peuvent s'inscrire dans un futur professionnel. Cet axe se développe selon quatre seuils. Le premier seuil correspond à une grande capacité de projection dans le futur (1). Le deuxième seuil identifie clairement une position dans le présent, à dépasser dans l'avenir (2). Le troisième seuil correspond à ceux qui se questionnent sur leurs possibilités dans l'avenir (3). Le quatrième seuil correspond aux stagiaires qui restent dans des propos de grande généralité (4) :

1. « *Ce cas me permettra de mesurer avec plus de facilité la balance des bénéfices/risques de chacune de mes décisions dans ma pratique médicale future* », « *Cette situation m'a permis de vivre une situation réelle (pathologie vue au cours d'endocrinologie mais pas en situation de grossesse) qui me permettra à l'avenir de communiquer de façon optimale avec mes confrères et de garantir la meilleure prise en charge de mes patientes* » et « *À l'avenir, je resterai aux côtés de la maman.* »
2. « *Il faut réussir à garder une certaine distance affective tout en cherchant le bien-être de la patiente par l'empathie. Je ne pense pas avoir assez de maturité pour gérer actuellement ce genre de situation et dépasser cette dualité.* »
3. « *je ne sais pas si j'aurai son répondant.* »
4. « *Je pense avoir encore beaucoup à apprendre en la matière.* »

Selon Vassileff (1997, p. 45) : « La projection [dans la professionnalité] exprime la démarche de l'individu qui donne du sens à ses pensées et à ses actes à partir de ses propres conceptions. C'est cette démarche, expression du désir, qui fonde l'autonomie et qu'il convient en premier lieu de développer chez les formés [les apprenants]. » Ainsi, les stagiaires, en se projetant dans le futur professionnel à partir d'une situation clinique qu'ils ont analysée, construisent précocement leur manière de s'y engager ou de chercher à s'engager dans une communauté de praticiens.

### **5. Modélisation de la posture réflexive adoptée par les stagiaires**

Pour indiquer la profondeur, voire la progression, de l'ancrage de la posture réflexive chez le stagiaire, nous proposons quatre schémas de forme pyramidale, un pour chaque axe. Ces figures 1, 2, 3 et 4 représentent les quatre axes émergeant des données du vécu des acteurs de terrain selon différents seuils de pratique réflexive. Ces quatre axes s'articulent au sein de la catégorie centrale émergente nommée « Posture réflexive ».

La modélisation proposée rend compte de plusieurs éléments nourrissant la réflexivité tant sur le plan de l'engagement dans l'action (axe 1) et sur le plan de la subjectivation des savoirs (axe 2) que sur le plan de la projection dans la professionnalité future (axe 3) et sur le plan de la prise de position personnelle (axe 4). Comme nous l'avons déjà évoqué, une méthode de recherche qui travaillerait à partir de modèles d'analyse pré-inscrits ou pré-existants à la recherche ne peut pas apporter de modèle neuf puisqu'ils pré-existent déjà à la recherche. C'est pourquoi nous avons décidé de choisir une approche inductive telle que la MTE. Ainsi, la MTE permet de ne pas confirmer une phrase de Vanhulle (2009, p. 243) : « En abordant nos analyses de cas, nous savions déjà que les processus énonciatifs, ou les manières dont les sujets se construisent peu ou prou à travers leur discours, ne seraient pas à proprement parler "modélisables" [...] Sans doute peut-on décrire et expliquer des activités de subjectivation dans la mesure où l'on pratique une méthode permettant de déceler leur orientation, leur mouvement (Bronckart & Friedrich (1999, p. 52). » Dans ce cas, nous pouvons dire que la MTE a permis de rendre les données recueillies modélisables.



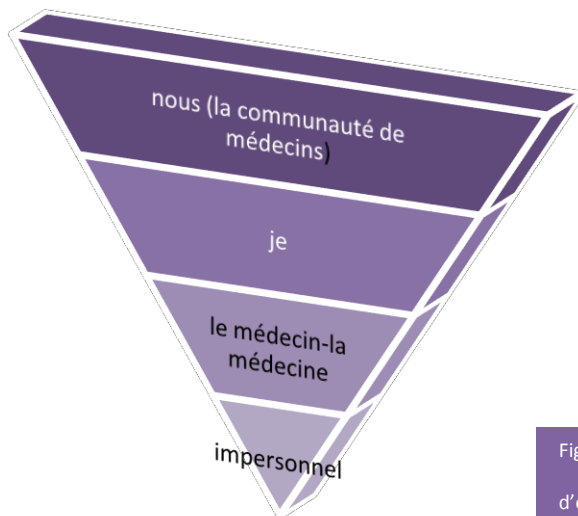


Figure 1. AXE 1. Seuils et indicateurs d'engagement personnel dans la gestion de l'action

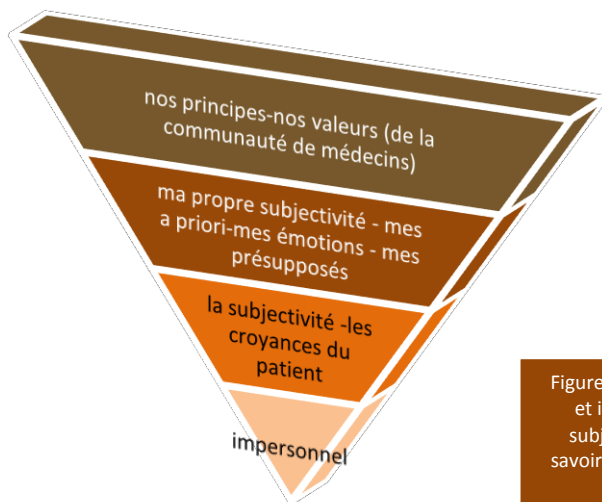


Figure 2. AXE 2. Seuils et indicateurs de subjectivation des savoirs dans la gestion de l'action

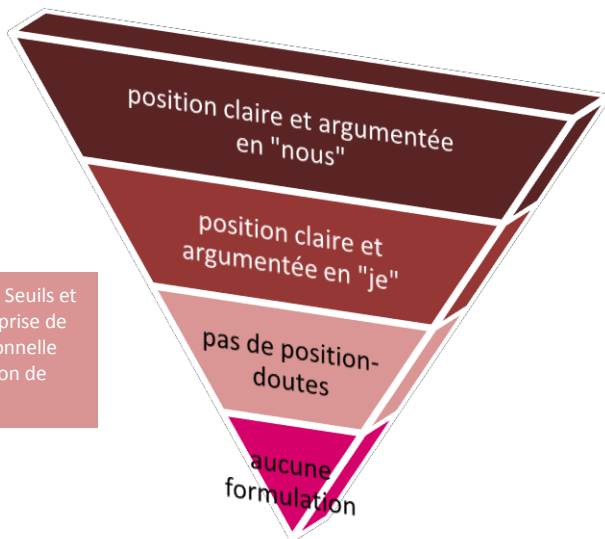


Figure 3. AXE 3. Seuils et indicateurs de prise de position personnelle dans la gestion de l'action

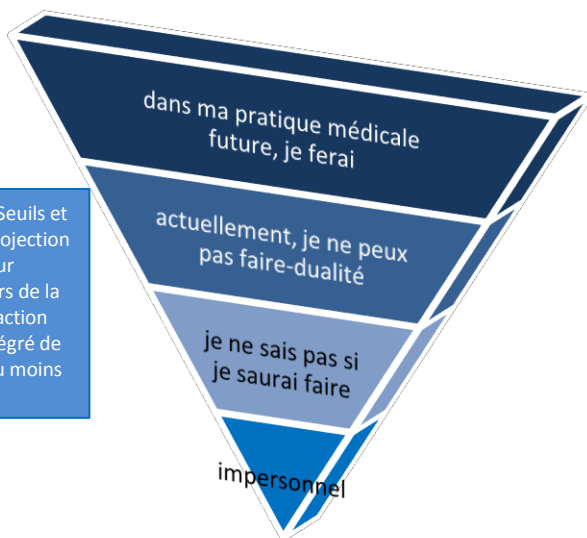


Figure 4. AXE 4. Seuils et indicateurs de projection dans le futur professionnel lors de la gestion d'une action présentant un degré de similarité plus ou moins éloigné

En résumé, cette recherche aboutit à une modélisation de la pratique réflexive articulée autour de quatre axes émergents chacun proposant quatre seuils de réflexivité :

- axe 1 : Indicateur d'engagement personnel : formulation en un « nous » faisant partie d'une communauté de médecins (1), formulation en « je » (2), formulation distanciée en invoquant ce que dit « la médecine » (3), formulation impersonnelle (4) ;
- axe 2 : Indicateur de subjectivation des savoirs : évocation de « nos valeurs » en tant que valeurs de la communauté de médecins (1), évocation de « sa propre subjectivité » (2), évocation de la « subjectivité du patient » (3), évocation impersonnelle (4) ;
- axe 3 : Indication de prise de position : prise de position claire et argumentée en un « nous » faisant partie d'une communauté de médecins (1), prise de position claire et argumentée en « je » (2), pas de prise de position, expression de doutes (3), pas de formulation à ce sujet (4) ;
- axe 4 : Indicateur de projection dans la profession future : « Je ferai » (1), « actuellement je ne peux pas faire » (2), « je ne sais pas si je saurai faire » (3), formulation impersonnelle (4).

Si nous lions ces quatre axes sous la forme d'un moulin à vent fonctionnant avec quatre ailes catalysant le processus de pratique réflexive (figure 5), nous pouvons continuer de nous adosser à cette métaphore jusqu'à dire que plus l'envergure des ailes (axes de réflexivité) et plus le vent seront présents (apprentissage/accompagnement réflexifs en ordonnée et situations d'apprentissage contextualisées authentiques en abscisse), plus la posture réflexive (le cercle rouge au centre) activera la réorganisation et la transformation – le transfert – des connaissances (flèches vertes qui entrent et sortent du moulin) d'une situation connue (vert clair) à une situation inconnue que l'étudiant est en train de vivre

(vert foncé), tout en s'incarnant dans une *professionnalité émergente*, que Jorro et De Ketele (2011, p. 9) définissent ainsi :

« La professionnalité émergente suppose une "première construction d'un soi professionnel" pour des stagiaires se destinant en formation initiale vers le monde du travail. Elle renvoie également à la "construction renouvelée d'un soi professionnel" pour les acteurs qui ont déjà une expérience. Il ressort de ces deux situations que la professionnalité émergente pourrait être entendue comme la caractéristique de tout professionnel cherchant à se développer professionnellement, voire à se perfectionner tout au long de son activité professionnelle et faisant l'expérience de tâtonnements qui conduisent à des restructurations du soi professionnel. [...] Le fait d'attribuer un caractère professionnel à l'activité d'un stagiaire revient à identifier des savoirs en cours de construction ou déjà incorporés qui demandent encore d'être reliés à d'autres composantes identitaires, sociales et institutionnelles. » Ainsi, nous pouvons dire que le processus réflexif a émergé chez les stagiaires selon ce qu'ils étaient prêts à en faire, par tâtonnements et selon les seuils qu'ils ont décidé (consciemment ou non) de franchir.

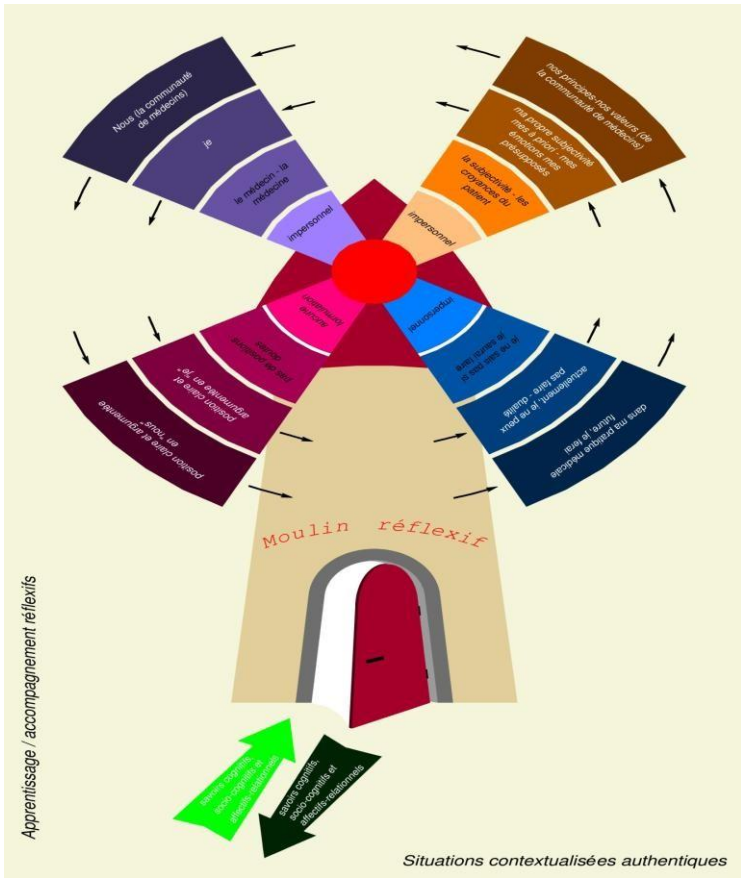


Figure 5 : Modélisation de la posture réflexive adoptée par les stagiaires en médecine G-O (3<sup>e</sup> master)

### 6. Discussion des résultats

Bien que les stagiaires adhèrent au dispositif réflexif de manière exponentielle d'année en année, nous nous sommes posé la question des postures réflexives qu'ils adoptent. La posture réflexive étant une posture de base facilitant la création de nouveaux apprentissages transférables à des situations inédites, il est essentiel d'identifier ces traces réflexives sur un parcours d'apprentissage tel que celui des stages. Notre questionnement porte sur les effets engendrés par le dispositif à l'égard de la posture réflexive, envisagée comme une des compétences à développer durant le stage G-O. La construction du *log book* représente une des modalités installées dans le cadre du dispositif réflexif au niveau des stagiaires de 3<sup>e</sup> master accueillis sur plusieurs terrains cliniques de G-O. Ainsi, tous les stagiaires ont un *log book* à réaliser lors de leur stage effectué lors de leur passage d'un mois sur un terrain clinique de G-O.

La recherche présentée dans cet article se focalise sur l'analyse des écrits de cet outil investi très différemment par les stagiaires, afin de trouver des réponses à notre questionnement : sous quelle(s) forme(s) se manifeste la pratique réflexive chez les stagiaires ? Le premier objectif de cette présente recherche est donc d'identifier les différentes formes données par les stagiaires à leur posture réflexive (Objectif de recherche 1). Le deuxième objectif, lié au premier, concerne le transfert des ressources acquises, soit lors des ateliers organisés dans le cadre des stages G-O, soit lors des cours communiqués en faculté (Objectif de recherche 2). Autrement dit, les ressources discutées, construites et/ou conceptualisées avec les stagiaires dans un cadre théorique *in vitro* (en dehors de la réalité clinique) sont-elles mobilisées sur le terrain de pratique clinique *in vivo* (sur un terrain pratique) ?

Cette recherche aboutissant à cette modélisation répond au premier objectif (Objectif de recherche 1). En effet, celle-ci provient du fait que les stagiaires ont fait preuve de réflexivité sous différentes formes, chacun ayant développé son *log book* selon des seuils de réflexivité qui sont spécifiques à leur état de progression, allant de la formulation impersonnelle d'une situation clinique à la prise de position vis-à-vis de l'action gérée par un interne. Ce transfert a pu s'organiser grâce à la

contextualisation des apprentissages, aux Ateliers (ACC et APR) organisés sur le lieu de stages et à l'accompagnement individuel que nous avons pu proposer (toujours en lien avec les ateliers) où nous leur proposons d'approfondir leur questionnement à propos de leur manière d'envisager la relation thérapeutique avec les patientes en rapport avec des situations qu'ils avaient vécues. Les problèmes mal définis rencontrés dans une structure hospitalière (situation cible), c'est-à-dire possédant un haut niveau de discrimination avec la situation d'apprentissage apprise au cours (situation source) exerce le processus de transfert créatif mais pour que ce processus s'enclenche, il est essentiel que l'accompagnateur intervienne pour le rendre conscient aux yeux du stagiaire (Tardif, 1999) lors d'un entretien réflexif (en tant que miroir réfléchissant le processus d'apprentissage du stagiaire).

Des écrits scientifiques sur le sujet de la modélisation de la pratique réflexive nous informent sur l'existence de deux modèles proposant des niveaux de réflexivité. Le premier modèle est celui de Van Manen (1977). Il distingue trois niveaux de réflexivité : *technical reflection – practical reflection – critical reflection*. Le premier niveau représente les moyens réflexifs mis en œuvre par l'apprenant pour atteindre les objectifs fixés dans l'action. Le deuxième niveau représente l'engagement de l'apprenant vis-à-vis du développement d'une pratique personnalisée intégrant ses croyances, ses convictions et ses valeurs personnelles (Peters *et al.*, 2005, cité par Derobertmeasure, 2012). Le troisième niveau représente le questionnement de l'apprenant sur le statut et les influences exercées sur sa profession au sujet de l'éthique liée aux actions réalisées et au sujet des finalités de l'éducation (Derobertmeasure, 2012). Si des écrits réflexifs formulés par des enseignants en formation ont été analysés dans le cadre d'une analyse de contenu fondée sur ces trois niveaux (Hatton & Smith, 1995), il n'existe pas, à notre connaissance, d'études réalisées à partir de l'analyse de traces réflexives formulées par des médecins en formation.

La modélisation proposée devrait pouvoir guider les apprenants lors de leurs exercices réflexifs tout en les soutenant lors de l'adoption de cette posture réflexive, non coutumière dans notre université. Une prochaine étape de travail pourrait s'organiser autour de l'initiation des stagiaires (et des accompagnateurs) à la posture réflexive selon Vermersch (2011). Cette

posture réflexive plus spécifique n'apparaît que très rarement dans les *log books* analysés, car cette position non spontanée, formulée en « je » et investie d'une conjugaison au présent, comme s'ils (re)vivaient l'action en *flashback*, leur est encore, pour la plupart d'entre eux, inconnue.

Cela étant dit, le dispositif réflexif mis en place en 2008-2009 est toujours un projet en progression. Les stagiaires ont participé habilement aux nombreux changements qui étaient proposés, dont la réalisation d'un travail écrit pendant le stage (*log book*). En plus de suivre des étapes du processus réflexif (DQRpA), qu'ils n'avaient pas l'habitude de suivre, il leur était demandé de prendre position vis-à-vis de la prise en charge d'une patiente par un superviseur, le plus souvent, médecin interne. Ce travail représentait déjà à lui seul un *challenge* pour les stagiaires. Nous pensons que ce n'était pas le moment de leur en demander plus. Nous avons préféré ne pas prendre le risque des les voir abandonner à cause d'une trop grande amplitude du changement installé. De plus, étant seule pour organiser, planifier et gérer le dispositif réflexif, il n'a pas été possible dans ce contexte de travail G-O d'organiser une formation à la pratique réflexive. En plus et dans le même temps, ayant réalisé ce travail selon leurs stratégies, leurs ressentis et leurs besoins personnels *hic et nunc*, nous y voyions une recherche du sens qu'ils ont pu donner à la construction de cette *œuvre*, chacun, selon son rythme, selon sa perception, tout en tenant compte du contexte de travail et des acteurs y agissant.

C'était un défi, car l'émergence du potentiel réflexif pré-existant en chaque stagiaire relevait d'une gageure au début de l'installation du *log book* tant ils semblaient insécurisés par ce que nous leur demandions de réaliser. En groupe, les ateliers ACC et APR (incidents critiques qu'ils ont proposés eux-mêmes) leur ont donné l'occasion d'évoquer et de discuter des pistes de travail. Par la suite, l'accompagnement individualisé fondé sur le travail qu'ils étaient en train de réaliser s'identifiait à un entretien d'explication et de questionnements semi-directifs pour qu'ils questionnent eux-mêmes non seulement leurs incertitudes mais aussi leurs certitudes au sujet des situations cliniques évoquées dans leur *log book*.



À partir du moment où les stagiaires ont pu percevoir le sens que cet outil pouvait avoir au niveau de leur apprentissage, les plaintes concernant ce travail d'écriture « à faire en plus du stage » ont petit à petit disparu. Certains ont pu percevoir l'avantage de savoir sur quoi était fondé l'examen de G-O. D'autres ont pu percevoir l'avantage d'un travail de questionnement et de recherche à propos de la pratique clinique qu'ils étaient en train de vivre. De la même façon, certains superviseurs et internes ayant observé l'investissement des stagiaires dans ce travail relatif à leurs pratiques, ont pris plus volontiers part aux partages réflexifs avec les stagiaires. Cette prise de conscience du sens de cet outil a facilité les échanges réflexifs entre la majeure partie des acteurs du système, y compris le responsable de département et examinateur des *log books* qui a pu saisir l'occasion d'entamer des discussions avec son équipe médicale à propos des situations cliniques formulées dans l'un au l'autre *log book*. Cette stratégie *bottom up*<sup>9</sup> est nommée dans le cadre de ce projet *percolation réflexive* puisqu'elle remonte des stagiaires vers les internes puis vers les médecins G-O et enfin vers le responsable du département de G-O.

Par ailleurs, cet outil est utilisé pour l'examen de G-O organisé au terme du stage de 3<sup>e</sup> master. La fiche d'auto-évaluation APR (annexe 1) propose des items correspondant aux différentes phases du processus réflexif DQRpA. Cette fiche présente l'avantage de donner une forme institutionnalisée à la pratique réflexive, encore très peu intégrée à la faculté de médecine de Liège, tout en informant d'une possibilité d'opérationnalisation des processus réflexif, auto-évaluatif et auto-régulatif. Ainsi, le *log book* et la fiche d'auto-évaluation qui l'accompagne permettent de soutenir l'étudiant dans la progression de ses compétences de manière concrète. Cela étant dit, le travail d'un stagiaire activant un processus réflexif en émergence, accompagné par un médecin avec qui il a partagé ses doutes, ses craintes et ses faiblesses ne devrait pas, à notre avis, être évalué dans sa forme définitive par ce même médecin, à moins que celui-ci fasse fi de ce qui a été dit lors du travail d'accompagnement

---

<sup>9</sup> L'approche *topdown* (approche descendante) s'oppose à l'approche *bottom up* (approche ascendante). Cette dernière évoque les stratégies qui se mettent en place pour activer, avec les acteurs directement concernés, les pistes de réalisation d'un projet.

réalisé auparavant, ce qui semble difficile à imaginer. Dans le cas contraire, il nous semble important de rappeler les inconvénients d'être à la fois accompagnateur et examinateur d'un même travail :

- 1°. Certains stagiaires vont tenter de faire preuve de *désirabilité* face à l'examineur tout en se montrant sous leur meilleur jour (biais de désirabilité nommé *effet Bradley* [Bradley, 1982]) en lui proposant ce qui devrait *a priori* l'intéresser le plus, c'est-à-dire sa spécificité disciplinaire, et cela aux dépens de leurs propres intérêts socio-professionnels et formatifs (p. ex. : « Qui va faire passer l'examen ? Parce que si c'est un tel, je vais choisir un cas d'obstétrique, si c'est un tel autre je prendrai une chirurgie. ») ;
- 2°. Dans le même sens, certains *log books* dépassent 20 pages manuscrites (les consignes conseillent neuf pages au maximum pour parler de trois situations cliniques), présentent de belles photos et sont tirés à quatre épingles<sup>10</sup>. La rédaction de tels *log books* demande un temps considérable pris au cours du stage. Ce type de travail venant généralement de « bons étudiants » peut impressionner l'examineur et, de fil en aiguille, devient alors un modèle à suivre pour les stagiaires suivants lors de l'accompagnement d'autres stagiaires. Ce n'est pas le but recherché dans ce cadre. Au contraire, le *log book* est un carnet de bord destiné à y coucher ses pensées personnelles qui émergeraient lors du vécu de l'action, par une mise en mots, comme si le stagiaire revivait la situation, si cela est possible. Cette façon de faire présente des similitudes avec les entretiens de développement personnel, dans le sens où l'individu apprend à gérer les tensions dialectiques qui émergent de la confrontation entre les formes d'apprentissage et de comportement socialement acceptables qu'il a intériorisés (ou non) jusqu'ici. L'émergence d'un autre « je » à ajuster en cohérence avec son discours, avec ses attitudes tout en continuant de se développer par rapport à un cadre professionnel pourrait être une autre façon de formuler l'objectif de ce travail. Car, comme le souligne Vanhulle (2009, p. 246) : « L'écriture

---

<sup>10</sup> Très soigné, très apprêté, endimanché.

réflexive constitue un moyen puissant pour inciter l'étudiant à faire l'expérience du dépassement des tensions.» Il nous semble important de rester vigilant sur ce point. Le *log book* est un travail de rédaction et de réaction *in situ*. C'est un travail de *création* personnelle (Lesne, 1977) et non un travail de *reproduction* de ce que certains stagiaires ont déjà réalisé auparavant ;

- 3°. Une posture réflexive incarnée ne peut être évaluée que dans une proposition formative, car le stagiaire, en formulant sa démarche réflexive, présente des erreurs, des limites (et c'est cela qu'on cherche) qu'il donne à lire à un accompagnateur réflexif censé le soutenir dans le dépassement de ses limites. Il est évident que stratégiquement l'étudiant ne dévoilera pas ses erreurs face à un examinateur qui va lui donner une note d'évaluation, ce que, dans le cas contraire, il pourrait faire avec un accompagnateur.

Pour ce qui concerne le transfert des notions proposées aux ACC (Objectif de recherche 2) – destinés à sensibiliser les stagiaires à la relation médecin-patient – et leur mobilisation dans les *log books*, les cartes conceptuelles (annexes 3 et 4) parlent d'elles-mêmes lorsqu'elles présentent les notions de communication évoquées dans les *log books* sous l'intitulé : « ce dont je me suis souvenu des ateliers d'ACC ». Certaines notions abordées et analysées au cours de ces ateliers (situations cliniques proposées par les stagiaires) sont mobilisées dans les *log books* de manière très concrète, très singulière et très explicative. Les stagiaires évoquent les concepts de processus de deuil (sidération, déni, etc.), d'amortisseurs psychologiques, de verbal et non verbal, de position haute et basse, de position symétrique et complémentaire, de représentations socio-culturelles et individuelles, de valeurs, de croyances, de cultures, d'informations aux patientes, d'agenda du patient, de résonance de comportements et d'émotions dans la relation, d'empathie<sup>11</sup> et de différenciation, de sympathie, de compassion, etc. Des acquis d'ACC ont

---

<sup>11</sup> Proposition d'une métaphore : Quelqu'un se jette dans un puits. Deux personnes entourent ce puits : un *sympathique* et un *empathique*. Le *sympathique* va s'y jeter aussi pris par un mouvement instinctif d'attraction. L'*empathique* va lui jeter une corde pour le sortir du puits pris dans un mouvement à la fois de compréhension de ce qui se passe pour lui et d'aide pour le secourir.

donc été mobilisés dans les *log books* lors du processus réflexif où les stagiaires se sont engagés.

Cela étant dit, les stagiaires ont investi ce travail chacun à leur manière et avec des intensités différentes. Certains ont posé leur questionnement et positionnement de manière logique et rationnelle sans parler de ce qu'ils ont vécu, tout en rechignant à se dévoiler (« puisqu'on nous le demande »), d'autres ont posé des faits observés sans se positionner tout en les maintenant à une certaine distance d'eux-mêmes et d'autres, enfin, ont choisi de jouer le jeu en approfondissant leur processus d'engagement, de subjectivation des savoirs, de positionnement et de projection dans une professionnalité émergente.

Nous proposons quelques pistes pratiques pour l'ancrage d'une posture réflexive dans un *log book* (carnet de bord, journal de route) :

- habituer les stagiaires (et s'habituer soi-même) à ne plus craindre l'écriture. Les accompagner dans une écriture descriptive, réflexive, à la fois structurée et personnelle ;
- communiquer des pistes qui laissent de la liberté à l'écriture tout en conseillant, si cela est adéquat au contexte, une formulation du vécu en « je » et « au présent » ;
- proposer une liste de formulation facilitant l'écriture du travail, tout en suivant le processus DQRpA :
  - D : je suis surpris, je ressens, je vis cela comme, je suis interpellé, je suis impressionné, je suis choqué, j'apprécie, j'ai peur, je sens, etc.
  - Q : je me dis que, je me demande ce qui m'a poussé à faire ça, je m'interroge, je me pose la question, etc.
  - Rp : je trouve que, je pense que, il me semble que, je constate que, je choisis de, je considère que, je propose de faire l'inverse, etc. Ou en formulant sous forme de question : n'est-il pas plus judicieux de... ? Ou en employant des précautions oratoires : c'est, selon moi, de mon avis personnel, mon avis propre, personnellement, etc.

- A : j'ai pu me rendre compte que, cela m'a permis de, je me souviendrai de, je ne manquerai pas de, j'ai appris que, je retiendrai que, etc. Ou avec précisions dans le temps : à l'avenir, dans ma pratique future, dans mon action professionnelle, etc.
- distinguer les aspects formatif et évaluatif. Le *log book* est un outil et non une finalité. L'examen de G-O pourrait porter sur l'analyse réflexive d'un autre cas clinique que ceux formulés dans le *log book*. Car, à partir du moment où le stagiaire s'est exercé plusieurs fois à la description de l'action, au questionnement, à la recherche, au positionnement, à l'auto-évaluation et à l'auto-régulation de ses apprentissages, on peut imaginer qu'il s'est approprié le processus réflexif tout en mobilisant ses connaissances cliniques ;
- personnaliser notre accompagnement en fonction de l'apprenant. Les formes de subjectivation de l'apprenant varient en fonction de son niveau d'engagement dans la tâche qui lui est proposée. Tous les étudiants ne sont pas intéressés par la relation médecin-patient. Tous les étudiants ne sont pas intéressés par la G-O. Tous les étudiants ne sont pas intéressés par une conscientisation de leurs attitudes, certains préférant rester dans une perspective d'apprentissage très formalisée, d'autres éprouvant des difficultés à adopter une posture réflexive. Les processus de subjectivation et de conscientisation exigent simultanément un processus d'acceptation de soi qui peut s'avérer difficile mais qui constitue un préalable à une autre construction personnelle et professionnelle. Nous ne pensons pas qu'il faille forcer l'intégration de ce processus car il peut risquer de casser une forme identitaire indispensable à l'apprentissage de l'individu. Nous insistons pour dire que ce processus est progressif, cyclique et très variable d'un individu à l'autre. À nous, accompagnateurs des apprentissages, d'adapter notre accompagnement réflexif, s'il en est.

### 7. Conclusion

Cet outil *log book* est précieux pour la progression individuelle des acquis d'apprentissage de l'individu, car cette rédaction l'aide à se recentrer sur la situation telle que celui-ci l'a vécue, ce qu'il y a apporté, ce qu'il n'y a pas apporté, ses craintes, ses valeurs et ses attentes. L'apprenant peut aussi décider soit de maintenir la distance qui lui semble la plus appropriée à son état de développement réflexif, soit de dépasser cette limite à son rythme quand il sent que c'est juste pour lui. Nous proposons aux stagiaires, par le travail réflexif du *log book*, de s'exercer à la mise en mots de ce qui est encore pré-conscient chez eux en les invitant à le faire advenir à leur conscience par l'usage de l'écriture réflexive. Car, selon Vanhulle (2009, p. 17) : « Transiter par la pensée verbale, par une mise en mots, constitue une caractéristique centrale de la réflexivité. Parce qu'elle détermine la manière de repenser l'expérience, cette mise en mots est ce qui relie l'expérience à la conscience, et donc, ce qui donne forme à la connaissance. » Ainsi ce travail réflexif par l'écriture cherche-t-il à comprendre et à décoder les non-dits, les non-faits tout en donnant aux stagiaires l'occasion de réguler leurs apprentissages et de faire évoluer leurs actions.

Une démarche inductive telle que nous l'abordons ici, se dessinant pas à pas entre le chercheur et les acteurs du terrain, promet d'aborder l'inconnu, sa complexité potentielle et, comme le soulignent Lavoie et Guillemette (2009), favoriser l'innovation en recherche scientifique, dans le sens où sont mis au jour des éléments jusque-là inconnus. Pour ce qui concerne l'apprenant, la pratique réflexive, tout comme le principe de *résonance*, est un processus consistant à aider quelqu'un à voir ce qu'il ne voit pas, et à s'appuyer précisément sur cette limite<sup>12</sup> pour l'ouvrir à de nouveaux possibles en entamant les processus d'auto-évaluation et d'auto-régulation au quotidien.

Nous ne pouvons pas résister à communiquer quelques phrases, formulées de manière tout à fait spontanée de la part de cinq stagiaires :

---

<sup>12</sup> ZPD : Zone Proximale de Développement (Vygotski, 1934).

- « Ce *log book* est un outil pédagogique qui selon moi permet de nous investir d'une manière qu'on ne retrouve pas dans les autres stages, tout aussi bien avec le personnel médical qu'avec les patients. Il nous pousse à observer, à nous questionner et également à oser aller vers les autres. Étant quelqu'un d'assez inhibé d'une manière générale, l'écriture de ce *log book* m'a encouragée à sortir de ma coquille afin d'aller parler avec les patients, d'apprendre à communiquer avec eux et surtout m'a particulièrement poussée à être attentive à la manière de communiquer – verbale et non verbale – des médecins qui m'entouraient et ainsi à pouvoir m'inspirer pour le futur médecin que je serai. »
- « Ce *log book*, même s'il prend du temps et de l'énergie, nous a permis de nous motiver et de nous investir de manière plus profonde dans ce stage de gynécologie-obstétrique, encore plus que dans les autres stages. Il nous a permis de remettre constamment en question ce qu'on entendait de la part des médecins et patients, de ne pas considérer les choses comme acquises, de ne pas nous reposer sur un matelas confortable. »
- « J'ai choisi de créer cette dernière rubrique pour y exprimer un certain recul vis-à-vis de ce travail. Je me suis énormément investi dans ce travail. J'y ai trouvé un véritable intérêt comme moyen d'approfondir mes connaissances et de perfectionner ma démarche réflexive clinique. J'ai passé beaucoup de temps et d'énergie à réunir des informations en parcourant *Pubmed*, un livre de référence et en participant à un cours du soir donné aux assistants. J'ai essayé de m'interroger sur beaucoup de domaines, non seulement concernant mes cas du *log book*, mais aussi tout au long de mon stage. »
- « D'un point de vue communicationnel, ce cas m'intéressait beaucoup en raison des difficultés linguistiques et culturelles qu'il présentait. Il s'agit d'une réalité que l'on peut comprendre seulement en situation réelle. »
- « Cela m'a permis de voir, lors de la rédaction de ce *log book*, la théorie d'une autre façon. »

Pour terminer de terminer, juste une piste de questionnement à propos d'une citation de Dessoy (2000), psychologue systémicien à l'université de Liège qui, en parlant d'une institution thérapeutique, nous invite à nous questionner en tant qu'acteur faisant partie d'une institution pédagogique : « Du moins au début du traitement, l'institution n'échappera sans doute jamais à la répétition en ses murs du modèle qui fait vivre et souffrir le patient [l'étudiant]. Mais au lieu de considérer ce phénomène comme un problème funeste, nous aurions intérêt à en accepter l'idée et à repérer activement le processus en train de naître [...], à partir de sa reconnaissance, il est possible de construire une nouvelle approche thérapeutique [pédagogique]. »



**Annexe 1.**

**Grille d'auto-évaluation (ou d'auto-réflexivité) de l'étudiant**

Nom:

Prénom:

Compétence évaluée (cf. GAA): **Pratique Réflexive-APR**

Année d'étude: **3<sup>ème</sup> Master**

Date de l'évaluation: ...../...../20.....

**Compléter cette grille après la construction de votre log book (ARC + ACC) et avant votre présentation orale au Professeur-Examinateur. La lui remettre au terme de votre argumentation. Envisager les différences avec la grille APR destinée au Professeur. Evaluer ensemble vos besoins d'apprentissage.**

**Cochez ci-dessous votre matricule étudiant**

3 <sup>ème</sup> chiffre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 <sup>ème</sup> chiffre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 <sup>ème</sup> chiffre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 <sup>ème</sup> chiffre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 <sup>ème</sup> chiffre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 <sup>ème</sup> chiffre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Critères d'évaluation**

**Auto-évaluation par l'étudiant**

**PRESENTATION, FORME et RESPECT DES CONSIGNES**

Je propose aux superviseurs un document respectant les consignes de travail (formulation de trois rapports succincts des cas cliniques avec possibilité de présentation d'annexes et de documents cliniques si significatifs):

- clarté, concision et précision;
- maîtrise de la langue française (syntaxe et orthographe);
- introduction succincte pour chaque cas clinique;
- indication du niveau d'action (soit observateur passif, soit observateur participatif, soit acteur sous supervision);
- présentation de l'étiquette de la patiente (nom de la patiente occulté)
- respect du nombre de pages, de photo et de schéma, de police

<b>1</b>	<p><b>DESCRIPTION</b> Description des faits tels que je les ai observés (voire réalisés) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Description du <b>Raisonnement Clinique/ARC</b> ou de la prise en charge biomédicale proposé par le médecin observé (hypothèses diagnostiques? thérapeutique?...)</li> <li>• Description de la <b>Communication Clinique/ACC</b> entre le médecin observé et la patiente (questions du médecin? réactions de la patiente? attitude du père?...)</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
<b>2</b>	<p><b>QUESTIONNEMENTS</b> Questionnement à propos des faits que j'ai observés (voire réalisés) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réflexions personnelles au sujet du <b>Raisonnement Clinique/ARC</b> (quelles questions me suis-je posées lors de la prise en charge ? existe-t-il d'autres hypothèses de travail ? qu'est-ce que je me suis dit à ce moment là?...)</li> <li>• Réflexions personnelles au sujet de la <b>Communication Clinique/ACC</b> (quelles questions me suis-je posées au sujet de la communication? quelle attitude prendre avec la patiente? que dire? comment le dire?...)</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
<b>3</b>	<p><b>RESSOURCES BIBLIOGRAPHIQUES et PERSONNES RESSOURCES</b> Mobilisation théorique en cherchant les ressources d'informations appropriées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche physio-pathologique concernant le <b>Raisonnement Clinique/ARC</b> (comment vais-je utiliser les acquis théoriques médicaux pour répondre à mes questions concernant le diagnostic et la thérapeutique bioclinique choisie ?)</li> <li>• Recherche psycho-sociale concernant la <b>Communication Clinique/ACC</b>. (comment vais-je utiliser les concepts de <i>Communication, d'Interaction, de Gestion du deuil, de déni de grossesse etc.</i> pour répondre à mes questions concernant la relation interpersonnelle médecin/patient observée lors de cette situation clinique?)</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
<b>4</b>	<p><b>POSITIONNEMENT ET ARGUMENTATION</b> Argumentation et organisation d une réponse aux questions que je me suis posées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Positionnement relatif au <b>Raisonnement Clinique/ARC</b> observé (ce que je propose après réflexion personnelle, recherche documentaire et/ou recherche auprès de personnes ressources)</li> <li>• Positionnement relatif à la <b>Communication Clinique/ACC</b> observée (ce que je propose après réflexion personnelle, recherche documentaire et/ou recherche auprès de personnes ressources)</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
<b>5</b>	<p><b>IDENTIFICATION DES ACQUIS / DES BESOINS D'APPRENTISSAGE</b> Identification des impacts de ce travail sur ma pratique professionnelle. Je nomme en quoi ces trois expériences vécues pourront m'être utiles dans ma pratique professionnelle future (ce que m'a appris cette situation, ce que je vais changer dans mon attitude, ce à quoi je serai plus attentif, ce que j'ai appris au niveau de la prise de décision concernant un cas complexes etc.) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Raisonnement clinique/ARC</b></li> <li>• <b>Communication Clinique/ACC</b></li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				

Niveaux de performance attendus pour les étudiants de 3<sup>ème</sup> Master :

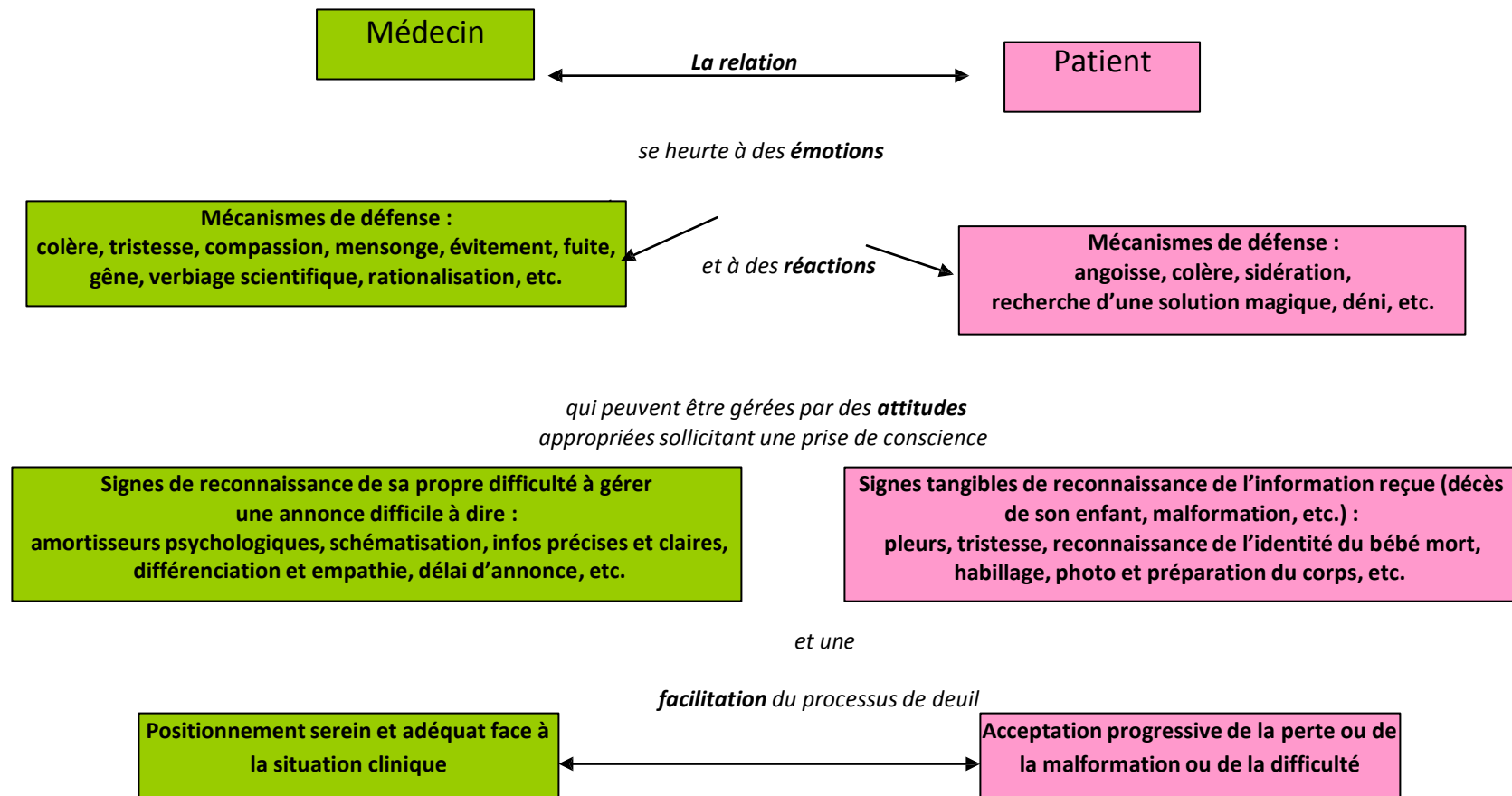
5	Démarche tout à fait inadéquate	globalement incorrecte ( <u>incohérences, erreurs, manques, incertitudes</u> )	<b>Insuffisant</b>	Très inférieure aux attentes
6	Démarche adéquate incomplète et hésitante	globalement correcte mais identification de <u>manques</u> et d' <u>incertitudes</u>	<b>Suffisant</b>	Légèrement inférieure aux attentes
7	Démarche adéquate complète mais <u>hésitante</u>	globalement correcte mais identification d' <u>incertitudes</u>	<b>Bien</b>	Conforme aux attentes
8	Démarche adéquate complète avec bon niveau de certitude	efficace sans erreur, sans manque, <u>avec bon niveau de certitude</u>	<b>Très bien</b>	Dépasse les attentes
9	Démarche adéquate complète, tout à fait maîtrisée, avec niveau de certitude élevé	efficiente sans erreur, sans manque, <u>avec certitude élevée</u>	<b>Excellent</b>	Dépasse largement les attentes
10	Démarche adéquate complète <u>originale</u> tout à fait maîtrisée avec niveau de certitude élevé		<b>Parfait</b>	Exceptionnel

## Annexe 2. Exemples de résonance proposés par les stagiaires lors des ateliers ACC

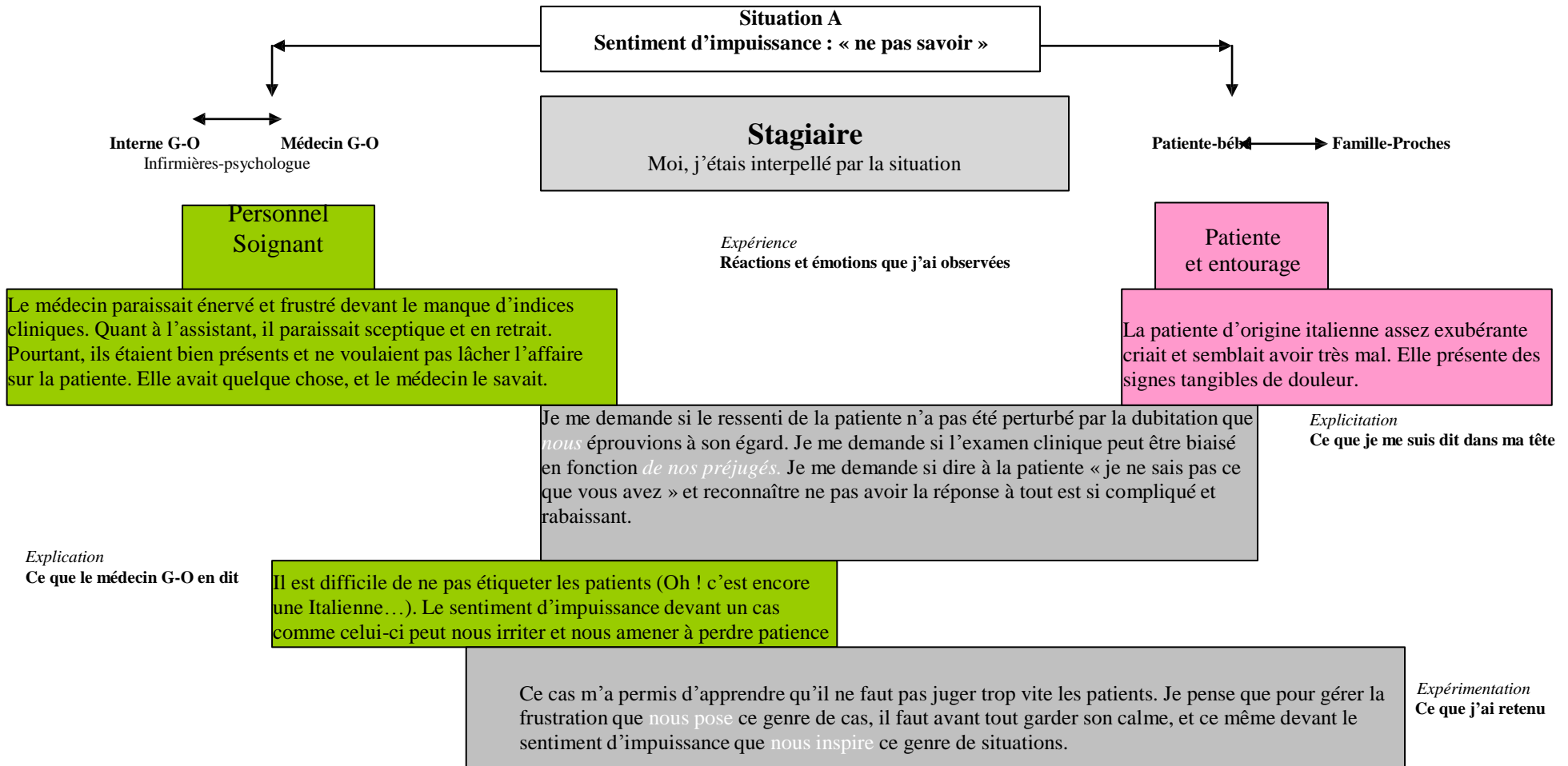
« Afin de favoriser la communication lors d'une consultation clinique, ... »	
<p><b>« ...il est souhaité que le médecin soit capable de (verbe d'action)... » :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• de vulgariser son discours</li><li>• de serrer la main du patient</li><li>• de dire bonjour</li><li>• d'être poli</li><li>• de ne pas décrocher le téléphone</li><li>• de donner des explications claires</li><li>• de demander des explications</li><li>• d'être empathique</li><li>• d'être sympathique</li><li>• de regarder le patient droit dans les yeux</li><li>• d'avoir les connaissances suffisantes</li><li>• de ne pas se moquer</li><li>• de se « blinder »</li><li>• de montrer de l'assurance tout en étant capable de se remettre en question</li><li>• d'être patient</li><li>• d'écouter</li><li>• de prendre le temps nécessaire</li><li>• d'être compliant</li><li>• d'être suffisamment convaincant</li><li>• ...</li></ul>	<p><b>« ...il est souhaité que le patient soit capable de (verbe d'action)... » :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• d'être clair dans ses propos</li><li>• d'écouter attentivement</li><li>• d'être poli</li><li>• d'être patient</li><li>• de montrer qu'il a envie d'être soigné</li><li>• de dire ce qu'il n'a pas compris</li><li>• de parler le français</li><li>• de pas être revendicateur ni colérique</li><li>• de savoir ce qu'il veut et pourquoi il vient</li><li>• de dire la vérité</li><li>• de ne pas changer tout le temps de médecin</li><li>• de collaborer</li><li>• d'être propre (et sexy...)</li><li>• d'être reconnaissant</li><li>• d'être en règle administrativement</li><li>• de s'intéresser à son cas</li><li>• d'être compliant</li><li>• d'être propre</li><li>• de ne pas exiger quelque chose</li><li>• de ne pas mettre en doute ce qui est dit</li><li>• ...</li></ul>

**Annexe 3. Structure de carte conceptuelle (CC) construite en tant qu'outil pédagogique pour interagir avec les stagiaires lors des ACC au sujet du principe de résonance.**

Résonance d'émotions, de réactions et d'attitudes dans la relation médecin-patient (Vierset & Fohn, 2011)



Annexe 4. Observation participative des stagiaires lors de la communication entre médecin et patiente



## **Annexe 5. Atelier du 8/2/11**

B.Fohn, V.Vierset et stagiaires de 3<sup>e</sup> master G-O

Analyse de cas vécus et proposés par les étudiants :

1° Amélie :

**Cancer du col de l'utérus et aucune information communiquée à la patiente ou à son entourage** : « la femme se rendait compte qu'il y avait quelque chose mais les membres de l'équipe médicale ne voulaient rien lui dire » ; « la patiente demandait qu'on lui parle comme à une adulte, qu'on lui dise ce qu'elle avait » ; « après les premiers jours d'exams, la patiente n'avait toujours pas de réponse et cela provoquait de l'anxiété chez elle » ; « Elle a été rassurée quand, après 10 jours d'attente et d'exams, un médecin lui a dit clairement de quoi elle souffrait » ; « le fait de ne pas savoir était très anxiogène pour elle » ; « Que doit-on faire dans ce cas, dire ou ne pas dire ? », « Je me suis sentie perplexe par rapport à ce temps de réponse qui ne venait pas »

2° Thomas :

**Césarienne sur patiente diabétique de type 1 jamais équilibrée et inconsciente du danger auquel elle (+bébé) a échappé de justesse** : « le médecin a dû faire une césarienne en urgence pour sauver in extremis cette femme et son bébé d'une préclampsie non avérée précédemment et non suivie » ; « cette jeune femme qui avait mon âge (22 ans), ne se rendait pas du tout compte de l'impact de sa maladie sur sa vie, sur son espérance de vie diminué et encore moins sur le danger d'une nouvelle grossesse » ; « comment faire évoluer son attitude, sa compréhension ? » ; « y a-t-il des possibilités de la raisonner ? » ; « A-t-on le pouvoir de changer les patients ? » ; « On doit les obliger ou les laisser faire ? » ; « peut-on demander de l'aide, nous, médecins pour nous aider sur cet aspect psychologique ? » ; « Je me suis trouvé dans une situation d'impuissance et de tristesse »

3° Marie :

**Fausse couche avec patiente ( deux fois fécondation in vitro ) pour grossesse au niveau de la trompe et ablation de cette trompe avec réaction de colère de la grand-mère envers la stagiaire-médecin** : « cette

femme mettait en doute les compétence des médecins du service » ; « elle a déversé toute sa colère sur moi et non sur les médecins » ; « j'avais de la peine pour la patiente car cette ablation diminuait encore ses possibilités d'être enceinte mais en même temps j'étais en colère envers la grand-mère qui n'avait pas à me faire servir de bouc émissaire » ; « Que faire ? Que dire lorsque cela arrive ? »

4° Gaëlle :

**Annnonce de grossesse à une femme (infidèle) en couple avec une autre femme et peur de cette femme d'annoncer son infidélité et la conséquence bébé à sa compagne :** « cette femme a demandé au médecin de le dire à sa compagne car elle avait très peur de sa réaction » ; « elle pleurait mais en même temps elle était contente de savoir qu'elle était enceinte » ; « elle avait envie de fuir et de rester en même temps » ; « heureusement qu'elle a changé d'avis et qu'elle a décidé de l'annoncer elle-même parce que moi j'avais peur que cela tombe sur moi... » ; « Si cela avait été le cas, comment aurais-je pu réagir ? Aurais-je pris cette responsabilité sur moi ? Je ne sais pas »

5° Florine :

**IVG et doutes de la patiente :** « cette femme avait déjà 2 enfants et était en train de construire une maison et de faire des plans pour eux 4 avec son mari, ce bébé serait de trop en ce moment » ; « elle était sous pilule ! » ; « malgré sa décision d'IVG elle demandait si le fœtus était bien implanté mais "malheureusement" pour elle, il l'était et elle était alors en face de ses responsabilités et de son choix » ; « Et si c'était moi... ? »

6° Laurence :

**Fausse couche et désir de la patiente de se « débarrasser au plus vite de ce bébé mort dans son ventre » :** « La patiente a été mise au courant pour le curetage » ; « faut-il aller si vite pour faire ce curetage ou faut-il attendre un peu ? » ; « le médecin a déculpabilisé la patiente en lui disant que ce n'était pas de sa faute et qu'elle entendait sa souffrance, je trouve que c'était bien »



Cette section III développe les questions de recherche, les méthodes d'analyse utilisées et les résultats obtenus. Les questions pour les trois recherches sont destinées à identifier les effets produits par les modalités du dispositif pédagogique professionnalisant proposées aux stagiaires. Ces recherches ont pour but d'identifier les bénéfices produits par le dispositif, tout en communiquant des indices à prendre en compte pour continuer d'alimenter la finalité de ce dispositif : faciliter l'adoption d'une posture réflexive chez les stagiaires lors de leur parcours de stages cliniques en G-O ainsi que l'ancrage d'une posture réflexive dans l'*habitus* professionnel des accompagnateurs. À l'aboutissement de nos recherches, nous proposons deux modélisations qui continueront, nous l'espérons, de s'enrichir par des recherches futures : l'une relative à l'accompagnement réflexif et l'autre à l'apprentissage réflexif.

La section IV propose de faire le lien entre les questions de départ, les concepts théoriques évoqués, les résultats de nos recherches et les recherches existantes relatives aux indicateurs d'émergence d'une posture réflexive dans les traces écrites d'un individu (apprenant ou accompagnateur).



## IV. Discussion générale



La question de la manière de construire des liens entre la formation théorique et la formation pratique des étudiants pour *savoir* et pour *pouvoir* agir-réagir efficacement dans la réalité d'un terrain de pratique est posée. C'est bien de la *problématique des stages* (section I, chapitre 3) dont nous parlons, plus encore aujourd'hui qu'il a y vingt ou quarante ans car, en raison de la vitesse de développement exponentiel des connaissances, nous sommes face au défi de changer notre façon de voir les connaissances, leur apprentissage et leur accompagnement. En effet, l'avenir se dessine autour d'un développement scientifique rapide proposant sans cesse de nouvelles connaissances, potentiellement obsolètes à très court terme, elles-mêmes remplacées par d'autres connaissances toujours en émergence. Cette spirale scientifique fait déferler sur le bureau de nos étudiants de nombreux *syllabi* qu'ils doivent assimiler sans avoir le temps de se demander à quoi cela va leur servir. Il devient opportun de se poser la question du sens des apprentissages et du sens de l'accompagnement psycho-pédagogique dans une société en perpétuel mouvement. Ce qui est difficile pour les étudiants c'est de faire les *bons* choix et les *bons* liens entre toutes les informations (cognitives, sociales et affectives-relationnelles) qu'ils reçoivent au cours de leurs études et de les organiser, voire de les transformer, lorsqu'ils abordent une situation clinique authentique. Ils n'ont pas appris à transférer leurs acquis d'un milieu *in vitro* (en laboratoire ; la faculté) à un milieu *in vivo* (en réalité professionnelle ; les stages).

Une des perspectives pour aborder cette difficulté au sein des institutions d'enseignement supérieur et universitaire est de rendre l'étudiant *praticien réflexif* (Beckers, 2007 ; Donnay & Charlier, 2008 ; Kolb, 1984 ; Lafortune, 2002 ; Paquay & Sirota, 2001 ; Perrenoud, 1999 ; Saint-Arnaud, 2001 ; Schön, 1983/1994 ; Vermersch, 2011). Cette notion (section I, chapitre 1) s'est introduite, depuis plus d'une vingtaine d'années, au fur et à mesure dans les cursus d'études ainsi que dans les référentiels de compétences à acquérir par l'étudiant. Selon ce courant de recherches et de travaux, en adoptant une *posture réflexive*, l'étudiant devrait *savoir-pouvoir* (Lesne, 1977) s'auto-évaluer et s'auto-réguler au cours de ses études et, de surcroît, au cours de ses stages. Autrement dit, l'étudiant pourrait devenir plus autonome vis-à-vis des apprentissages et pourrait faire face dans un cadre professionnel aux nouveautés, aux

singuliers, aux innovations (sociétales, technologiques, économiques, etc.). Cela suppose au minimum qu'il sache identifier un problème, reconnaître ses acquis antérieurs sur le sujet, déterminer les besoins à satisfaire pour résoudre le problème en recherchant des ressources humaines (internes et/ou externes) et bibliographiques pour argumenter sa (ses) proposition(s) de résolution.

Cette façon d'apprendre ne s'acquiert pas aisément par des étudiants plus habitués sans doute à recevoir une matière proposée ou un modèle à suivre par, et à la façon, d'un professeur titulaire d'un cours ou d'un superviseur de stage. Une démarche de résolution de problèmes (Fustier, 1980) telle que l'Apprentissage Par Problème (APP-PBL) ou la réflexion à partir de l'action construite au cours d'un stage pratique, s'inspire des méthodes de pédagogie active (Rousseau, 1762 ; Decroly, 1921 ; Dewey, 1933 ; Freinet, 1949) centrées sur la résolution de problèmes. Ces méthodes d'apprentissage donnent l'occasion à l'apprenant (praticien émergent) d'activer son processus d'auto-évaluation, d'auto-régulation et d'autonomie par la construction de sa démarche de recherche<sup>1</sup> en vue de résoudre une situation problématique et d'en explorer des alternatives efficaces voire *hors normes*. Car, comme le souligne Hadji (1997, p. 95) : « À travers l'auto-évaluation, c'est bien le développement des activités de type métacognitif, comme moyen d'une amélioration de la régulation des apprentissages, par accroissement de l'auto-contrôle et diminution de la régulation externe de l'enseignant qui est visé. » L'analyse devient réflexive lorsque l'acteur se questionne, décode et se (re)positionne à propos de l'action dans laquelle il s'inscrit en questionnant les, et ses, pratiques pour les ajuster, si cela s'avère nécessaire, à la situation qui se présente (section I, chapitre 1).

Proposer une définition des concepts de réflexivité et du transfert (section I, chapitre 1) nous est apparu comme étant un préambule nécessaire à ce travail de thèse. En effet, il était indispensable de les situer

---

<sup>1</sup> La notion de praticien-chercheur, liée à celle de praxéologie, demande au praticien de se questionner sur ses pratiques. Pelpel (2001, p. 149) ajoute : « Quand un praticien devient un chercheur de sa propre pratique, il s'engage dans un processus d'auto-éducation. »

pour préciser notre démarche d'implantation du dispositif réflexif inscrite sur le parcours de stage (section I, chapitre 3) d'étudiants en médecine, en fin de cursus (3<sup>e</sup> master). Nous avons dû faire un choix entre développer une pratique réflexive *sur l'action* (décontextualisée) ou *dans l'action* (contextualisée) dans le cadre du dispositif développé et analysé dans ce travail de thèse. Tout en étant consciente de l'enrichissement que pouvait procurer la démarche *dans l'action* (Kolb, 1984) qui utilise l'entretien d'explicitation de Vermersch (section I, chapitre 1), nécessitant l'adoption d'une posture compréhensive en tant que miroir réfléchissant le processus d'apprentissage du stagiaire, nous avons, au bout du compte, dû y renoncer. Trop de choses étaient, sinon à ajuster, à construire et à développer avec les partenaires de travail, ne serait-ce qu'au niveau de l'organisation et de l'accueil des stagiaires, avant de pouvoir inscrire ce type de travail réflexif intégré lors de la contextualisation de leurs actes cliniques individuels, justement très rares au niveau des stages en médecine. Cependant, dans le contexte clinique où le dispositif réflexif a été implanté, il était possible de sensibiliser les acteurs à l'approche réflexive en leur proposant d'exercer leur analyse dans l'espace-temps de la décontextualisation des situations d'apprentissage, *sur l'action* et à propos des actes cliniques posés par les médecins qu'ils observent. La construction d'un outil porteur de réflexivité, le *log book* (section I, chapitre 2) a été proposée aux stagiaires afin qu'ils puissent y formuler leurs vécus d'apprentissage.

La question d'un autre cadre théorique pédagogique soutenant le dispositif réflexif a été posée peu de temps après son implantation (section II, chapitre 2). Le cadre conceptuel de l'Apprentissage et de l'Enseignement Contextualisé Authentique (AECA) proposé par Frenay et Bédard (2004) constituait une réponse théorique opérationnelle susceptible d'orienter le dispositif selon ses principes traduits en critères d'analyse (section II, chapitre 1). Les deux principes de l'AECA ont été essentiels dans la logique de professionnalisation installée dans le cursus des futurs médecins, car ils s'inspirent l'un, d'une logique de contextualisation du développement des compétences dans l'action au moment de l'action et l'autre, de l'accompagnement de l'apprentissage du transfert. En effet, il est souhaitable que l'apprentissage soit accompagné pour soutenir l'apprenant dans la recherche de sens qu'il est censé trouver

dans une nouvelle activité d'apprentissage. Cette thématique réflexive, bien qu'intensément étudiée de nos jours, présente des angles à notre connaissance non encore envisagés jusqu'ici. L'AECA a été traduit en critères pour analyser la qualité pédagogique d'un stage clinique (section II, chapitre 1). À la suite d'une analyse des besoins du contexte G-O (section II, chapitre 2), le dispositif professionnalisant a été implanté (section II, chapitre 2). Une vérification de la mise en place des modalités pédagogiques répondant à ces critères a été réalisée (section II, chapitre 2). L'identification des effets du dispositif est présentée à la suite (section III, chapitres 1, 2 et 3).

Cette section IV clôture le travail en abordant, premièrement, les questions de recherche qui ont été posées (1). Deuxièmement, nous proposons une synthèse des principaux résultats des trois recherches (2) destinées à répondre aux questions énoncées. Troisièmement, sont développés les effets du dispositif sur l'émergence de l'apprentissage et de l'accompagnement réflexifs (3) en regard des résultats obtenus et des théories existantes sur le sujet. Quatrièmement, nous parlerons des limites et des perspectives de recherches futures (4) ainsi que, cinquièmement, des implications pratiques (5).

### 1. Questions de recherche

Avant l'installation du dispositif, trois questionnements ont émergé : (a) Comment donner l'occasion aux stagiaires de vivre des situations d'apprentissage professionnel authentiques ? (b) Comment sensibiliser les accompagnateurs (superviseurs/internes) à un accompagnement réflexif qui faciliterait la mobilisation des acquis de l'apprenant sur le terrain de pratique ? (c) Comment inscrire une posture réflexive chez l'étudiant qui activerait ainsi son processus de transfert ? Le dispositif réflexif (section II, chapitre 2) s'est construit alors, en tenant compte, d'une part, des résultats des deux analyses des besoins et, d'autre part, des modalités pédagogiques censées répondre à ces trois questions. Ainsi, le dispositif s'est développé peu à peu selon plusieurs modalités pédagogiques invitant à la réflexivité.



Afin de vérifier si le dispositif pédagogique proposé progressivement et installé avec les acteurs sur le terrain de pratique clinique G-O constituait un cadre facilitant la pratique réflexive et le transfert, c'est-à-dire proposant des situations d'apprentissage authentiques ainsi qu'un type d'accompagnement facilitant la démarche réflexive des apprenants et l'apprentissage du transfert, le travail de recherche (section III) s'est construit à partir de trois recherches. Celles-ci sont focalisées sur les effets produits par le dispositif installé au niveau de l'authenticité des apprentissages (a), au niveau de l'accompagnement des apprentissages (b) et au niveau des apprentissages (c). Ces trois recherches vont fournir des réponses aux trois questions portant sur les effets du dispositif réflexif implanté :

- (a) Le dispositif donne-t-il l'occasion aux stagiaires de vivre des situations d'apprentissages authentiques potentiellement formatrices sur le terrain clinique ? Les occasions d'apprentissage/accompagnement réflexifs proposées par le dispositif sont-elles perçues par les stagiaires (section III, chapitre 1) ?
- (b) Quelles sont les postures d'accompagnement adoptées par les accompagnateurs agissant au sein du dispositif (section I, chapitre 2). Comment les internes conçoivent-ils leur fonction d'accompagnement ? (section III, chapitre 2) ?
- (c) Quelles sont les postures d'apprentissage adoptées par les stagiaires ? Quelles sont les postures d'apprentissage identifiées dans les traces formulées par les stagiaires dans leur *log book* ? (section III, chapitre 3) ?

### **2. Synthèse des résultats des trois recherches**

Dans cette partie, la chronologie des recherches empiriques est suivie. Les objectifs de chaque recherche sont rappelés ainsi que les méthodes d'analyse utilisées et les résultats obtenus.

La première recherche (section III, chapitre 1) était une analyse empirique mixte. Elle était composée de deux études. La première étude de cette recherche était quantitative (étude 1 – questionnaire standardisé). Son objectif était de communiquer des informations sur la fréquence des situations d'apprentissage authentique vécues par les stagiaires de 3<sup>e</sup> master sur le site expérimental CHRCitadelle, tout en établissant une comparaison avec l'ensemble des autres services G-O qui accueillent des stagiaires. Les occasions d'exercice réflexif ainsi que l'accompagnement lors de ces exercices ont été également interrogés lors de cette étude 1. La deuxième étude était qualitative (étude 2 – Méthode d'Analyse en Groupe – MAG). La MAG était fondée sur les résultats de la première étude. Son objectif était d'approfondir les données recueillies lors de l'étude 1, et cela selon le point de vue des stagiaires accueillis sur le site expérimental CHRCitadelle. Nous résumons les résultats de cette recherche (études 1 et 2) selon ces principes de l'AECA puisque cette recherche est fondée sur ce cadre conceptuel :

- 1°. Pour ce qui concerne la *contextualisation des apprentissages*, cette recherche permet de dire que le dispositif réflexif implanté sur le site expérimental CHRCitadelle inscrit effectivement tous les critères d'AECA relatifs à ce principe AECA (études 1 et 2). Ce qui n'est pas le cas pour les autres sites ;
- 2°. Pour ce qui concerne *l'apprentissage réflexif*<sup>2</sup>, cette recherche permet de dire que le dispositif réflexif implanté sur le site expérimental CHRCitadelle s'inscrit effectivement, tout en se distinguant positivement des autres sites par les exercices de pratique réflexive en groupe ainsi que par des exercices d'auto-évaluation (étude 1). Ceci même si les résultats montrent encore des réticences lorsque les stagiaires doivent auto-évaluer leur *log book* (avec ou sans grille d'indicateurs de questionnement) ou encore lorsqu'il leur est proposé de formuler leur(s) questionnement(s) et leur positionnement à propos d'une action

---

<sup>2</sup> Critères d'apprentissage réflexif :

- (A1) articulation des connaissances ;
- (A2) réflexion sur l'action ;
- (A3) généralisation et discrimination des situations d'apprentissage.

gérée par un superviseur (étude 2). Sur tous les sites, l'exercice de formulation de questionnement réflexif par les stagiaires à propos d'actions qu'ils auraient gérées eux-mêmes est faiblement représenté (étude 1). Cela s'explique par le fait que les stagiaires de 3<sup>e</sup> master sont le plus souvent en observation d'action qu'en action eux-mêmes sur le terrain clinique ;

- 3°. Pour ce qui concerne *l'accompagnement réflexif*<sup>3</sup>, cette recherche permet de dire que sur le site expérimental CHRCitadelle, on identifie la posture de *scaffolding*, un des quatre critères d'accompagnement de l'AECA (étude 1 et 2). Par contre, le critère de *coaching*, principalement sur le sujet de l'évaluation du stage, sur les échanges et sur les *feedbacks* communiqués par les internes durant le stage est moyennement représenté sur tous les sites (étude 1). Selon les stagiaires, le *coaching* dépendrait du groupe d'internes en fonction (étude 2). Les résultats des items concernant le *fading* et le *modeling*, élevés sur tous les sites (étude 1), entrent en contradiction avec les résultats de l'étude 2 lorsque les stagiaires du site expérimental soulèvent qu'ils « apprennent dans la précipitation » et « qu'il y a un manque de synthèses et de cartes conceptuelles pour les cas complexes » (étude 2).

Les résultats montrent que le site expérimental CHRCitadelle, où le dispositif a été mis en place dans sa globalité, inscrit sur le parcours

---

<sup>3</sup> Critères d'accompagnement réflexif :

- (B1) *Coaching* = soutien du développement des compétences. Ce critère d'accompagnement consiste à valoriser le travail de l'apprenant, à échanger des *feedbacks*, à identifier la progression des apprentissages, etc ;
- (B2) *Scaffolding* = échafaudage des apprentissages. Ce critère d'accompagnement consiste à communiquer aux stagiaires des pistes, des indices de base pour qu'ils puissent envisager des stratégies de construction de solutions à une situation clinique problématique ;
- (B3) *Modeling* = modélisation des apprentissages. Ce critère d'accompagnement consiste à organiser l'élaboration de cartes conceptuelles, à expliquer le cheminement de son raisonnement clinique, etc ;
- (B4) *Fading* = distanciation progressive de la supervision. Ce critère d'accompagnement consiste à se détacher progressivement de la prise en charge clinique pour laisser pratiquer le stagiaire.

clinique des stagiaires une contextualisation des apprentissages des stagiaires, des exercices d'apprentissage réflexif et un accompagnement des apprentissages des stagiaires. Le dispositif répond ainsi aux critères d'AECA, du moins pour la majorité de ses critères, et ce malgré le grand nombre de stagiaires qu'il accueille et l'envergure du service à gérer quotidiennement. Ce constat est donc, en soi, très positif. De cette première recherche (a), nous pouvons dire que le dispositif réflexif apporte une plus-value au parcours de stage G-O au niveau de la contextualisation des situations d'apprentissages ainsi qu'au niveau de l'accompagnement/apprentissage réflexifs.

La deuxième recherche (section III, chapitre 2) décrivait une analyse qualitative effectuée par une Méthodologie de la Théorisation Enracinée (MTE). Son objectif était de savoir quelles étaient les postures empruntées par les internes vis-à-vis des stagiaires qu'ils accompagnaient, quand ils en avaient l'occasion. Afin d'approfondir la façon dont est perçue la fonction d'accompagnement sur ce lieu de terrain clinique, nous avons opté pour une analyse de type qualitatif, car elle donne plus de part à la subjectivité des acteurs concernés. Elle concernait *la place* qui est donnée à l'apprenant par l'accompagnateur sur le terrain clinique et le type d'interactions qu'ils développent entre eux. A émergé des données recueillies une modélisation de la relation de partenariat adoptée en tant que posture d'accompagnement par les internes. La posture *partenaire* engage les acteurs dans un processus de coopération (Saint-Arnaud, 1999) qui diminue la *distance sociale* (Hall, 1971) entre les acteurs concernés tout en respectant le *savoir-pouvoir* (Lesne, 1977) de chacun selon trois niveaux (Legendre, 2005) :

- le partenariat de service : le stagiaire a peu d'espace pour s'exprimer dans l'action, il doit rester à *sa place*, il doit faire ce qui est utile pour subvenir aux tâches de l'interne qui doit remplir sa tâche thérapeutique (p. ex. lors d'une urgence délicate, lors d'un accouchement difficile, au bloc opératoire) ;
- le partenariat associatif : le stagiaire a le même espace que l'interne pour s'exprimer dans l'action. Ils y trouvent chacun *leur*

*place d'accompagnement/apprentissage propice à la posture de facilitation* (Palmade, 1958) et à l'exercice réflexif ;

- le partenariat de réciprocité : le stagiaire a beaucoup d'espace pour s'exprimer dans l'action car, à ce moment là, l'interne lui laisse *sa place*, tout en restant vigilant aux actes qu'il porte.

La posture *partenaire* est, à notre avis, une condition essentielle à l'adoption d'une posture réflexive quand elle emprunte les mots *partage* et *échange réflexifs* dans un sens résolument compréhensif et collaboratif car, comme Faulx (2008, p. 3) le rappelle : « Il est bien connu aujourd'hui que les interactions sociales que les personnes tissent entre elles dans un contexte formatif jouent un rôle essentiel dans les processus d'apprentissage (Darnon, Buchs & Butera, 2005 ; Mucchielli, 1985 ; Raynal & Rieunier, 2007). » Les stagiaires du site expérimental l'exprimaient à leur façon : « Tout dépend de l'interne... ça dépend du type de relation qu'on a avec eux. » (section III, chapitre 1). L'apprentissage des stagiaires dépend donc de la nature de la relation pédagogique qui se crée avec les internes qui les accompagnent.

Il est important de souligner que les accompagnateurs, tout autant que les stagiaires, avaient besoin d'un soutien pour les guider sur cette nouvelle voie de la réflexivité. Car ce tournant réflexif représentait un virage à 180 degrés par rapport à ce qu'ils ont vécu eux-mêmes lors de leurs études, et qu'ils sont tentés de reproduire dans leurs habitudes pédagogiques où l'asymétrie relationnelle est encouragée. Au contraire, la relation pédagogique de type *partenaire réflexif* (Hawley & Valli, 1998 cités par Tochon, 2001a) préconisée pour développer la pratique réflexive assume une posture compréhensive où la symétrie relationnelle permet l'émergence de représentations personnelles et subjectives des deux acteurs qui s'y engagent. Saint-Arnaud (1999, p. 68) ajoute : « Presque tous les modèles d'intervention en relations humaines exigent de restructurer la relation pour que le but proposé, soit par l'acteur [le stagiaire], soit par l'interlocuteur [l'accompagnateur], devienne un but commun. Cette nouvelle structure est dite de coopération : en plus de se donner un but commun, on s'assure qu'aucun des partenaires ne perçoit l'autre comme un simple exécutant ; on définit plutôt la part de responsabilité de

chacun. » De cette deuxième recherche (b), nous pouvons dire que le dispositif réflexif est porteur d'un accompagnement réflexif se répartissant selon les trois niveaux de la posture de partenariat (Legendre, 2005) : de service, associatif et de réciprocité.

La troisième recherche (section III, chapitre 3) propose une autre analyse empirique de ce travail, également par MTE. Son objectif était d'identifier les postures d'apprentissage des stagiaires. Celles-ci sont relevées lors d'analyses des traces d'apprentissage qu'ils ont formulées dans leur *log book*. Une modélisation propose l'identification d'indices réflexifs dans le but de repérer les manifestations de la posture réflexive des apprenants. D'après l'analyse des traces formulées par les stagiaires, une progression de l'incarnation de la posture réflexive se construit selon quatre axes qu'ils privilégient lors de leur stage de G-O :

AXE 1 : engagement dans l'action (avec seuils de prise d'engagement) ;

AXE 2 : subjectivisation des savoirs (avec seuils de prise de conscience) ;

AXE 3 : projection dans la profession future (avec seuils de prise sur le futur) ;

AXE 4 : prise de position, argumentation, exploration, création (avec seuils de prise de risque).

Il était difficile d'évaluer une pratique réflexive par une *analyse de contenu* ou par une *analyse du discours* formulé par les stagiaires dans leur *log book*, car une grille de codage détermine *a priori* les éléments que l'on pourrait y trouver. L'analyse qualitative par MTE permet de ne pas poser d'éléments *a priori* pour laisser émerger les catégories conceptuelles que les acteurs suggèrent dans leurs écrits. Ces catégories identifiables par des mots, ou par des phrases montrent que les stagiaires sont entrés progressivement dans un processus réflexif. Ils s'y sont engagés selon l'un ou l'autre des quatre axes et selon différents seuils de réflexivité. Ce développement réflexif progressif dépend du seuil de réflexivité que le stagiaire décidait (consciemment ou non) de dépasser à travers la tâche demandée. Par là, il était invité à prendre part au développement de son

auto-évaluation, de son auto-régulation (Allal, 2007), de son auto-efficacité et de son sentiment de compétence (Bandura, 2007), de sa prise d'auto-contrôle vis-à-vis de ses apprentissages (Hadjji, 1997) et, au bout du compte, de son autonomie (Meirieu, 1999) vis-à-vis de l'actuelle et rapide obsolescence des savoirs, des pratiques et des techniques.

De cette troisième recherche (c), nous pouvons dire que le dispositif réflexif est porteur d'un apprentissage réflexif se répartissant selon quatre axes : engagement dans l'action, subjectivation des savoirs, projection dans la profession future et prise de position. Ces axes sont eux-mêmes divisés en quatre seuils de réflexivité.

Ces recherches ont été réalisées en utilisant différentes méthodes d'analyse (Questionnaire standardisé, MAG, MTE). Le recueil de données a été réalisé auprès des différents acteurs en interaction dans la relation pédagogique : stagiaires et internes. Cette synthèse des résultats des trois recherches introduit la discussion relative aux effets qu'a pu produire le dispositif implanté.

### **3. Effets du dispositif sur l'émergence de l'apprentissage et de l'accompagnement réflexifs**

Une fois sortis de leurs études, les étudiants vivent et ressentent la complexité de la réalité lorsqu'ils arrivent en stage. Ils peuvent alors ressentir des sentiments de frustrations, voire d'inutilité, sinon de régression lorsqu'ils arrivent sur le terrain professionnel qu'ils ont pourtant choisi quelques années auparavant. Lorsque des étudiants en médecine arrivaient en stage G-O de 3<sup>e</sup> master, l'on pouvait entendre : « Je me demande à quoi vont me servir mes cours, j'ai l'impression de n'avoir rien appris ! » Par ailleurs, des superviseurs de stage, dont le chef du département de G-O de la faculté de médecine de l'université de Liège, le professeur Foidart, nous avaient dit : « les stagiaires ne savent plus réfléchir ! Ils me donnent des réponses toutes faites ! On dirait qu'ils ont tout oublié de mon cours ! On dirait qu'ils ont tiré un trait sur ce qu'on leur a enseigné... » (section II, chapitre 2). Or, les étudiants n'ont-ils rien appris ? Bien sûr que si, ils ont appris une quantité de matières, mais, comme dans un laboratoire *in vitro*, ces savoirs étaient jusqu'il y a peu

déconnectés de la réalité clinique *in vivo*. Ces remarques furent l'élément catalyseur de ce projet de dispositif. Il s'est effectivement concrétisé lors d'une demande d'intervention qui nous avait été formulée au sujet des stages par le professeur Foidart lorsque j'étais conseillère pédagogique au département de G-O.

À partir de cela, les questions générales qui se sont posées étaient les suivantes : comment faciliter l'apprentissage du transfert chez les stagiaires d'une formation *in vitro* à une formation *in vivo* ? De quelle manière et avec quoi outiller les stagiaires pour qu'ils puissent appréhender les changements auxquels ils devront faire face dans leur futur professionnel ? Comment soutenir la prise de conscience de leurs actes, gestes et attitudes dans l'action qui se présentera à eux tout en activant précocement leur engagement dans leur proposition de solutions personnelles ? Comment soutenir leurs auto-régulations lors de leurs recherches visant à proposer des solutions aux problèmes ? Comment soutenir l'acquisition précoce d'un sentiment d'auto-efficacité personnelle chez les stagiaires qui faciliterait leur engagement dans les solutions proposées ? Comment soutenir la mobilisation des acquis ? Comment soutenir la recherche de nouveaux apports scientifiques ? Quelles conditions facilitatrices du transfert pourrait-on mettre en place au sein du contexte de formation ? Comment soutenir l'apprentissage des compétences professionnelles en abordant une expérience inattendue, voire singulière ou délicate du point de vue des stagiaires ? Etc.

Comme nous l'avons dit précédemment, nous avons fait appel aux travaux de Kolb (1984) sur le sujet du lien existant entre le transfert et la pratique réflexive (section I, chapitre 1). Afin de travailler ce lien, le cadre conceptuel de l'AECA propose, d'une part, d'exercer le stagiaire à la pratique réflexive, à l'articulation des connaissances, à leur généralisation et à leur discrimination et, d'autre part, d'inclure ce travail au sein même des situations professionnelles authentiques qu'ils sont en train de vivre, c'est-à-dire potentiellement perçues comme stimulantes par les stagiaires. L'AECA propose d'accompagner cet apprentissage du transfert car ce processus n'était pas inscrit jusque là dans les habitudes des étudiants. Frenay et Bédard (2004, p.265) soulignent : « Le défi est donc multidimensionnel et exigeant : il faut à la fois que les apprenants,



acquièrent, puissent mobiliser et facilement adapter les ressources nécessaires (cognitives, motivationnelles et affectives) pour chaque tâche de transfert, qu'ils puissent reconnaître les situations de transfert possible et qu'ils soient motivés à faire des transferts quand cette situation se présente. » Le cadre de l'AECA propose donc de prendre en compte ces conditions d'apprentissage et d'accompagnement afin de faciliter le processus de transfert par la pratique réflexive.

La finalité du dispositif implanté sur le parcours clinique G-O des stagiaires de 3<sup>e</sup> master en médecine était de relever ce défi réflexif aux aspects *multidimensionnels et exigeants* tout en facilitant l'ancrage d'une posture réflexive dans l'*habitus*<sup>4</sup> professionnel des stagiaires en médecine ainsi que dans l'*habitus* des internes qui accompagnent leurs apprentissages. L'implantation du dispositif a été organisée afin de favoriser cette articulation entre la formation *in vitro* et la formation *in vivo* en y intégrant les principes de l'AECA c'est-à-dire une contextualisation des apprentissages, un apprentissage du transfert (mobilisation, articulation des connaissances, discrimination/généralisation et exercices de pratique réflexive) et un accompagnement adéquat (*coaching, fading, scaffolding* et *modeling*) facilitant cet apprentissage *in situ*. Ainsi, les modalités du dispositif réflexif mis en place en G-O s'articulent entre la contextualisation des apprentissages, la subjectivation des savoirs (cognitif, socio-cognitif et affectif-relationnel) des apprenants ainsi que des accompagnateurs et la relation pédagogique construite entre les acteurs du terrain clinique.

Des questions plus spécifiques au sujet de la relation pédagogique entre ces acteurs se sont alors posées : quels rôles pourraient adopter les superviseurs et les internes ? Quels rôles pourraient adopter les stagiaires ? Quels rôles devraient-ils assumer les uns vis-à-vis des autres pour développer un sentiment d'accomplissement lors de la réalisation d'une tâche dans laquelle ils sont engagés ensemble, l'un accompagnant

---

<sup>4</sup> *Habitus* : Terme proposé par Bourdieu (1980) pour définir un ensemble organisé d'opérations et de mouvement mentaux qui constituent une façon d'appréhender et d'interpréter le monde d'une manière qui est propre à chaque individu (cf. schèmes mentaux de Piaget (1966).

l'autre sur son parcours clinique ? Comment les impliquer et les responsabiliser vis-à-vis d'un travail réalisé en commun ? Comment favoriser l'engagement des acteurs du terrain (accompagnateurs et stagiaires) dans la relation pédagogique qui s'installe ? Pour répondre à ces questions, nous nous sommes inspirée principalement des travaux de Paul (2003), de Roquet (2009) et de Beauvais (2006) pour ce qui concerne la notion d'accompagnement et des travaux de Dispagne (2007) pour ce qui concerne la notion de relation pédagogique d'accompagnement (section I, chapitre 2).

**Que pouvons-nous conclure de ces résultats de recherche ? Qu'apporte ce dispositif réflexif ? Les stagiaires passés par le dispositif ont-ils appris à transférer ? Autrement dit, savent-ils aller (re)chercher des notions théoriques, voire des stratégies d'apprentissage (APP, ARC, ARPC, etc.) acquises *in vitro* en faculté ou lors d'ateliers de formation pour les utiliser *in vivo* sur le terrain clinique ?**

Pour répondre à cette question, nous nous référons au modèle d'évaluation d'un dispositif de formation de Kirkpatrick<sup>5</sup> (2006) en reformulant la question du transfert : les apprenants mobilisent-ils les connaissances qu'ils ont apprises en formation *in vitro* lors de la retranscription de situations cliniques vécues dans leur *log book* ? À travers la troisième recherche (section III, chapitre 3) ont été relevées des traces de mobilisation des apprentissages de lieux de formation (ateliers d'Apprentissage de la Communication Clinique, ACC et cours de psychologie clinique de 1<sup>re</sup> master) dans les *log books* des stagiaires sur, entre autres, le sujet de la communication avec les patientes, telle que les stagiaires l'ont vécue. Il y a donc eu mobilisation des acquis de formation (connaissances, conscientisation des représentations et stratégies

---

<sup>5</sup> Kirkpatrick Donald (2006) : Niveau 1 : niveau de satisfaction des apprenants à l'issue de la formation ? Niveau 2 : niveau d'apprentissage à l'issue de la formation en lien avec les objectifs de formation ? **Niveau 3 : niveau de transfert d'apprentissage** (les apprenants utilisent-ils ce qu'ils ont appris en formation sur le lieu de pratique professionnelle ? Y-a-t-il de nouveaux comportements (pré)professionnels mis en place chez l'apprenant ?). Niveau 4 : niveau d'impact de la formation de l'apprenant sur le public visé par l'entreprise ou par l'institution ? Niveau 5 : niveau de retour sur l'investissement dans la formation ?

relationnelles) pour ce qui concerne le développement de l'ACC que nous avons analysé dans le cadre de ce travail.

Nous voudrions insister sur le fait qu'une recherche par analyse quantitative effectuée par mesure des facteurs de transfert (p. ex. environnement de formation, formateur, apprenants), généralement utilisée pour évaluer ce niveau 3 de transfert ne pouvait pas permettre d'identifier *in situ* les acquis d'apprentissage effectivement mobilisés par les stagiaires lors de leur vécu d'expérience clinique transcrite dans leur *log book*. Nous pouvons dire que la Méthodologie de la Théorisation Enracinée (MTE) utilisée comme méthodologie de recherche développe un autre chemin qui permet d'identifier les traces concrètes des transferts d'apprentissages d'une *situation source* à une *situation cible* (section I, chapitre 1). En effet, la MTE fait émerger des résultats, à la fois ancrés dans le vécu des acteurs de terrain et théorisables, dans le sens où ils s'organisent petit à petit en une théorie émergeant du contexte de recherche. Comme Cicourel (1982, p. 11) l'indique : « Au lieu de découvrir des lois, c'est-à-dire des explications causales par la mesure et le calcul statistique, les approches qualitatives mettent l'accent sur l'ouverture, la souplesse et la réflexivité du processus de la recherche qui vise à rendre compte de la logique d'un projet pris dans sa singularité et son unicité. »

Par ailleurs, il est intéressant de noter un lien très intime entre les fondements de la MTE, de la pratique réflexive et de la pédagogie active : *l'action précède le savoir* (Schön, 1983/1994). Ces trois concepts fonctionnent donc sur la base du principe d'induction (et non de déduction). Ainsi y a-t-il suspension temporaire du recours à des cadres théoriques existants (Perrenoud, 2001a) et mise en œuvre de procédures, de processus ou d'outils favorisant l'émergence de savoirs, d'attitudes et d'affects déjà acquis par les acteurs du terrain concerné. Le travail n'est pas fondé sur des connaissances d'expertise définies *a priori*, mais sur les savoirs naissant au fur et à mesure de l'implication dans l'action des acteurs de terrain.

### Comment les stagiaires ont-ils appris à transférer ?

Nous pouvons dire que les stagiaires ont appris à transférer dans les stages G-O grâce à ce dispositif professionnalisant soutenant la pratique réflexive c'est-à-dire notamment grâce aux exercices de pratique réflexive organisés lors des ateliers d'Apprentissage de la Pratique Réflexive (APR). Ces exercices portaient sur des situations telles que les stagiaires les avaient vécues authentiquement (section III, chapitre 1). En effet, les stagiaires ont amorcé, chacun à leur niveau, un processus réflexif (section III, chapitre 3) facilitant le transfert dans leur *habitus* préprofessionnel. À ce stade, nous pouvons dire qu'il y a eu émergence d'apprentissage réflexif chez les stagiaires ; ils ont appris à transférer chacun en suivant leur progression. Les stagiaires se sont appropriés, chacun à leur rythme, la notion de réflexivité en inscrivant dans leur apprentissage des connaissances (au sens large du terme) qu'ils ont acquises lors de leurs études. Ils ont appris à *réfléchir* en adoptant une posture réflexive pour construire une réponse personnelle à une situation clinique inconnue d'eux. Ils ont appris à rechercher des éléments de réponse dans de nouveaux apports scientifiques. Ils ont appris à faire appel aux notions (ateliers, cours de masters) et aux stratégies d'apprentissage acquises *in vitro*, en faculté (APP, ARC, ARPC, etc.). La modélisation de *l'apprentissage réflexif* qui est proposée dans cette recherche (section III, chapitre 3) représente les seuils de réflexivité que les stagiaires ont traversé (en fonction de la subjectivation de ses savoirs, en fonction de sa prise de risque, en fonction de son engagement dans l'action ou en fonction de sa projection dans le futur).

Dès le début de l'implantation du dispositif réflexif, le processus de formulation écrite dans le *log book* a été différemment abordé par chaque stagiaire. Certains utilisaient la narration, d'autres une stricte chronologie des événements, d'autres encore préféraient séparer l'analyse de la communication clinique (cf.ACC) de l'analyse du raisonnement clinique (cf.ARC), etc. Autant un processus d'analyse rigoureux était exigé, autant la présentation de ce processus était laissée au choix du stagiaire, car nous voulions éviter qu'il se sente inévitablement *coincé* dans un format prescrit ne lui convenant pas et, comme Donnay et Charlier (2008, p. 136) le rappellent : « L'autonomie est le ferment de la créativité même si elle

s'exerce à l'intérieur de contraintes. » Les phases du processus réflexif DQRpA (Description, Questionnement, Recherche, positionnement et formulation des Acquis d'apprentissage), étaient proposées aux stagiaires en tant que référent analytique pour l'auto-évaluation et la co-évaluation du *log book* (Vierset, 2013). Cet outil est investi différemment suivant les points d'intérêt de l'apprenant (p. ex., si le stagiaire choisit de parler d'un déni de grossesse, l'aspect communicationnel et psychologique prévaudra sur l'aspect raisonnement clinique, pour ce qui concerne cette situation clinique). Cet exercice de formulation écrite, s'il a connu des réticences au début de l'installation du dispositif, a permis par la suite de catalyser le processus de pratique réflexive en formation clinique G-O.

Cela étant dit, les stagiaires ayant participé habilement aux nombreux changements qui leur étaient proposés sur leur parcours de stages cliniques G-O (dont la réalisation du *log book* et l'exercice d'auto-évaluation), nous avons décidé, dans ce cadre, de ne pas aligner le dispositif réflexif sur la perspective de l'entretien d'explicitation proposée par Vermersch (2011), considérée comme une perspective d'approfondissement de la réflexivité *in action* proposée par Kolb (1984), car, en plus de suivre des étapes DQRpA, qu'ils n'avaient pas du tout l'habitude de suivre pour construire un travail écrit, il leur était demandé de prendre position vis-à-vis de la prise en charge d'une patiente par un superviseur, médecin interne ou non. Ce travail représentait déjà à lui seul un défi pour les stagiaires. Nous pensions que ce n'était pas le moment de leur en demander plus. Nous avons préféré ne pas prendre le risque de les voir abandonner à cause d'une trop grande amplitude du changement installé. De plus, étant seule pour organiser, planifier et gérer le dispositif réflexif, il n'était pas possible dans ce contexte de travail G-O d'organiser une formation à la posture réflexive telle que Vermersch (2011) l'envisage.

Ainsi, la modélisation (section III, chapitre 3) montre que les stagiaires ont fait preuve de réflexivité sous différentes formes, chacun ayant développé son *log book* selon des seuils de réflexivité qui sont spécifiques à leur état de progression, allant de la formulation impersonnelle d'une situation clinique à la prise de position vis-à-vis de l'action gérée par un interne. Des écrits scientifiques sur le sujet de la modélisation de la pratique réflexive nous informent sur l'existence de deux modèles

proposant des niveaux de réflexivité. Le premier modèle est celui de Van Manen (1977). Il distingue trois niveaux de réflexivité : *technical reflection - practical reflection - critical reflection*. Le premier niveau représente les moyens réflexifs mis en œuvre par l'apprenant pour atteindre les objectifs fixés dans l'action. Le deuxième niveau représente l'engagement de l'apprenant vis-à-vis du développement d'une pratique personnalisée intégrant ses croyances, ses convictions et ses valeurs personnelles (Peters *et al.*, 2005, in Derobertmeasure, 2012). Le troisième niveau représente le questionnement de l'apprenant sur le statut et les influences exercées sur sa profession au sujet de l'éthique liée aux actions réalisées et au sujet des finalités de l'éducation (Derobertmeasure, 2012). Et, si des écrits réflexifs formulés par des enseignants en formation ont été analysés dans le cadre d'une analyse de contenu fondée sur ces trois niveaux (Hatton & Smith, 1995), il n'existe pas à notre connaissance d'études réalisées à partir de l'analyse des traces réflexives formulées par des médecins en formation.

De plus, bien que plusieurs recherches se soient penchées sur l'évaluation de la réflexivité d'apprenants en formation (Derobertmeasure, 2012 ; Derobertmeasure & Dehon, 2009 ; Gélinas Proulx, Ruest-Paquette, Simoes Forte, Cotnam-Kappel, Fallu & Bartosova, 2012 ; Giet, Massart, Deum, Duchesnes & Brichant, 2013 ; Sparks-Langer, Simmons, Pasch, Colton & Starko, 1990 ; Vanhulle, 2009), à notre connaissance, il n'existe pas de modélisation proposée jusqu'ici représentant l'apprentissage réflexif en axes de réflexivité distinguant, pour chacun d'entre eux, des seuils de réflexivité à dépasser progressivement et au rythme de chaque apprenant. Nous nommons cette modélisation « Les axes et seuils de l'apprentissage réflexif ».

### **La contextualisation des apprentissages a-t-elle facilité le transfert ?**

Frenay et Bédard (2004, p.262) rappellent : « Le transfert de connaissances – comme processus – nécessite l'interprétation d'une situation donnée dans laquelle est inscrite une tâche à accomplir. Cette interprétation par le sujet [le stagiaire] de la situation se fondera non seulement sur l'analyse des composants de la tâche (but, données, contraintes, type de stratégies à mettre en œuvre) – la situation –, mais aussi sur l'analyse du contexte dans lequel elle s'inscrit, tout cela étant

sous-tendu par la lecture que le sujet en fera en fonction de ses caractéristiques personnelles (cognitives, affectives, motivationnelles). » Le transfert est donc tributaire du niveau d'appropriation des acquis, des situations d'apprentissage, du niveau de généralisation et de discrimination des connaissances qui existe entre le contexte d'acquisition (situation source) et de mobilisation (situation cible), mais aussi de l'implication cognitive, affective et/ou motivationnelle de l'apprenant.

Dans ce cadre de recherche, l'étudiant a amélioré ses compétences professionnelles lorsqu'il a eu des occasions pour s'y exercer (section III, chapitre 1) et, *a fortiori*, lorsqu'il a été accompagné efficacement dans ses stratégies cognitives, socio-cognitives et affectives-relationnelles lors de l'exercice du transfert et de la pratique réflexive, insuffisamment développés jusqu'à présent dans nos institutions d'enseignement supérieur. De ce travail de recherche, nous pouvons conclure que le dispositif implanté sur le site expérimental apporte une valeur ajoutée relative aux vécus de situations contextualisées authentiques, notion primordiale dans l'approche située (Brown, Collins & Duguid, 1989) et dans l'apprentissage expérientiel (Kolb, 1984) qui souligne que le contexte d'apprentissage d'une notion est prédominant lors de son utilisation. Tardif ajoute (1997, p. 280) : « Créer un contexte où les connaissances sont acquises et discutées dans un groupe social de coopération, avec tout ce que cela implique, semble donc un plus dans l'enseignement qui veut provoquer et soutenir le transfert des apprentissages [...]. » Cette recherche démontre que la prise en compte de la contextualisation des apprentissages (premier principe de l'AECA) est tout à fait faisable sur un site de formation clinique quoique toujours à ajuster en fonction des acteurs, du lieu de travail et du cadre institutionnel existant. Ces résultats corroborent les résultats retrouvés dans la littérature (Frenay & Bédard, 2004 ; Vanpée, Frenay, Godin & Bédard, 2010).

Jusqu'ici, nous pouvons dire que le transfert a pu s'organiser grâce à la contextualisation des apprentissages, aux ateliers APR organisés selon le processus réflexif DQRpA, au soutien individuel que nous avons pu proposer aux stagiaires (toujours en lien avec les ateliers de formation ACC et APR) où nous leur proposons d'approfondir leur questionnement à propos de leur manière d'envisager la relation thérapeutique avec les

patientes. Toutefois, si les problèmes mal définis rencontrés dans une structure hospitalière (situation cible), c'est-à-dire possédant un haut niveau de discrimination avec la situation d'apprentissage apprise au cours (situation source), exerce l'apprenant au processus de transfert créatif, il est essentiel, pour que ce processus s'enclenche, que les accompagnateurs (en l'occurrence les internes) interviennent pour que le processus de transfert devienne conscient aux yeux des stagiaires (Tardif, 1999). La question se pose alors : qu'en est-il de l'accompagnement par les internes ? A-t-il pu favoriser le transfert des connaissances cliniques et biomédicales ?

### **L'accompagnement des internes a-t-il pu soutenir le transfert ?**

Pour répondre à cette question, nous nous référons à nouveau au modèle d'évaluation d'un dispositif de formation de Kirkpatrick<sup>6</sup> (2006) : identifie-t-on de nouvelles postures préprofessionnelles adoptées par les acteurs concernés par la relation pédagogique (stagiaires et internes) à la suite du dispositif installé ? À ce stade, nous pouvons dire qu'il y a eu émergence d'accompagnement réflexif chez les internes (section III, chapitre 2). L'apprentissage réflexif a été facilité par l'émergence d'un accompagnement réflexif quoiqu'il demeure encore une grande hétérogénéité de postures pédagogiques entre les accompagnateurs (section III, chapitre 2). Ce qui a été fabuleux et inaccoutumé, c'est que le processus réflexif ait été amorcé chez les accompagnateurs par l'intermédiaire des stagiaires. En effet, les accompagnateurs se montraient très intéressés lorsque les stagiaires leur demandaient leur avis sur leur *log book*. La plupart en discutaient volontiers avec eux surtout lorsqu'il s'agissait d'un cas qu'ils avaient pris en charge eux-mêmes. Nous avons alors saisi cette occasion de *percolation réflexive* (des stagiaires vers les

---

<sup>6</sup> Kirkpatrick Donald (2006) : Niveau 1 : niveau de satisfaction des apprenants à l'issue de la formation ? Niveau 2 : niveau d'apprentissage à l'issue de la formation en lien avec les objectifs de formation ? **Niveau 3 : niveau de transfert d'apprentissage** (les apprenants utilisent-ils ce qu'ils ont appris en formation sur le lieu de pratique professionnelle ? Y-a-t-il de nouveaux comportements (pré-)professionnels mis en place chez l'apprenant ?). Niveau 4 : niveau d'impact de la formation de l'apprenant sur le public visé par l'entreprise ou par l'institution ? Niveau 5 : niveau de retour sur l'investissement dans la formation ?



accompagnateurs) pour stimuler les internes dans leur fonction d'accompagnement. En effet, l'étayage – *scaffolding* – a été perçu par les stagiaires comme un indice d'accompagnement adopté par la plupart des accompagnateurs (section III, chapitre 1). Par contre, le *coaching* a été perçu par les stagiaires comme un indice oscillant selon la relation qu'ils avaient développée avec l'interne tandis que le *modeling* ainsi que le *fading* ont été cités en tant que manques (section III, chapitre 1).

La modélisation (section III, chapitre 2) proposée au terme de la deuxième recherche permet de comprendre les postures adoptées des accompagnateurs sur un site hospitalier à propos de leur fonction d'accompagnement des apprentissages des stagiaires. Dans le même temps, elle fait émerger le défi socio-culturel lié à la démarche d'émancipation-autonomisation de l'apprenant ainsi soulevé dans notre institution. Dans le cadre d'une recherche comme celle-ci, la modélisation aide à conscientiser les acteurs à propos des postures d'accompagnement qu'ils privilégient de *prime abord* autant que sur les postures qu'ils pourraient adopter en empruntant des chemins d'accompagnement variés, avec, en l'occurrence la posture d'accompagnement investie dans une posture de partenariat réflexif.

Jusqu'ici, à notre connaissance, il n'existe pas de modélisation approfondissant la notion de posture *partenaire* inventoriée par Massé (1998) avec les autres postures qu'il propose (*formateur, expert, modèle, instructeur, etc.*) d'adopter dans la fonction d'accompagnement pédagogique (section I, chapitre 2). Cela signifie que, par rapport à la référence relative aux rôles qui pourraient être adoptés par un conseiller pédagogique qui accompagne les apprentissages des apprenants, le rôle *partenaire* identifié par la posture « nous le ferons ensemble et apprendrons l'un de l'autre » (Massé, 1998) est privilégié dans la relation d'accompagnement réflexif par rapport aux autres rôles (*formateur, expert, modèle, instructeur, etc.*). Alors, les deux axes du tableau de Massé (section I, chapitre 2), « Responsabilité face au développement professionnel » et « Responsabilité face aux résultats », cherchent à s'équilibrer dans une relation professionnelle symétrique de partenariat. C'est pourquoi, comme le souligne Tochon (2001b, p. 180) : « Plusieurs réformes en éducation se fondent sur la conception de *partenariats*

*réflexifs* (Hawley & Valli, 1998). » C'est bien de cette conception qu'il s'agit dans la modélisation de *l'accompagnement réflexif* qui est proposée dans cette recherche (section III, chapitre 2). Un des apports de cette recherche est donc d'avoir créé le lien entre la part pédagogique évoquée par Massé (1998) et la part psycho-sociale du terme *partenaire* évoquée également par Legendre (2005) lorsqu'il précise la notion de partenariat en distinguant trois niveaux (de service, associatif et de réciprocité).

Ainsi pouvons-nous dire qu'il est possible d'accompagner l'apprentissage du transfert par l'adoption d'une posture réflexive facilitée lors d'une relation de *partenariat associatif* avec les stagiaires. Le partenariat (associatif ou réflexif), qui en donnant une place *quasi* égale aux deux partenaires, leur permet alors de se dévoiler, de parler de leurs erreurs, de leurs inconnues, mais aussi de leurs réussites l'un devant l'autre, voire d'entrer en controverse, car, à ce stade, ils se retrouvent avec un même statut relationnel sinon institutionnel. En effet, ils ont l'occasion de *savoir-pouvoir* (re)connaître les connaissances l'un de l'autre tout en partageant le développement de leurs compétences individuelles dans un but commun : se professionnaliser (Le Boterf, 2007). Nous nommons cette modélisation « Les postures de partenariat dans l'accompagnement réflexif ».

### **Qu'apporte la notion de posture d'apprentissage/accompagnement réflexifs ?**

Si des besoins concernant l'accompagnement ont été identifiés (section III, chapitre 1), la modélisation (section III, chapitre 2) représente la posture de partenariat, et notamment la posture du partenariat associatif, en tant qu'une des postures adoptées par les accompagnateurs. Par ailleurs, si des besoins concernant l'apprentissage ont été identifiés (section III, chapitre 1), la modélisation (section III, chapitre 3) représente un apprentissage réflexif progressif chez les stagiaires, tout comme chez les accompagnateurs. En effet, ces effets produits par le dispositif réflexif résident dans le fait qu'il inscrit des modalités pédagogiques facilitatrices du transfert par l'exercice de la pratique réflexive. Ainsi, l'interne, qui accompagne les apprentissages d'un stagiaire, s'exerce à faire un choix pédagogique conscientisé en recherchant ensemble une solution à un

problème clinique, même si cette solution n'est pas la sienne et même si elle échappe en partie à son contrôle, pour que, *in fine*, et si cela s'y prête, l'interne et le stagiaire apprennent et continuent d'apprendre à gérer la part d'imprévisibilité de la situation ou de l'action à prendre en charge. Cette posture d'apprentissage/accompagnement réflexifs constitue un des éléments importants dans le processus de transfert.

Le défi relevé par ce projet étant de faire émerger progressivement la posture réflexive chez les stagiaires, nous pouvons dire que le constat est positif en soi, même (ou surtout) si cette posture s'acquiert progressivement et de manière très individualisée. En effet, cette émergence de *postures d'apprentissage réflexif* chez les stagiaires était soutenue par l'émergence de *postures d'accompagnement réflexif* chez les accompagnateurs. Nous pouvons considérer l'implication de l'accompagnateur dans une posture de partenariat comme élément essentiel dans le développement du transfert et de la pratique réflexive des stagiaires. Pour ce qui concerne les stagiaires, le dispositif veille tout particulièrement à les inclure dans leur processus d'apprentissage tout en leur faisant prendre conscience dans quoi ils s'engagent de manière explicite. Ainsi, en auto-évaluant leur travail (tout en étant accompagnés) et en se donnant la possibilité d'évaluer la progression de leurs compétences, les stagiaires rentrent dans un processus de mise en conscience de leurs acquis. Par la même occasion, ils activent leur mobilisation et la construction de nouvelles connaissances, soit lors de l'action *in situ*, soit lors de la formulation écrite des situations auxquelles ils ont participé (*log book*), soit lors des moments de partage réflexifs (ateliers APR et ACC). Ces exercices réflexifs sont en fait des exercices d'apprentissage du transfert dans le but de *savoir-pouvoir* (Lesne, 1977) trier, articuler, choisir, construire et faire émerger de nouveaux acquis lors de nouvelles situations qui se présenteront tout en développant leur degré d'autonomie vis-à-vis des choix à faire lors de l'action à gérer *hic et nunc*.

Nous souhaitons insister sur la présence d'un processus d'ordre psycho-social dans lequel un changement de postures d'apprentissage et d'accompagnement reste sous-jacent à toutes les modalités que le dispositif pourrait proposer. Les principaux déterminants de la relation pédagogique sont les rôles et les statuts des acteurs (étudiants,

enseignants, stagiaires, superviseurs, etc.) ainsi que les représentations qu'ils s'en font (Postic, 2001). Dans le même ordre d'idée, Goffman (1974, p. 36) ajoute : « Les interactions sociales se reproduisent selon des codes contextuels pré-établis entre les différents acteurs intervenant dans ce même contexte. » Ainsi les interactions sociales sont-elles ritualisées afin de maintenir un mode de communication commun à tous les acteurs. Lors d'une relation pédagogique – exemple d'interaction sociale – construite entre un accompagnateur et un stagiaire, une *distance sociale* (Hall, 1971) délimite culturellement l'espace entre les personnes concernées. Autrement dit, une distance subjective s'installe entre eux afin de répondre à des codes culturels propres au contexte de travail. La distance sociale varie notamment selon les statuts et les rôles des acteurs et selon les contextes de formation. Prendre conscience du poids des codes culturels sur les postures généralement adoptées par les acteurs dans leurs interactions pourrait constituer la voie d'un changement de postures culturellement adoptées jusqu'à aujourd'hui dans nos universités.

Sur le terrain clinique de G-O, ces notions invitent à une (re)mise en question des postures adoptées, vis-à-vis du stagiaire pour les uns et vis-à-vis de l'accompagnateur pour les autres. L'appropriation progressive de postures réflexives qui, tout en étant distinctes, se correspondent et se répondent dans le cadre d'une formation clinique, tente de réduire la distance sociale culturellement installée dans les relations pédagogiques entre un superviseur *qui sait* et un stagiaire *qui ne sait pas*. Ainsi stagiaires et accompagnateurs ont-ils l'occasion d'échanger leurs connaissances sans craindre un jugement rédhibitoire qui risquerait de les reléguer à des postures définitivement figées, non propices à l'émergence d'un processus de professionnalité. L'utilisation du *log book* a été très appréciée par les accompagnateurs, par les superviseurs et par la direction du service, que ce soit à des fins formatives ou certificatives (ce qui dans ce cas, n'est pas le but en soi de la pratique réflexive... c'était une récupération des effets provoqués par le succès du *log book*). L'accompagnement (formatif) était une des tâches des internes tandis que l'évaluation (certificative) était une tâche du professeur G-O responsable de l'examen de G-O. Ceci a facilité cela.

Lorsque le futur médecin devra intervenir dans une société engagée dans un système aux mutations exponentielles, il devra de plus en plus trouver de nouvelles réponses d'ordre bioclinique, sociologique, économique, relationnel et communicationnel. C'est pourquoi il est important d'installer, précocement et progressivement, au cours des stages, des postures réflexives engageant les acteurs d'une relation pédagogique dans des pratiques collaboratives qui, comme toutes attitudes sous-jacentes à la pédagogie active, réduisent la distance sociale entre les acteurs. Ce travail montre aussi que le deuxième principe (apprentissage et accompagnement) du cadre conceptuel de l'AECA peut être tout à fait opérationnalisé efficacement sur un terrain clinique pour soutenir le transfert des apprentissages, comme des recherches l'ont montré (Frenay & Bédard, 2004) sur d'autres terrains de formation universitaire (université catholique de Louvain, UCL, et université de Sherbrooke, UdeS).

### **Pourquoi est-il important que les futurs médecins adoptent une posture réflexive ?**

Pour soutenir le processus de transfert, les liens, l'organisation et la réorganisation entre les différentes connaissances (sociales, psychosociales et affectives-relationnelles) qu'ils ont acquises (implicitement et/ou explicitement) et celles qu'ils sont en train d'acquérir sur un terrain de stage clinique. Ils seront ainsi préparés à *savoir-pouvoir* agir-réagir efficacement dans la réalité d'un terrain de pratique coloré de toutes ces inconnues à venir. Il est primordial pour un futur médecin de développer le processus de pratique réflexive en interpellant ses ressources pour les faire (re) vivre lors de l'analyse de la situation tout en les ajustant si l'efficacité de l'action en dépend. Ainsi, lorsqu'il sera dérouteré par une situation inédite ou complexe, il pourra y faire face en développant *in situ* des stratégies d'action plutôt que de la soumettre à des schémas cognitifs obsolètes préétablis. Saint-Arnaud (2001, p. 23) ajoute : « La pratique réflexive a pour but de mettre l'acteur aux prises avec l'imprévisible. »

Un changement pédagogique proposé par l'intermédiaire d'un dispositif réflexif représente un saut méthodologique à la fois pour les enseignants, les étudiants et l'institution d'enseignement supérieur et

universitaire. Il demande à chaque acteur concerné par le dispositif d'adopter de nouvelles postures les uns envers les autres afin de faciliter un apprentissage fondé sur les méthodes actives, sur l'apprentissage situé et sur l'apprentissage expérientiel (section I, chapitre 1). Celles-ci touchent aux notions de *pouvoir* et de *savoir* (Lesne, 1977) inscrites au niveau d'un cours, d'un stage, d'un module, d'un séminaire, etc. Les cartes sont distribuées différemment qu'il y a vingt ans. En effet, dans cette nouvelle approche, comme en MTE et en MAG, où les acteurs concernés par la recherche sont experts de leur vécu, l'étudiant devient expert de ses particularités d'apprentissage. Ainsi, comme le souligne Saint-Arnaud (2001, p. 25) : « L'efficacité [de l'action, du projet] passe alors par la coopération, le contrôle unilatéral faisant place à un contrôle bilatéral de l'intervention [de l'action, du projet]. »

Dès lors, on passe d'un paradigme de l'expertise (de l'enseignant, du professeur, du superviseur), à un paradigme de l'incertitude, car, comme le souligne Kuhn (1970, cité par Saint-Arnaud, 2001, p. 67) : « La science normale semble être une tentative pour forcer la nature à se couler dans la boîte préformée et inflexible que fournit le paradigme. La science normale n'a jamais pour but de mettre en lumière des phénomènes d'un genre nouveau ; ceux qui ne cadrent pas dans la boîte passent même souvent inaperçus. » Une telle approche pousse l'enseignant au-delà des limites de ce que son savoir lui permet de contrôler. Saint-Arnaud ajoute (2001, p. 25) : « S'il [l'enseignant-praticien] maintient le paradigme de l'expertise, il réduit chaque situation à ce qu'il connaît (à ce qui est contrôlable). S'il opte pour le paradigme de l'incertitude, il perd le contrôle de la situation : il doit rechercher avec son interlocuteur [l'étudiant-praticien] une solution qui prenne en considération le facteur d'imprévisibilité de la situation clinique où il se trouve. »

Dans ce cas, l'enseignant-chercheur-expert devient un enseignant-chercheur-praticien qui (re)connaît les limites du savoir homologué pour chercher à dénouer les situations délicates, inédites tandis que le superviseur devient un accompagnateur qui procure des indices pour faciliter l'apprentissage. L'étudiant n'est plus objet, ni sujet d'apprentissage, mais acteur sinon réalisateur de son apprentissage. Dans le cadre de stages cliniques, l'accompagnateur, le stagiaire et le patient

sont trois acteurs impliqués dans une même situation cumulant la dimension pédagogique à la dimension thérapeutique sur le terrain clinique. De complémentaires (l'un *sait* et l'autre *pas*) les relations restent asymétriques dans le sens où l'un possède des compétences que l'autre n'a pas encore, tout en devenant symétrique au niveau de la relation. Autrement dit, le formateur reste le spécialiste d'un savoir, non pour le communiquer, mais pour en discuter avec ses futurs collègues, les stagiaires. Ceux-ci peuvent alors décider d'argumenter une solution ou une production personnelle. C'est ce qui s'est passé pour certains stagiaires (section III, chapitre 3) et pour certains accompagnateurs (section III, chapitre 2) au niveau du dispositif réflexif installé. On peut donc dire que ces deux dernières recherches par MTE ont permis d'identifier les effets du dispositif pédagogique implanté pour ce qui concerne le processus d'émergence de nouvelles postures (pré)professionnelles et l'émergence du processus de transfert d'apprentissage des ateliers (ACC et APR), envisagés comme *situation source*, à une situation clinique vécue, envisagée comme *situation cible* (section I, chapitre 1).

En résumé, le bénéfice global de cette thèse se concrétise par les liens que l'on peut établir entre la théorie et la pratique grâce à l'adoption d'une posture réflexive facilitatrice du transfert des apprentissages, d'une part du côté de l'apprenant et, d'autre part, du côté de l'accompagnateur, tout en insistant sur l'importance de la relation pédagogique installée entre ces deux acteurs du système. Les notions de pratique réflexive et de transfert sont proposées à l'exercice d'une professionnalité émergente dans une action située vécue par l'apprenant afin de développer des compétences le préparant à répondre aux besoins de la société de demain. Par ces principes de contextualisation, d'apprentissage et d'accompagnement, le cadre conceptuel de l'AECA proposé a facilité l'implantation du dispositif tout en facilitant l'apprentissage du transfert par la pratique réflexive. En effet, nous pouvons dire que le dispositif propose une réponse à un des besoins – le transfert des apprentissages – évoqués par les acteurs du contexte G-O (section II, chapitre 2). Autrement dit, le transfert de la formation en faculté *in vitro* à la formation pratique *in vivo* et l'apprentissage réflexif sont actuellement en émergence chez les stagiaires (section III, chapitre 3) tout comme l'accompagnement réflexif est en émergence chez les internes (section III, chapitre 2). L'identification des

effets du dispositif réflexif étant très encourageante, nous pouvons conclure qu'il présente un réel bénéfice opérationnel en faveur du développement de la pratique réflexive et du transfert des apprentissages sur un terrain de formation clinique médicale.

### **4. Limites et perspectives pour de futures recherches**

Bien que les limites de chaque recherche soient discutées au terme de chaque chapitre empirique, certaines d'entre elles sont rappelées dans cette quatrième section. Cette partie présente les limites de ce travail de recherche tout en proposant des pistes pour envisager de futures recherches. Nous retenons trois limites à cette recherche : la première concerne la chronologie des événements, la deuxième fait référence à la disponibilité des acteurs de terrain et la troisième rappelle les contraintes que génère l'adoption d'une multifonction par l'intervenante. À chaque limite répertoriée, sera proposée une perspective de recherche future.

À propos de la chronologie des événements, nous rappelons que l'installation du dispositif réflexif a commencé en 2008-2009. Notre intervention s'est terminée en 2013-2014. La démarche d'installation d'un projet peut être longue surtout lorsqu'elle est construite dans un contexte inconnu jusque-là par l'intervenante. Nous avons préféré prendre le temps de chercher avec les acteurs ce qui pouvait mener à sa pérennité. Les résultats présentés dans la première recherche (section III, chapitre 3) datent de 2009-2010 (questionnaires standardisés et MAG). Une première perspective de recherche serait de construire une recherche avec les mêmes outils pour voir comment cela évolue à l'heure actuelle. Les deux autres recherches par MTE sont plus récentes. L'une, la deuxième recherche (section III, chapitre 2), est fondée sur des recueils de données datant de 2012-2013 (MTE relative à la posture réflexive des accompagnateurs). L'autre, la troisième recherche (section III, chapitre 3), est fondée sur un recueil de données datant de 2013-2014 (MTE relative à la posture réflexive des apprenants formulée dans leur *log book*). Une deuxième perspective de recherche pourrait s'attacher à élargir la modélisation d'accompagnement réflexif – *les postures de partenariat dans l'accompagnement réflexif* – proposée dans le cadre de ce travail à d'autres disciplines, médicales ou non. Une troisième perspective de



recherche serait d'élargir la modélisation d'apprentissage réflexif – *les axes et seuils de l'apprentissage réflexif* – grâce à l'analyse d'autres travaux réflexifs organisés dans d'autres disciplines, médicales ou non.

À propos de la disponibilité des acteurs de terrain lors de la recherche par MAG, au lieu de recueillir les données formulées par deux groupes d'étudiants, nous aurions souhaité organiser un groupe de stagiaires et un groupe d'internes afin qu'ils puissent échanger leurs points de vue sur le dispositif. Mais la charge de ces derniers et l'organisation de leur travail clinique ne leur laissent pas de possibilité pour pouvoir libérer une zone horaire commune à plusieurs d'entre eux. Ainsi, alors que la MAG le préconise, cela n'a pas été possible d'organiser des groupes constitués d'acteurs ayant des fonctions différentes dans l'institution où se réalise la recherche. Dans le contexte de G-O, cela aurait été préférable qu'il y ait constitution de groupes avec, d'une part, les acteurs qui accompagnent (les internes) et, d'autre part, les acteurs qui sont accompagnés (les stagiaires). Cette controverse organisée dans le cadre de la recherche par MAG n'a pas été possible. Alors, dans le but de recueillir les perceptions des accompagnateurs au sujet du dispositif et du rôle qu'ils y jouent, une analyse qualitative par MTE a été organisée. Toutefois, même lors de ces entretiens individuels, deux internes ont été appelés en urgence auprès d'une patiente. L'un est revenu le lendemain pour continuer l'entretien sur le temps de midi, l'autre non. Malgré leur intérêt pour ce rôle d'accompagnement que les internes devaient investir depuis 2008-2009, nous ressentions une pression clinique par rapport au temps qu'ils n'avaient pas à partager. Une quatrième perspective de recherche serait de réaliser cette recherche par MAG avec un groupe constitué de six à huit internes d'un côté, et de six à huit stagiaires de l'autre.

À propos de l'adoption d'une multifonction (planification, organisation, mise en place du dispositif, construction des outils réflexifs, animation des ateliers, accompagnement des stagiaires et des accompagnateurs, etc.), il est important de signaler les contraintes que cela génère chez l'intervenante dans ce cas précis de recherche. Il est évident que réaliser une recherche à propos de ce que nous avons réalisé peut créer des tensions. À de nombreux moments, nous avons dû nous (dé)partager afin de rester consciente et en éviter le piège de la désirabilité

lié aux résultats tout en restant efficace du côté de l'intervention pédagogique à ajuster et à (ré)organiser au fur et à mesure de l'implantation du dispositif. Le plus délicat a été de ne pas confondre nos rôles lors de la rédaction de ce travail de thèse. Une cinquième perspective de recherche serait qu'un chercheur extérieur au dispositif propose une recherche pour voir comment l'adoption des postures réflexives (des stagiaires et des accompagnateurs) a évolué sur le parcours clinique G-O au niveau de la dernière année du cursus médical de base (jusqu'ici nommé 4<sup>e</sup> master).

À propos du concept de pratique réflexive, nous avons, au cours de la première année d'implantation, canalisé le processus de la démarche des stagiaires vers un type de travail de résolution de problème pour créer un lien entre le deuxième cycle (dont il est question dans ce cadre de recherche) et ce que les étudiants avaient pu vivre au cours du premier cycle de leurs études en faculté lors des séances d'Apprentissage Par Problèmes (APP). En effet, nous avons insisté sur le processus de questionnement, sur le processus de recherche de ressources (internes et externes), bibliographiques et humaines, qu'ils avaient à leur portée dans le cadre des stages. Nous avons proposé l'outil *log book* dans le courant de la deuxième année de la mise en place du dispositif, afin qu'ils puissent concrétiser et conscientiser leurs apprentissages *hic et nunc* en proposant le processus réflexif DQRpA. Cependant, au fil de nos lectures, la littérature laissait entrevoir d'autres visions du concept de réflexivité. De la même façon, au fil des colloques, les enseignants présentaient aussi différentes manières de l'envisager. Ne serait-il pas opportun de développer une étude relative aux différentes acceptions et ajustements du concept de réflexivité dans le cadre de nos institutions d'enseignement supérieur et universitaire ? Ceci constitue la sixième perspective de recherche proposée.

### 5. Implications pratiques

La finalité de cette recherche est de faciliter l'ancrage d'une posture réflexive dans l'*habitus* professionnel des étudiants en médecine ainsi que dans l'*habitus* des accompagnateurs, car elle représente la posture de base pour la (re)création d'un savoir transférable à des situations méconnues

jusqu'ici. Autrement dit, elle représente une posture d'articulation entre la formation théorique et la formation pratique. Cette posture réflexive engage les acteurs de la relation pédagogique sur le chemin d'un agir autonome à partir duquel s'organiseront leurs attitudes, leurs connaissances, leurs choix, leurs engagements ainsi que leurs décisions thérapeutiques à prendre dans les situations nouvelles. Les notions de pratique réflexive et de transfert des apprentissages, intimement liées aux notions de développement des compétences professionnelles et de regard métacognitif, constituent le fil d'Ariane de ce travail avec les notions d'apprentissage/accompagnement réflexifs qui s'y associent dans le cadre de vécu de situations d'apprentissages authentiques. Ce travail de thèse présente des implications pratiques suggérées à nos institutions d'enseignement supérieur et universitaire. Au travers de ce chemin, se sont dessinées des possibilités d'action à différents niveaux s'intégrant les uns aux autres dans ce système pédagogique : opérationnel, organisationnel et institutionnel.

Premièrement, sur le plan opérationnel, afin de faciliter l'émergence d'une posture réflexive, nous proposons d'utiliser les quatre étapes du processus réflexif présentées tant aux accompagnateurs qu'aux stagiaires qu'ils accompagnent. Ce processus nommé DQRpA est formulé dans un *log book* (carnet de route) par les stagiaires. Ceci constitue une des modalités du dispositif réflexif installé. Voici un exemple de questionnement suivant les étapes DQRpA :

D : Décrire l'action que j'observe ou que je réalise. Par exemple : « Quand la patiente dit que tout va bien alors qu'on vient de lui annoncer que le cœur de son bébé *in utero* ne bat plus, je me suis retenue de réagir négativement et je me suis mise à son écoute. J'ai montré de la disponibilité envers elle pour lui faire comprendre que j'étais là si elle voulait parler, s'exprimer... » (cf. Expérience) ;

Q : Questionner mes attitudes, mes croyances lors de l'action que j'observe ou que je réalise. Par exemple : « Qu'est-ce qui m'amène à agir de cette façon ? Qu'est-ce que je me dis intérieurement ? Qu'est-ce qui fait que cela me touche si fort ? Elle

ne dit rien quand on lui dit qu'il est mort... pourtant le deuil d'un bébé, c'est dur ! Qu'est-ce qui se passe ? Je me suis posé des questions au sujet de sa réaction. Je me suis aussi demandé si ma réaction était adéquate. » (cf. Explicitation) ;

Rp : Rechercher dans les ressources (internes et externes) théoriques scientifiques (biomédicales, sociales et psycho-sociales) ainsi que dans mes ressources émotionnelles pour me (re)positionner. Par exemple : « Je suis allée revoir le processus de deuil, notion théorique apprise en 1<sup>re</sup> master. La perte d'un enfant me touche beaucoup personnellement et je me suis vue dans ce cas-là. » (cf. Explication) ;

A : formuler mes Acquis / ce que je vais faire. Par exemple : « J'ai compris comment pouvaient se manifester les différentes phases d'un processus de deuil ainsi que le moment de sidération vécu par la patiente. J'ai aussi appris à me demander ce qui se passe non seulement pour elle mais aussi pour moi avant de réagir d'une manière ou d'une autre ! » (cf. Expérimentation).

À notre avis, l'analyse traditionnelle de l'action faisant appel aux théories scientifiques objectivées qui rassurent a atteint des limites d'efficacité opérationnelle sur les terrains de stages cliniques. Ces limites peuvent être dépassées par la prise en compte du caractère subjectif et affectif reflétant l'intention de l'individu lorsqu'il est placé face à une situation complexe, imprévisible et inconnue de lui. La conscientisation de cette dimension est facilitée lorsque le stagiaire prend le temps d'adopter une posture réflexive de reconstruction de l'action afin d'identifier les stratégies et les attitudes qu'il a utilisées plus ou moins inconsciemment pendant l'action pour, ensuite, s'engager vers une auto-régulation des apprentissages à mobiliser lors de la prochaine action. Le cadre du processus réflexif DQRpA constitue un élément facilitant l'ancrage de cette posture réflexive.

Il est possible de proposer ce travail dans d'autres départements pour qu'ils se l'approprient comme ils le souhaitent. Les acteurs de terrain pourraient simultanément construire des outils en faveur du

développement des compétences, tels qu'un référentiel des compétences à acquérir en stage (cf. GAA), une grille d'auto-évaluation d'un travail, des fiches pédagogiques pour des ateliers de formation (cf. ACC et APR), un livret communiquant le processus facilitant la rédaction de l'outil *log book* (comme cela a été réalisé au département de G-O puis au département de neuro-psychiatrie et de néo-natologie) ou tout autre outil pédagogique porteur de sens et de réflexivité.

Si l'on s'en réfère aux critères proposés dans le cadre de la Planification par Intentions et Par Objectifs (PIPO) utilisé pour des projets de coopération au développement (ITECO, 1998) trois questions peuvent être posées au niveau de l'opérationnalisation et de la planification d'un projet pédagogique tel que celui-ci :

- le projet est-il *justifié* dans son contexte ? Dans le cadre du département de G-O, le projet fait suite à une demande d'intervention sur le parcours clinique G-O. À la suite des deux analyses des besoins, la demande d'intervention s'est révélée largement justifiée ;
- le projet est-il *faisable* ? Dans le cadre du département de G-O, le projet a été mis en place à la suite des besoins rencontrés par et avec les acteurs de terrain, tout en poursuivant l'objectif de formation aux compétences professionnelles. Les stagiaires ont eu l'occasion d'exercer une pratique réflexive au quotidien et de développer cette posture grâce aux modalités mises en place sur le terrain. Ces modalités ne demandant pas de ressources financières importantes, cet aspect ne pouvait entraver la mise en place du dispositif. Les données recueillies permettent de conclure à la faisabilité d'un tel projet qui place le transfert des apprentissages et la pratique réflexive au centre du dispositif de formation clinique tout en (re)donnant l'occasion aux stagiaires de savoir-pouvoir agir-réagir au sein d'une relation de partenariat ;
- le projet est-il *pérenne* ? Dans le cadre du département de G-O, le projet assure une probabilité suffisante de pérennité. En effet, l'outil *log book* est toujours utilisé par le département G-O. De plus, cet outil

est à l'heure actuelle utilisé dans d'autres départements (neuro-psychiatrie et néo-natologie) pour ce qui concerne la formation clinique des stagiaires.

*Deuxièmement*, sur le plan organisationnel, une formation à la pratique réflexive pourrait être mise sur pied. Car cette lecture du film intérieur de l'action, en *flashback*, propre à l'individu réflexif, guidée de manière compréhensive et semi-directive, devrait être soutenue par un accompagnateur réflexif qui recentre le dialogue sur l'émergence des représentations cognitives, sociales et affectives du stagiaire tout en maintenant le cadre d'une résolution de problème liée aux développements de ses apprentissages. Cette thèse présente des postures facilitant l'ancrage d'une posture réflexive émancipatrice chez l'apprenant. Elle pourrait être adoptée par les accompagnateurs qui sont censés soutenir l'apprentissage de la pratique réflexive d'un étudiant plongé dans la complexité des terrains de stages cliniques de médecine. Pour faire émerger une posture réflexive chez les deux acteurs privilégiés, partenaires de la relation pédagogique, une formation à l'accompagnement réflexif pourrait être proposée simultanément à une formation à l'apprentissage réflexif.

Enfin, un référentiel de compétences à acquérir par l'accompagnateur réflexif pourrait être élaboré. La formation, qui aurait comme finalité l'acquisition des compétences formulées, se construirait autour du développement d'une relation pédagogique partenaire. Elle serait organisée autour de cinq axes et serait destinée aux superviseurs-accompagnateurs de stage sous la forme d'exercices d'animation de groupes restreints (Anzieu & Martin, 1968) et de groupe de partages réflexifs (cf. APR) :

1. Identification du cadre conceptuel de l'AECA (Frenay & Bédard, 2004) en tant que cadre proposant des conditions facilitatrices du transfert d'apprentissage par l'adoption d'une posture réflexive d'apprentissage/accompagnement (Vierset, Frenay & Bédard, 2015) ;

2. Identification d'attitudes (Porter, 1973) propres à une posture réflexive partenaire et compréhensive ;
3. Identification des rôles (Palmade, 1958) attribués à la fonction d'accompagnement lors de groupes de partage réflexifs et conscientisation du type de posture d'accompagnement adoptée (Vierset, Bédard & Foidart, 2009) ;
4. Apprentissage d'une posture réflexive qui intègre le *réfléchissement* (Piaget, 1977) dans le processus réflexif, avec des *exercices d'entretien d'explicitation* (Vermersch, 2011) ;
5. Concrétisation des traces réflexives selon le processus réflexif DQRpA prenant la forme d'une formulation d'une situation contextualisée authentique vécue par l'accompagnateur dans un carnet de bord<sup>7</sup>, un journal de route ou un *log book* pour faciliter l'émergence d'un processus de conscientisation progressif de la posture réflexive dans l'*habitus* professionnel de l'accompagnateur (Vierset & Guillemette, sous presse).

Cette formation proposerait d'aller *au-delà* des attentes de rôles traditionnellement admis dans nos universités francophones tout en allant dans le sens de l'articulation de la formation pratique et de la formation théorique. Car, la pratique réflexive facilitant le transfert des apprentissages, elle ne peut émerger qu'au sein d'une relation partenaire dont les racines sont démocratiques. Dès lors, il s'agirait de penser des dispositifs qui engageraient les acteurs, se confrontant et s'associant tout à la fois, dans un processus de partenariat destiné à questionner les savoirs opérationnels homologués *in situ* et à accepter de (à oser ?) les remettre en question. Le processus de démocratisation de la relation entre les acteurs pédagogiques est porteur de la logique d'accompagnement et

---

<sup>7</sup> Depuis cette année académique 2014-2015, la formulation d'un *carnet de bord* est proposée aux enseignants en formation pédagogique, dans les formations proposées par l'IFRES (certificat CIDÉPES). IFRES : Institut de Formation et de Recherche pour l'Enseignement Supérieur. CIDÉPES : Certificat d'université Interfacultaire de Développement Pédagogique en Enseignement Supérieur.

d'apprentissage réflexifs. Dans ce cas, la formation pédagogique prendrait la forme d'une « transmission d'attitude existentielle » (Rey, 1996).

Pour maintenir une cohérence dans le sens poursuivi, il serait souhaitable de donner aux accompagnateurs-formateurs-superviseurs de terrain la disponibilité dans leur horaire pour suivre ce type de formation d'accompagnement réflexif. Ce serait également l'occasion d'affirmer la reconnaissance de cette fonction d'accompagnement au sein de l'institution.

*Troisièmement*, sur le plan institutionnel, une implication pratique qui pourrait être envisagée par les institutions d'enseignement supérieur serait de faciliter l'émergence d'une autre relation pédagogique entre stagiaires et superviseurs. Comme dit précédemment, les stagiaires ne devraient plus être assimilés en partie à une force productive soumise aux attentes d'un système encore bien souvent autocratique mais, au contraire, ils seraient assimilés à une force potentielle, toujours en formation vers un *savoir-pouvoir* partager leurs questionnements au sujet de la gestion de l'action. Pour que cette force d'apprentissage/accompagnement réflexif se développe, ces deux fonctions pourraient être négociées, précisées et approfondies dans un *contrat réflexif* (écrit ou verbal) construit entre les acteurs partageant un contrôle bilatéral du projet de formation clinique. Ce contrat éclaircirait les rôles des acteurs au sein de la zone d'espace-temps nommée « stage » (section I, chapitre 3) qu'ils investiraient côte à côte et dont ils bénéficieraient chacun en approfondissant leurs apprentissages respectifs. L'un et l'autre deviendraient ainsi capables de (se) questionner et d'ajuster leurs pratiques en continuant de s'auto-former. Ce processus serait destiné à inscrire les acteurs partenaires dans un mouvement de formation continue tout au long de leur carrière.

Pour cela, il faudrait que l'institution adhère au paradigme réflexif car, comme le précise Perrenou (2005, p. 5) : « La pratique réflexive demande de faire un choix entre participer au changement de paradigme, ou refuser de s'y engager. » Ce choix est délicat car cela représente une inversion de la dynamique d'apprentissage avec, d'un côté, les théories et les savoirs homologués jusque-là (reproduire le connu) – ce que Saint-Arnaud (2001)



appelle le *paradigme de l'expertise* – et, d'un autre côté, les théories émergentes (créer le connu) – ce que Saint-Arnaud (2001) appelle le *paradigme de l'incertitude*. L'enjeu est de se servir des savoirs théoriques comme outils pour nourrir le processus réflexif et non pas l'inverse. Si l'institution d'enseignement estime ce changement de paradigme (ou paradigme du changement ?) inéluctable, une mise en vis-à-vis des rôles des acteurs dans une relation partenaire légitimée et valorisée par elle-même faciliterait la (re)connaissance du processus de pratique réflexive par les acteurs de l'institution. Ce travail ne suggère pas une standardisation de la pratique réflexive (Tochon, 2001b) aux dépens d'un système d'enseignement. Il suggère une cohabitation compréhensive entre les acteurs d'apprentissage sur le terrain pratique qui poursuivrait le but de les sensibiliser à une transformation créative des apprentissages (Freire, 1974/2001).

De plus, si la pratique réflexive est une pratique métacognitive qui relève d'un engagement de soi à soi et de soi aux autres, c'est d'abord une pratique quotidienne de questionnements sur soi et sur sa relation aux autres ainsi que sur notre relation aux savoirs et aux pouvoirs qu'on lui accorde. C'est pourquoi la pratique réflexive, comme l'envisagent Schön (1983/1994), Kolb (1984), Vermersch (2011), Saint-Arnaud (2001) et Le Boterf (2007) rencontre des réticences ; elle touche au plus profond d'un système pédagogique fondé sur la reproduction des connaissances et des attitudes de *maître à élève* où l'un et l'autre reproduisent les rôles qu'on leur a (or)donné de tenir depuis le début de leur scolarité. Le paradigme du changement dans lequel nous évoluons aujourd'hui ne se satisfait plus de reproduction des savoirs (au sens large du terme). Dans plusieurs domaines scientifiques et politiques le mot « création » (re)sort de l'ombre et s'affiche à tout va. Nous pensons qu'aussi le temps est venu de créer une autre relation pédagogique sur le terrain de pratique clinique : une relation démocratique dans laquelle les différents acteurs sont partenaires pour réaliser un travail commun, l'un accompagnant l'autre. Ainsi, le domaine des attitudes et le domaine cognitif devraient être travaillés simultanément sur un terrain de pratique clinique. Sachant que, lors d'une résolution de problème, les actions inconscientes (fond postural) émergent tout autant que les actions intentionnelles (postures stratégiques, logiques et rationnelles) de l'individu en action, il est essentiel d'ancrer chez les

partenaires de travail une posture réflexive efficace qui propose de suivre un canevas à tisser et à ajuster selon les éléments du contexte d'intervention (espace, temps, patient, apprenant, accompagnateur, infirmières, etc.).

Et, comme le souligne Perrenoud (2005, p. 7) : « Lorsque la pratique réflexive n'est pas en phase avec une dynamique de changement, endogène ou exogène, elle crée un malaise, des résistances. » Il ajoute : « Adopter une pratique réflexive, c'est rompre avec l'image idéale d'un partage désintéressé du savoir, faire la part du narcissisme, de la séduction, des peurs et du goût du pouvoir [...] mais, si seuls les militants et les altruistes invétérés deviennent durablement des praticiens réflexifs, on peut craindre que cette identité ne reste minoritaire dans le corps enseignant. »

### 6. Bilan d'expérience

Dans la zone intermédiaire que constitue un stage clinique, nous avons tenté par cette recherche de définir la posture réflexive en tant que posture à légitimer et à encourager chez tous les acteurs praticiens et chez ceux en passe de le devenir, tant elle facilite le transfert des apprentissages. Un encadrement tout à la fois rigoureux et flexible devrait soutenir cette démarche qui, si elle ne va pas de soi, constitue une des pistes pour envisager l'avenir de l'enseignement et de l'apprentissage sous un angle de perspectives nouvelles. Celles-ci, adaptées au paradigme du changement, n'enfermeront pas les acteurs dans une démarche prescrite et leur donneront l'occasion de (re)penser *l'agir avec compétence* (Le Boterf, 2001) face à l'incertitude grandissante des situations rencontrées sur le terrain clinique. Cependant, pour garantir la mise en œuvre d'une telle démarche réflexive, il faudrait être vigilant à coordonner tous les efforts pour faciliter la médiation et le partenariat entre les acteurs concernés afin de maintenir une cohérence et une transparence dans la dynamique du système pédagogique.

Par ailleurs, nous pensons que pour installer ou suivre un projet pédagogique qui se développe au sein d'une institution, il est préférable de rester en dehors du contexte dans lequel s'implante le projet pour y venir

comme médiateur, organisateur, planificateur, accompagnateur et/ou chercheur des ressources des acteurs. Pour cela, à notre avis, il est préférable d'agir comme consultant externe intervenant à la suite d'une demande de l'institution ; demande à préciser, à négocier et à contractualiser afin d'avoir un cadre de travail commun dans lequel l'ensemble des acteurs pourront s'y reconnaître et reconnaître l'autre dans sa part de travail. Cette collaboration partenaire n'est pas un vain mot ; elle se construit progressivement au fil de l'action au sein d'une relation pédagogique partagée.

De plus, une seule personne ne suffit pas pour faire démarrer et faire aboutir un processus tel que celui-ci, porteur d'un changement d'attitudes profondes tant chez les étudiants que chez les enseignants. Cela prend du temps, de l'attention, de l'écoute, de l'observation, des régulations et de la ténacité pour mettre en place un dispositif avec les acteurs du terrain, avec les outils que l'on a sur place, avec le système pédagogique qui pré-existe, et dont il faut prendre soin pour ne pas créer une rupture brutale avec les acteurs qui en sont responsables. Ce changement touche à nos êtres les plus profonds, à la délimitation de nos territoires, à nos zones de liberté mais surtout à notre façon d'entrevoir la relation pédagogique : de maître de stage à stagiaire ou d'accompagnateur réflexif à apprenant réflexif ? (section I, chapitre 2).

La demande d'intervention ayant été présentée comme très urgente, notre démarche s'est tout d'abord située dans l'action immédiate d'implantation de modalités pédagogiques faisant partie de notre bagage antérieur telles que la communication interculturelle, la dynamique de groupe, l'analyse des besoins et la construction d'un référentiel de compétences ainsi que l'organisation des postes de travail et la construction de livrets d'informations pédagogiques destinés aux stagiaires. À ce moment-là, n'ayant pas eu la possibilité de consulter la majeure partie de la littérature concernant le transfert, la pratique réflexive et l'AECA, nous avons commencé la mise en place du dispositif à l'aveugle, sans cadre conceptuel de référence. Au fur et à mesure, la nécessité de ces cadres nous a fait recourir à la littérature pour approfondir les thèmes majeurs de notre recherche tout en participant à des colloques et à des formations sur ces sujets. Cette façon *proactive* de

procéder présente d'une part, l'inconvénient d'un manque de cadres conceptuels identifiés *a priori* et, d'autre part, le défi de savoir-agir-réagir à une demande urgente dans un contexte inconnu avec qui l'on est, avec les acquis que l'on a, dans le moment présent *hic et nunc*. Nous sommes allée chercher les ressources internes et externes (cognitives, socio-cognitives et affectives-relationnelles) dont nous avons besoin pour trouver des réponses à nos questionnements. Le cadre AECA a été posé comme élément structurant le dispositif autour de la contextualisation des apprentissages et de la relation d'apprentissage/accompagnement réflexifs. Nous avons participé à des stages de conscientisation (Freire, 1974/2001 ; Kabat-Zinn, 1990/2009). Nous avons participé à plusieurs formations en MTE (Guillemette, 2006 ; Lejeune, 2014). Malheureusement, il ne nous a pas été possible de suivre la formation proposée par Vermersch (2011) et ses collaborateurs à propos de *l'entretien d'explicitation*.

Cette démarche inductive du projet d'implantation du dispositif réflexif est intimement liée aux principes de pédagogie active ainsi que la démarche réflexive envisagée comme démarche de résolution de problème et/ou comme démarche de conscientisation des schémas attitudeaux-cognitifs-affectifs et ainsi que les méthodes d'analyses inductives (MAG, MTE). Toutes ces démarches sont porteuses d'une philosophie de l'enseignement résolument tournée vers les acteurs et vers ce qu'ils ont à (re)dire au sujet de leur expérience vécue dans l'action.

Ce processus réflexif peut mettre du temps à s'inscrire au quotidien car il bouscule nos habitudes. Et, comme Michel Serres, philosophe, historien des sciences et académicien, le souligne (Cohen, 2014) : « Les pesanteurs du passé ne touchent pas seulement la politique, mais aussi les universités, les institutions hospitalières... [...] Les institutions sont régies par les lois de la nature. C'est comme en mer. Prenez une petite barcasse de trois mètres, vous lui demandez de tourner à gauche, elle le fait. Un paquebot de 40 000 tonnes, il faut absolument anticiper. [...] L'inertie tient au volume et au poids du bateau. »

## Conclusion



Parler de la posture réflexive sur toutes ces pages, sans me donner l'occasion de l'adopter ? Est-ce bien raisonnable ? Comment conclure ce travail ? Une auto-analyse réflexive en « je » et au présent ? Oui, c'est cela que je propose aux lecteurs qui finissent de lire ce chemin de thèse, ou qui commencent par ici... Je propose de reprendre le processus réflexif tel que je l'utilise avec les stagiaires, c'est-à-dire en suivant quatre moments de pratique réflexive, tout en l'approfondissant selon l'entretien d'explicitation de Vermersch (2011) (nommé par Guillemette « les 4 Exs » et cité dans communication ; Vierset & Guillemette, 2014) :

### 1. **C = Contextualisation = Expérience**

Qu'est-ce que je fais *ici et maintenant* pour agir et réagir efficacement dans la situation que je suis en train de vivre ?

Je dois faire une conclusion. Chercher des phrases plus ou moins convenues. Je pense que j'ai déjà tout dit sur le sujet. J'ai de grands moments de douleur physique. Mon corps se rétrécit. Ma créativité n'est plus qu'une lueur. De vive elle se tasse, rencontre des cadres, des formes, des structures imposées. Fatales ou primordiales ? Je trouve le chemin long et éprouvant. Je termine ce travail de longue haleine en maintenant mon discours dans une structure stricte, épurée et compréhensible pour les lecteurs autant que faire se peut. Je suis là avec ce que je suis *hic et nunc* devant cette page qui ne demande qu'à être remplie. Juste envie de dire que, pour ces dernières phrases, c'est un cadre que je suis en train de choisir. Je suis en train de changer de cadre. Le cadre qui me convient maintenant dans l'instant présent ? Réaliser mon auto-entretien d'explicitation.

### 2. **C. RRR = Contextualisation = Réfléchissement = Explicitation**

Qu'est-ce qui m'amène à agir de la sorte, à penser ainsi, à écrire cela ? Qu'est-ce que je me dis dans ma tête ? Quelles sont mes représentations à ce sujet ?

Pour moi, être singulier comme chacun, gravir de nombreux seuils de rationalité ambiante selon les normes préétablies d'une thèse

est un exercice dans lequel je me suis engagée sans avoir pu imaginer l'ampleur et la force des cadres qui entourent strictement chaque pas du chemin à parcourir. Cet exercice est fructueux. Il est terminé. Je pense que ce n'est plus possible pour moi à cette minute de ma vie de rentrer dans ce dernier petit cadre « Conclusion ». L'effort a été grand. J'ai besoin d'une autre créativité. J'ai besoin de faire une synthèse toute personnelle. Synthèse à construire entre la thèse qui représente à mes yeux des normes strictes dans un cadre pré-établi (qui présente l'avantage de pouvoir me faire comprendre et de communiquer mon travail) et son antithèse, la création d'un cadre à établir par moi-même selon les besoins que je rencontre (qui présente l'avantage de répondre à des situations *hors normes*). C'est ma manière de solutionner cette double contrainte thèse-antithèse, en donnant à cette « Conclusion » une forme de synthèse toute personnelle concernant ce travail. Je me dis aussi qu'en réalisant un travail lié à la subjectivité des acteurs du contexte (les étudiants, les internes et moi-même) tout en étant évaluée selon des normes académiques est une autre double contrainte que je tente de lever dans ces lignes.

### 3. **D = Décontextualisation = Explication**

Que dois-je apprendre pour agir avec plus d'efficacité ? Quels sont mes besoins d'apprentissage (cognitifs, socio-cognitifs et affectifs-relationnels) pour mieux pouvoir gérer efficacement la situation ? Autrement dit, dans ce cas, la question qui se pose est : comment continuer d'accompagner cette part de moi qui se (re)définit sans cesse afin qu'elle puisse exister à la fois au-dedans et au-dehors des normes de son groupe d'appartenance professionnelle ?

La société contemporaine prône la créativité. Or, il y a 20 ou 30 ans ce mot n'était valorisable que dans la bouche d'*artistes*, implicitement créatifs. Ne sommes-nous pas tous plus ou moins *artistes* dans le quotidien de nos vies ? L'exercice de thèse me donne l'occasion d'inscrire une créativité dans ces pages et de continuer à la reconnaître. C'est pour moi extraordinaire d'avoir



fait ce chemin, non sans heurts, non sans pleurs et/ou avec joie et détermination. Le mouvement (danse-créative et improvisation-danse) improvisé, conscientisé et auto-régulé représente une ressource essentielle pour moi. Le partage des ressources est aussi très important et je continue de le développer dans le mouvement (*biodanza*). La recherche de ce mouvement permet à chacun de (re)trouver ses forces pour rebondir quand ça fait mal tout en partageant avec les partenaires une reconnaissance mutuelle des capacités et des compétences de l'autre sur son terrain respectif : partenariat, donc.

#### **4. R= Recontextualisation = Expérimentation**

Qu'ai-je appris ? Que vais-je (dé)poser lors d'une nouvelle situation à gérer pour maximiser l'efficacité de mon action ?

À continuer d'écouter les singularités, les créativité et les émotions pour faire advenir, dans le mouvement d'improvisation *in situ*, l'auto-régulation et l'intégration nécessaires entre, à la fois, ce qui est différent des normes prescrites et ce qui y est lié, tout en demeurant dans la conscientisation de ce que je suis en train d'apprendre *hic et nunc...* pour savoir-pouvoir *c-ré-agir* et continuer de devenir sur ce chemin de vie professionnelle.



## Références bibliographiques



- <sup>1</sup> Aït Djida, M.A. (2009). L'approche par compétences et la problématique du transfert. *Synergies Algérie*, 5, 55-63. URL : <http://gerflint.fr/Base/Algerie5/aitdjida.pdf>
- Alayrangues, G. (2014). La question de la clinique dans le travail social : de l'analyse à la pratique. *Les Cahiers de la PRAF*, 1, 13-15. URL : <http://www.praf-alsace.org/images/n01clinique.pdf>
- Allal, L. (2007). Régulation des apprentissages : Orientations conceptuelles pour la recherche et la pratique en éducation. In L. Allal & L. Mottier Lopez (Éds), *Régulation des apprentissages en situation scolaire et en formation* (pp.7-23). Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Altet, M. (1994). *La formation professionnelle des enseignants*. Paris : Presses Universitaires de France.
- \* Anderson, J.R., Reder, L.M., & Simon, H.A. (1996). Situated learning and education. *Educational Researcher*, 25(4), 5-11. doi:10.3102/0013189X025004005
- Andrien, M., Monoyer, M., Philippet, C., & Vierset, V. (1993). Le groupe focalisé : Une méthode qualitative du recueil d'informations. *Éducation-Santé*, 77, 3-9.
- Anzieu, D., & Martin, J.-Y. (1968). *La dynamique des groupes restreints*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Argyris, C. (1985). *Strategy, change & defensive routines*. Boston, MA : Pitman.
- \* Argyris, C. (1993). *Knowledge for action. A guide to overcoming barriers to organizational change*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- \* Argyris, C., & Schön, D. (2001). *Apprentissage organisationnel*. Bruxelles, Belgique : De Boeck. (Ouvrage original publié en 1974 sous le titre *Organizational learning : A theory of action perspective*. Reading, UK : Addison Wesley).
- \* Argyris, C., Putnam, R., & McLain Smith, D. (1985). *Action science*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- \* Avenier, M.-J. (2000). *Ingénierie des pratiques collectives. La cordée et le quatuor*. Paris, France : L'Harmattan.
- Azoulai, G. (2006). *Qu'est-ce que l'empathie ?* En ligne sur le site de

- l'AFDEM, URL : [www.entretienmotivationnel.org/articles/empathie/](http://www.entretienmotivationnel.org/articles/empathie/)
- Bachelard, G. (1977). *La formation de l'esprit scientifique*. Paris, France : Vrin.
- Baldwin, T.T., & Ford, J.K. (1988). Transfer of training : A review and directions for future research. *Personnel Psychology*, 41, 63-105. doi:10.1111/j.1744-6570.1988.tb00632.x
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (2007). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle* (2<sup>e</sup> éd. ; J. Lecomte, trad.). Bruxelles, Belgique : De Boeck & Larcier.
- Barbusse, B., & Glaymann, D. (2013). Six conditions pour tirer profit de son stage. In V. De Briant & D. Glaymann (Dir.) : *Le stage, formation ou exploitation ?* Rennes, France : Presses Universitaires de Rennes.
- Barth, B.M. (1993). *Le savoir en construction. Former à une pédagogie de la compréhension*. Paris, France : Retz.
- Basque, J. (2004). Le transfert des apprentissages : Qu'en disent les contextualistes ? In A. Presseau & M. Frenay (Éds), *Le transfert des apprentissages. Comprendre pour mieux intervenir* (pp. 49-75). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J., & Weakland, J.H. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264. doi:10.1002/bs.3830010402
- Baudouin, J.-M., & Friedrich, J. (2001). *Théories de l'action et éducation*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Beauvais, M. (2004). Des principes éthiques pour une philosophie de l'accompagnement. De l'éducation permanente à la formation tout au long de sa vie. *Savoirs*, 6, 99-113.
- Beauvais, M. (2006, mai). *Des postures de l'accompagnateur à la posture de l'accompagnant : Projet, autonomie et responsabilité*. Communication présentée au 7<sup>e</sup> congrès ENFA : Faciliter les apprentissages autonomes, Auzeville, France.
- Beauvais, M. (2008). Une démarche de recherche-accompagnement : D'une saisie intuitive d'éléments contextuels à l'émergence de significations. *Recherches Qualitatives, hors*

- série 6, 73-86. URL : [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors\\_serie/hors\\_serie\\_v6/hs6\\_beauvais.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v6/hs6_beauvais.pdf)
- Beckers, J. (2007). *Compétences et identité professionnelles*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Beckers, J., Paquay, L., Coupremagne, M., Scheepers, C., Closset, A., Foucart, J., Lemenu, D., & Theunssens, E. (2002). *Comment décrire et analyser un dispositif réputé professionnalisant ? Proposition d'un outil descriptif et interprétatif*. Bruxelles, Belgique : Communauté française de Belgique. URL : <http://hdl.handle.net/2268/21274/>
- Bédard, D. (mai 2007). *La recherche en pédagogie : Un moteur pour les praticiens de l'enseignement ?* Conférence présentée à l'université de Liège (ULg), Belgique.
- Bédard, D., & Béchar, J.-P. (2009). L'innovation pédagogique dans le supérieur : Un vaste chantier. In D. Bédard & J.-P. Béchar (Éds), *Innové dans l'enseignement supérieur* (pp. 30-43). Paris : Presses Universitaires de France.
- Bédard, D., Frenay, M., Turgeon, J., & Paquay, L. (2000). Les fondements de dispositifs pédagogiques visant à favoriser le transfert de connaissances : Perspectives de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques. *Res Academica*, 18, 21-47.
- Bélanger, C. (2009). Rôle du portfolio dans le supérieur. Rendre l'étudiant acteur de sa formation. *Dossier URAFF*, 31. URL : [http://www.univ-brest.fr/digitalAssetsUBO/4/4525\\_dossier31.pdf](http://www.univ-brest.fr/digitalAssetsUBO/4/4525_dossier31.pdf)
- Benoît, J.-C., Malarewicz, J.-A., Beaujean, J., Colas, Y., & Kannas, S. (1988). *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*. Paris, France : ESF.
- Bernard, C. (1947). *Principes de médecine expérimentale*. Fragments écrits entre 1858-1877. Paris : Presses Universitaires de France.
- Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy*. New York, NY : Grove Press.
- Bertrand, Y. (1993). *Théories contemporaines de l'éducation*. Lyon, France : Chronique Sociale.

- Biarnès, J. (2000). *Universalité, diversité, sujet dans l'espace pédagogique*. Paris, France : L'Harmattan.
- \* Biémar, S. (2012). Accompagner un groupe d'enseignants dans une école. In B. Charlier & S. Biémar (Éds), *Accompagner, un agir professionnel* (pp. 19-33). Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Boniver, J. (2004). Les études de médecine à l'université de Liège : Le renouveau pédagogique de la Faculté de Médecine. *Revue Médicale de Liège*, 59, 717-730. URL : <http://www.rmlg.ulg.ac.be/index.php?page=listeArt?date=2004%20Dec&langue=FR>
- Borde, F. (2009). Analyse de la pratique et entretien d'explicitation. *Soins Cadres*, supplément au n°72, 15-17.
- Bosman, C., Gérard, F.-M., & Roegiers, X. (2000). *Quel avenir pour les compétences ?* Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Boudreault, P., & Pharand, J. (2008). L'accompagnement des enseignantes associées. In M. Boutet & J. Pharand (Éds), *L'accompagnement concerté des stagiaires en formation* (pp. 7-29). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- \* Bourassa, B., Serre, F., & Ross, D. (1999). *Apprendre de son expérience*. Sainte-Foy, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris, France : Éditions de Minuit.
- Bourgeois, E., & Nizet, E. (1997). *Apprentissage et formation des adultes*. Paris : Presses Universitaire de France.
- Boutet, M. (2004). *La pratique réflexive : Un apprentissage à partir de ses pratiques*. Université de Sherbrooke, faculté d'éducation. URL : [http://formationspip.csaffluents.qc.ca/sites/csaffluents.qc.ca/formationspip/IMG/pdf/Boutet\\_M\\_Pratique\\_reflexive.pdf](http://formationspip.csaffluents.qc.ca/sites/csaffluents.qc.ca/formationspip/IMG/pdf/Boutet_M_Pratique_reflexive.pdf)
- Bracke, D. (2004). Un modèle fonctionnel du transfert pour l'éducation. In A. Presseau & M. Frenay (Éds), *Le transfert des apprentissages. Comprendre pour mieux intervenir* (pp. 77-106). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Bradley, T.B. (1982). Remediation of cognitive and deficits. A critical appraisal of the Feuerstein model. *Journal of Mental Deficiency Research*, 27, 79-92.



- \* Bronckart, J.-P., & Friedrich, J. (1999). Présentation. In L.S. Vygotski, *La signification historique de la crise en psychologie* (pp. 15-69), (C. Barras & J. Barberies, trad.). Lausanne : Delachaux et Niestlé (ouvrage original publié en 1927).
- \* Brown, J.S., Collins, A., & Duguid, P. (1989). Situated cognition and the culture of learning. *Educational Researcher*, 18(1), 32-42. doi:10.3102/0013189X018001032
- \* Broyon, M.-A. (2006). Métacognition, cultures et pensée réflexive : Applications de la recherche dans la formation des enseignants. *Formation et Pratiques d'Enseignement en Questions*, 4, 105-119. URL : [http://www.revuedeshep.ch/site-fpeq/Site\\_FPEQ/4\\_files/2006-4-Broyon.pdf](http://www.revuedeshep.ch/site-fpeq/Site_FPEQ/4_files/2006-4-Broyon.pdf)
- Campione, J. C., Shapiro, A. M., & Brown, A. L. (1995). Forms of transfer in a community of learners: Flexible learning and understanding. In A. McKeough, J. Lupart & A. Marini (Éds), *Teaching for transfer: Fostering generalization in learning* (pp. 35-68). Mahwah, NJ : Erlbaum Associates.
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé belge (KCE) (2010, 10 juillet). *Les stages en médecine devraient être mieux contrôlés. Le Soir*. Bruxelles, Belgique.
- Chamberland, M., & Hivon, R. (2005). Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale*, 6 : 98-111. URL : <http://dx.doi.org/10.1051/pmed:2005015>
- Charlier, E., & Biémar, S. (2012). *Accompagner un agir professionnel*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Charlot, B., & Stech, S. (1996). Processus sociaux, subjectivité et transferts. In P. Meirieu, M. Develay, C. Durand & Y. Mariani (Éds), *Le concept de transfert de connaissances en formation initiale et en formation continue*, Lyon, France : Centre Régional de Documentation Pédagogique.
- Charmaz, K. (1999). Stories of suffering : Subjective tales and research narratives. *Qualitative Health Research*, 9(3), 362-382. doi:10.1177/104973239900900306
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory*. London, UK : Sage.
- Cicourel, A.V. (1973). *Cognitive sociology. Language and meaning in*

- social interaction*. Harmondsworth, UK : Penguin.
- Cicourel, A.V. (1982). Interview, surveys and ecological validity. *The American Sociologist*, 17, 11-20.
- Cicourel, A.V. (2002). *Le raisonnement médical. Une approche socio-cognitive*. Textes réunis et présentés par P. Bourdieu et Y. Winkin. Paris, France : Seuil.
- Cifali, M. (1996). Démarche clinique, formation et écriture. In L. Paquay, M. Altet, E. Charlier & P. Perrenoud (Éds), *Former des enseignants professionnels. Quelles stratégies ? Quelles compétences ?* (pp. 119-135). Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- \* Cifali, M., & Guist-Desprairies, F. (2008). *Formation clinique et travail de la pensée*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Clot, Y. (2001). Clinique du travail et action sur soi. In J.M. Baudouin & J. Friedrich (Éds), *Théories de l'action et éducation* (pp. 255-278). Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Cohen, M. (2014, novembre-décembre). Grand entretien. Michel Serres, le penseur de la joie. *Imagine Demain le Monde*, 106.
- \* Collins, A., Brown, J.S., & Newman, S.E. (1989). Cognitive apprenticeship : Teaching the crafts of reading, writing, and mathematics. In L. B. Resnick (Éd.), *Knowing, learning, and instruction : Essays in honor of Robert Glaser* (pp. 453-494). Mahwah, NJ : Erlbaum Associates.
- Corbin, J., & Strauss, A.L. (1998). *Basics of qualitative research* (2<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Corbin, J., & Strauss, A.L. (2014). *Basics of qualitative research* (4<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA : Sage.
- \* Coursil, J. (2000). *La fonction muette du langage*. Petit-Bourg, Guadeloupe, France : Ibis Rouge.
- Cros, F. (2009). Préface. In D. Bédard & J.-P. Bécharde (Éds), *Innover dans l'enseignement supérieur* (pp. 11-17). Paris : Presses Universitaires de France.
- \* Darnon, C., Buchs, C., & Butera, F. (2005). Apprendre ensemble : But de performance et but de maîtrise au sein d'interactions sociales entre apprenants. In B. Galand & E. Bourgeois (Éds), *(Se) motiver à apprendre* (pp.125-134). Paris : Presses Universitaires de France.
- Deci, E., & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-*

- determination in human behavior*. New York, NY : Plenum.
- Decroly, O. (1921). *Vers l'école nouvelle*. Paris, France : Nathan.
- De Keyser, V. (2013, 21 novembre). Le billet européen de Véronique De Keyser. *Le Soir*. Bruxelles, Belgique.
- Deleuze, G. (2002). *L'île déserte et autres textes*. Paris, France : Éditions de Minuit.
- Delhez, R. (1990). Dynamique des groupes restreints. Notes de cours. Document non publié, Université de Liège, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Belgique.
- 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 en psychologie et sciences de l'éducation, non publiée, Université de Mons-Hainaut (UMH), Mons, Belgique.
- Derobertmeasure, A., & Dehon, A. (2009). Vers quelle évaluation de la réflexivité en contexte de formation initiale des enseignants ? *Questions Vives*, 6(12), 29-44. URL : <http://questionsvives.revues.org/376> ; doi:10.4000/questionsvives.376
- Derobertmeasure, A., Dehon, A., & Demeuse, M. (2010). Indicateurs de réflexivité en formation initiale. Analyse du contenu de dossiers réflexifs. *Éducation & Formation*, e-294, 31-41. URL : <http://ute3.umh.ac.be/revues/index.php?revue=10&page=3>
- Dessoay, E. (2000). Isomorphisme et changement, commentaires à l'étude de cas du petit Jean. L'Homme et son milieu. *Études systémiques et Thérapies familiales*. URL : [www.Systemique.be](http://www.Systemique.be)
- Develay, M. (1995). Préface. In B. Rey : *Les compétences transversales en question*. Paris, France : ESF.
- Devos, C., & Dumay, X. (2006). Les facteurs qui influencent le transfert : Une revue de la littérature. *Savoirs*, 12, 11-46.
- Dewey, J. (1933). *How we think : A restatement of the relation of reflective thinking to the educative process*. Boston, MA : Heath.
- \* Dewey, J. (1967). *Logique. La théorie de l'enquête*. Paris : Presses Universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1938 sous le titre *Logic : the theory of inquiry*. New York, NY : Holt, Rinehart and Winston).

- Dezutter, O., & Dejemeppe, X. (2001). Quels écrits réflexifs autour des stages professionnalisants? *Recherche et Formations*, 36, 89-111.
- Dispagne, M. (2007). L'accompagnement pédagogique: Quels enjeux symboliques en contexte diglossique? *Orientation scolaire et professionnelle*, 36: 59-69. URL : <http://osp.revues.org/1295> ; doi:10.4000/osp.1295
- 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, 732-741. doi:10.1111/j.1365-2929.2005.02205.x
- Donnadieu, B., Genthon, M., & Vial, M. (1998). *Les théories de l'apprentissage. Quels usages pour les cadres de santé ?* Paris, France : Masson.
- Donnay, J. (2002). Postures et compétences professionnelles du formateur accompagnateur. Compte rendu de l'intervention de J. Donnay lors d'un séminaire à Mèze, France : *Accompagnement des enseignants en difficulté à un nouveau poste* (non publié).
- Donnay, J., & Charlier, E. (2008). *Apprendre par l'analyse de pratiques. Initiation au compagnonnage réflexif*. Namur, Belgique : Presses Universitaires de Namur.
- Dory, V., de Foy, T., & Degryse, Y. (2009). L'auto-évaluation: Postulat préalable, finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique? Clarifications conceptuelles et pistes pour une application en pédagogie médicale. *Pédagogie Médicale*, 10, 41-53. URL : <http://dx.doi.org/10.2515/pedmed/20080318>
- Elkaïm, M. (1989). *Si tu m'aimes, ne m'aime pas. Approche systémique et psychothérapie*. Paris, France : Seuil.
- Faingold, N. (2001). Analyse de pratique : Du formateur débutant à l'expert. *Expliciter*, 40, 1-11. URL : [http://www.grex2.com/assets/files/expliciter/40\\_mai\\_2001.pdf](http://www.grex2.com/assets/files/expliciter/40_mai_2001.pdf)
- Faulx, D. (2008). L'animatique de groupes : Esquisses d'un nouveau champ de recherche en formation des adultes. *Éducation Permanente*, 174, 147-156.

- Faulx, D., & Leclercq, G. (2008). Comprendre les usages des dispositifs de formation en alternance par l'approche analogique. In A. Chafiqi, A. Alagui, A. Barroug, W. Bouab, M. Chlyeh, A. Elfoudhali, K. El Hariri, L. Hassani, N. Merzoui, L. Rafouk, A. Razouki & S. Selmaoui (Éds), *Mondialisation et éducation. Vers une société de la connaissance* (pp. 336-337). Marrakech, Maroc : Université Cadi Ayyad (UCAM).
- Flanagan, J.C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 16, 327-358. URL : <http://dx.doi.org/10.1037/h0061470>
- Forcier, F., & Goulet, J.-P. (1996). Un problème et un mystère : Le transfert des apprentissages. *Pédagogie Collégiale*, 10, 30-32. URL : [http://aqpc.qc.ca/sites/default/files/revue/forcier\\_goulet\\_10\\_2.pdf](http://aqpc.qc.ca/sites/default/files/revue/forcier_goulet_10_2.pdf)
- Freinet, C. (1959). *Les dits de Mathieu*. Paris, France : Delachaux et Niestlé.
- Freire, P (2001). *Pédagogie des opprimés. Suivi de conscientisation et révolution* (L. & M. Lefay, trad.). Paris, France : La Découverte. (Ouvrage original publié en 1974 sous le titre *Pedagogia do oprimido*. Brésil : Paz e Terra).
- Freire, P. (2013). *Pédagogie de l'autonomie. Savoirs nécessaires à la pratique éducative*. (J.-C. Régnier, trad.). Toulouse, France : Eres. (Ouvrage original publié en 1996 sous le titre *Pedagogia da autonomia*. Brésil : Paz e Terra).
- Frenay, M. (1994). *Apprentissage et transfert dans un contexte universitaire*. Thèse de doctorat en psychologie et sciences de l'éducation, non publiée, université catholique de Louvain (UCL), Louvain-la-Neuve, Belgique.
- Frenay, M. (2004). Du transfert des apprentissages au transfert des connaissances. In A. Presseau & M. Frenay (Éds), *Le transfert des apprentissages* (pp. 7-48). Québec, Canada : Presses de l'Université Laval.
- 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 & M. Frenay (Éds), *Le transfert des apprentissages* (pp. 241-268).

- Québec, Canada : Presses de l'Université Laval.
- Frenay, M., Jorro, A., & Poumay, M. (2011). Développement pédagogique, développement professionnel et accompagnement. *Recherche et Formation*, 67, 105-116. URL : <http://rechercheformation.revues.org/1426>
- Fustier, M. (1980). *La résolution de problèmes. Méthodologie de l'action*. Paris, France : ESF.
- Gervais, C. (2008). Pour une formation des stagiaires en concertation. In M. Boutet & J. Pharand (Éds), *L'accompagnement concerté des stagiaires en formation* (pp.96-97). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Gagne, R.M. (1962). The acquisition of knowledge. *Psychological Review*, 69, 355-365. URL : <http://dx.doi.org/10.1037/h0042650>
- \* Gagné, M. (1993). *La supervision des stages : L'accompagnement d'un rite de passage*. Montréal, Canada : Université de Montréal (U de M), faculté des sciences de l'éducation.
- \* Gaudet, C. (1995). La formation pratique. Une analyse épistémologique. *Revue des Sciences de l'Éducation de McGill*, 30(3), 291-310. URL : <http://mje.mcgill.ca/article/view/8259>
- Gélinas Proulx, A., Ruest-Paquette, A.-S., Simoes Forte, L., Cotnam-Kappel, M., Fallu, C., & Bartosova, L. (2012). La réflexivité : exercice pédagogique et outil d'accompagnement aux cycles supérieurs. *Revue Internationale de Pédagogie de l'Enseignement Supérieur*, 28,2. URL : <http://ripes.revues.org/672>
- Giet, D., Massart, V., Deum, M., & Brichant, J.-F. (2012). Dispositif pédagogique en médecine palliative visant le développement de la réflexivité chez les étudiants. Utilisation d'un portfolio électronique. *Pédagogie Médicale* 13(1), 51-64. URL : <http://dx.doi.org/10.1051/pmed/2012002>
- Giet, D., Massart, V., Deum, M., Duchesnes, C., & Brichant, J.-F. (2011). Évaluation sanctionnante d'étudiants dans un dispositif suscitant la réflexivité en 2<sup>e</sup> cycle d'études médicales dans un cours de « Médecine palliative et de fin de vie » dont les moyens utilisés sont le portfolio électronique, le tutorat et des cours théoriques. *Bulletin de l'Association pour le*

- Développement des Méthodologies d'Évaluation en Éducation*, 2011/3. URL : <http://hdl.handle.net/2268/92245>
- Glaser, B. G. (1965). The constant comparative method of qualitative analysis. *Social Problems*, 12(4), 436-445.
- Glaser, B.G. (1978). *Theoretical sensitivity. Advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley, CA : Sociology Press.
- Glaser, B. G. (1992). *Basics of grounded theory analysis : Emergence vs. forcing*. Mill Valley, CA : Sociology Press.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2010). *La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative*. Paris, France : Armand Colin. (Ouvrage original publié en 1967 sous le titre *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago, IL : Aldine).
- Goffman, E. (1974). *Les rites d'interactions*. Paris, France : Éditions de Minuit.
- Gordon, T. (1981). *Enseignants efficaces. Enseigner et être soi-même*. Québec, Canada : Le Jour.
- \* Greeno, J.G. (1997). On claims that answer the wrong questions. *Educational Researcher*, 26(1), 5-17. doi : 10.3102/0013189X026001005
- \* Greeno, J. G., & Moore, J.L. (1993). Situativity and symbols : Response to Vera and Simon. *Cognitive Science*, 17, 49-59.
- \* Greeno, J.G., Collins, A., & Resnick, L.B. (1996). Cognition and learning. In D.C. Berliner & R.C. Calfee (Éds), *Handbook of educational psychology* (pp. 15-16). New York, NY : Macmillan.
- Guillemette, F. (2006). L'approche de la *Grounded Theory* ; Pour innover ? *Recherche Qualitative*, 26(1), 32-50. URL : [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition\\_reguliere/numero26%281%29/fguillemette\\_ch.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26%281%29/fguillemette_ch.pdf)
- Guillemette, F. (2013). Programme d'accompagnement pédagogique. Document non publié, UQTR, Trois-Rivières, Québec, Canada.
- Guillemette, F., & Gauthier, C. (2008a). L'approche par compétences (APC) en formation des maîtres : Analyse documentaire et critique. *Recherches et Éducatons*. URL :

- [www.rechercheseducations.revues.org/](http://www.rechercheseducations.revues.org/)
- Guillemette, F., & Gauthier, C. (2008b). La pratique réflexive : condition essentielle au développement des compétences en stage. In M. Boutet & J. Pharand (Éds), *L'accompagnement concerté des stagiaires en formation* (pp. 128-143). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Guillemette, F., & Lapointe, J.-R. (2010). La représentification dans l'entretien d'explicitation. *Recherche Qualitative, hors série, 8*, 51-60. URL : [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors\\_serie/hors\\_serie\\_v8/HS8\\_Guillemette-Lapointe.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v8/HS8_Guillemette-Lapointe.pdf)
- Guillemette, F., & Luckerhoff, J. (2009). L'induction en méthodologie de la théorisation enracinée (MTE). *Recherche Qualitative, 28*(2), 4-21. URL : [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition\\_reguliere/numero28%282%29/guillemette\\_luckerhoff%20%2828%292.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero28%282%29/guillemette_luckerhoff%20%2828%292.pdf)
- Guillemette, F., & Luckerhoff, J. (2012). *Méthodologie de la théorisation enracinée*. Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Gwyn-Paquette, C. (2008). Aider le stagiaire à innover. In M. Boutet & J. Pharand (Éds), *L'accompagnement concerté des stagiaires en formation* (pp. 33-49). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Hadji, C. (1997). *L'évaluation démystifiée*. Paris, France : ESF.
- \* Hager, P., & Gonczi, A. (1996). What is competence? *Medical Teacher, 18*, 15-18. doi : 10.3109/01421599609040255
- Hall, E. (1971). *La dimension cachée*. Paris, France : Seuil.
- Haskell, R. E. (2001). *Transfer of learning. Cognition, Instruction, and Reasoning*. CA, San Diego : Academic Press.
- Hatton, N., & Smith, D. (1995). Reflection in teacher education : towards definition and implementation. *Teaching and Teacher Education, 11*(1), 33-49. doi : 10.1016/0742-051X(94)00012-U
- Hawley, W.D., & Valli, L. 1998. *Guide to the national partnership for excellence and accountability in teaching* (NPEAT). Washington, DC : Office of Educational Research and Improvement.



- Herrington, J., Oliver, R., & Reeves, T. (2003). Patterns of engagement in authentic online learning environments. *Australian Journal of Educational Technology*, 19, 59-71. URL : <http://ajet.org.au/index.php/AJET/article/view/1701/788>
- Hivon, R. Vision de l'enseignement et de l'apprentissage. *Trait d'Union Express*, 2005/8, 2. URL : [www.usherbrooke.ca/ssf/documentation/grandes-entrevues/rene-hivon](http://www.usherbrooke.ca/ssf/documentation/grandes-entrevues/rene-hivon)
- \* Holton, E. F., & Baldwin, T. T. (2003). Making transfer happen. An action perspective on learning transfer system. In E.F. Holton & T. Baldwin (Éds), *Improvising learning transfer in organizations* (pp. 3-15). CA, San Francisco : Jossey-Bass.
- Houssaye, J. (2000). *Le triangle pédagogique. Théorie et pratiques de l'éducation scolaire*. Berne, Suisse : Peter Lang.
- Illich, I. (1971). *Libérer l'avenir* (G. Durand, trad.). Paris, France : Seuil. (Ouvrage original publié en 1971 sous le titre *Celebration of awareness*).
- Imbert, F. (2000). *L'impossible métier de pédagogue*. Paris, France : ESF.
- Ionesco, E. (1972). *La leçon* [théâtre]. Paris, France : Gallimard.
- Irby, D. M. (1986). Clinical teaching and the clinical teacher. *Journal of Medical Education*, 61, 35-45.
- Irby, D.M. (1992). How attending physicians make instructional decisions when conducting teaching rounds? *Academic Medicine*, 67, 630-638. URL : <http://journals.lww.com/academicmedicine/toc/1992/10000>
- ITECO (1998). Document de formation (non publié). Centre de formation pour le développement et la solidarité internationale. Bruxelles, Belgique.
- Jorro, A., & De Ketele, J.-M. (2011). *La professionnalité émergente : Quelle reconnaissance ?* Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Jouquan, J. (2007). Pour ne pas en rester aux déclarations d'intention concernant le compagnonnage pendant l'externat. *Pédagogie Médicale*, 8, 5-6. URL : <http://dx.doi.org/10.1051/pmed:2007013>

- Jouquan, J., Romanus, C., Vierset, V., Jaffrelot, M., & Parent, F. (2013). Promouvoir les pédagogies actives comme soutien à la pratique réflexive et à l'apprentissage en profondeur. In F. Parent & J. Jouquan (Éds), *Penser la formation des professionnels de la santé* (pp. 245-283). Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience : réduire le stress grâce à la mindfulness : Programme complet en 8 semaines* (C. Meskens, trad.). Bruxelles, Belgique : De Boeck. (Ouvrage original publié en 1990 sous le titre *Full catastrophe living : Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, NY : Delta Trade Paperbacks).
- Kaës, R., Anzieu, D., & Thomas, L.V. (1975). *Fantasmes et formation*. Paris, France : Dunod.
- Killion, J.P., & Todnem, G.R. (1991). A process for personal theory building. *Educational Leadership*, 48(6), 14-16. URL : [http://www.ascd.org/ASCD/pdf/journals/ed\\_lead/el\\_199103\\_killion.pdf](http://www.ascd.org/ASCD/pdf/journals/ed_lead/el_199103_killion.pdf)
- King, A. (1997). ASK to THINK-TEL WHY : A model of transactive peer tutoring for scaffolding higher level complex learning. *Educational Psychologist*, 32, 221-235. doi:10.1207/s15326985ep3204\_3
- Kirkpatrick, D. L. (2006). *Evaluating training programs : The four levels*. San Francisco, CA : Berrett-Koehler Publishers.
- Kolb, D.A. (1984). *Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Kolb, D. A., & Fry, R. (1975). Toward an applied theory of experiential learning. In C. Cooper (Éd.) : *Theories of group process*. London, UK : John Wiley.
- Kraiger, K., Ford, K.J., & Salas, E. (1993). Application of cognitive, skill-based and affective theories of learning outcomes to new methods of training evaluation. *Journal of Applied Psychology*, 78, 311-328. URL : <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.78.2.311>
- Kuhn, T.S. (1970). *The structure of scientific revolution* (2<sup>e</sup> éd.). Chicago, IL : University of Chicago Press.
- Lafortune, L. (2002). Une pratique réflexive pour accompagner

- l'évaluation. *Québec français*, 127, 71-73.
- Lafortune, L. (2004). *Pensée et réflexivité. Théories et pratiques*. Sainte-Foy, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- \* Lafortune, L., & Deaudelin, C. (2001). *Accompagnement socioconstructiviste. Pour s'approprier une réforme en éducation*. Sainte-Foy, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Lafortune, L., Jacob, S., & Hébert, D. (2000). *Pour guider la métacognition*. Sainte-Foy, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Laker, D.R. (1990). Dual dimensionality of training transfer. *Human Resource Development Quarterly*, 1, 209-223. doi:10.1002/hrdq.3920010303
- Lalande, A. (1947). *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Langevin, L. (2009). Accompagnement pédagogique : une expertise à développer. In D. Bédard & J.-P. Bécard (Éds), *Innové dans l'enseignement supérieur* (pp. 139-150). Paris : Presses Universitaires de France.
- 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, 7-23. URL : <http://dx.doi.org/10.1051/pmed:2007014>
- Langevin, S., Gagnon, N., & Bourque, S. (2007). Développement des habiletés réflexives chez les externes : Projet pilote de portfolio réflexif. *Bulletin de la faculté de médecine et des sciences de la santé de l'université de Sherbrooke*, juin 2007.
- Lasnier, F. (2000). *Réussir la formation par compétences*. Montréal, Canada : Guérin.
- Launay, I. (1996). *À la recherche d'une danse moderne. Rudolf Laban et Mary Wigman*. Paris, France : Chiron.
- Lavoie, S., & Guillemette, F. (2009). L'apport de la méthodologie de la théorisation enracinée (MTE) dans l'étude des sciences humaines. *Recherches Qualitatives*, 28(2), 47-64. URL : [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition\\_reguliere/num](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/num)

- [ero28%282%29/lavoie%2828%292.pdf](#)
- Le Boterf, G. (1994). *De la compétence. Essai sur un attracteur étrange*. Paris, France : Éditions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (1997). *De la compétence à la navigation professionnelle*. Paris, France : Éditions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2001). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris, France : Éditions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2005). *Ingénierie et évaluation des compétences*. Paris, France : Éditions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2007). *Professionnaliser. Le modèle de la navigation professionnelle*. Paris, France : Éditions d'Organisation.
- Lebrun, M., Bachy, S., Docq, F., Motte, I., Smidts, D., Van Haverbeke, C., Maron, S., & Rorive, D. (2010). *Postures d'accompagnement technopédagogique dans le cadre de cours et de programme : Expériences, tensions et perspectives*. Communication présentée au 26<sup>e</sup> congrès AIPU à Rabat, Maroc. URL : <http://www.uclouvain.be/202582.html>
- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. Montréal, Canada : Guérin.
- Lejeune, C. (2014). *Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Le Moigne, J.-L. (1998). Connaissance actionnable et action intelligente. *Grand Atelier MCX*, 19-20 novembre.
- \* Lenoir, Y. (1996). Médiation cognitive et médiation didactique. In C. Raïsky & M. Caillot (Éds), *Au-delà des didactiques, la didactique* (pp. 223-251). Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Lesne, M. (1977). *Travail pédagogique et formation d'adultes. Éléments d'analyse*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Lievin, T., Fortin, M., Millette, B., Auberge, A., & De Korwin, J.-D. (2008). L'entretien d'explicitation : une approche potentiellement féconde pour faciliter la supervision clinique des résidents. *Pédagogie Médicale*, 9, 221-233. URL : <http://dx.doi.org/10.1051/pmed:2008259>
- Malaise, M., & Seutin, V. (2001). *Rapport sur l'enquête pédagogique concernant les stages obligatoires du 3<sup>e</sup> doctorat*, non publié. Université de Liège, faculté de médecine, Liège, Belgique.
- Malinowski, B. (1926). *Myth in primitive psychology*. New York, NY :

- Norton.
- Mandeville, L. (2009). Une expérience d'apprentissage significatif pour l'étudiant. In D. Bédard & J.-P. Bécharde (Éds), *Innovier dans l'enseignement supérieur* (pp. 125-138). Paris : Presses Universitaires de France.
- Martin, D., Doudin, P.-A., Pons, F., & Lafortune, L. (2004). Rôle et objets de la prise de conscience en éducation. In R. Pallascio, M.-F. Daniel & L. Lafortune (Éds), *Pensée et réflexivité* (pp. 37-52). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- 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. URL : <http://dx.doi.org/10.1051/pmed:2008033>
- Massé, P. (1998). *Gérer les services-conseils : une démarche*. Sainte-Foy, Canada : Télé-université.
- Mayfield, M.K. (1985). Competence : A context for professional development. In E.E. Horner (Éd.), *Continuing education : Issues and challenges* (pp. 241-251). New York, NY : K.G. Saur.
- Meirieu, P. (1991). *Le choix d'éduquer. Éthique et pédagogie*. Paris, France : ESF.
- Meirieu, P. (1998). Le transfert de connaissances, un objet énigmatique. In J.-P. Astolfi & R. Pantanella (Éds) : *Apprendre*. Numéro hors série des *Cahiers pédagogiques*, pp. 6-7.
- Meirieu, P. (1999). *Apprendre... oui, mais comment ?* Paris, France : ESF.
- Meirieu, P., & Develay, M. (1992). *Émile, reviens vite... Ils sont devenus fous*. Paris, France : ESF.
- Meirieu, P., & Develay, M. (mai 1996). *Le transfert de connaissances en formation initiale et en formation continue*. Actes du colloque organisé à l'Université Lumière Lyon 2.
- Meirieu, P., Develay, M., Durand, C., & Mariani, Y. (1996). *Le concept de transfert de connaissances en formation initiale et en formation continue*. Université de Lyon 2, France : Centre Régional de Documentation Pédagogique.
- Mendelsohn, P. (1996). Le concept de transfert. In P. Meirieu, M. Develay, C. Durand & Y. Mariani (Éds), *Le concept de transfert de connaissances en formation initiale et en formation continue*.

- Université de Lyon 2, France : Centre Régional de Documentation Pédagogique.
- Moreno, J.-L. (1965). *Psychothérapie de groupe et psychodrame*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Morin, E. (1986). *La méthode, 3. La connaissance de la connaissance*. Paris, France : Seuil.
- Mottier Lopez, L. (2012). *La régulation des apprentissages en classe*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Mucchielli, R. (1985). *L'entretien de face à face dans la relation d'aide*. Paris, France : ESF.
- Mucchielli, R. (1994). *Les méthodes actives dans la pédagogie des adultes*. Paris, France : ESF.
- 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. URL : <http://dx.doi.org/10.1051/pmed:2006016>
- 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. URL : <http://dx.doi.org/10.1051/pmed:2005028>
- O'Brien, H., Marks, M., & Charlin, B. (2003). Le *feedback* (ou rétroaction) : Un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique. *Pédagogie Médicale*, 4, 184-191. URL : <http://dx.doi.org/10.1051/pmed:2003008>
- O'Driscoll, M.P., & Cooper, C.L. (1996). A critical incident analysis of stress-coping behaviours at work. *Stress Medicine*, 12, 123-128. doi:10.1002/(SICI)1099-1700(199604)12:2<123::AID-SMI696>3.0.CO;2-R
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahier de recherche sociologique, hors thème (23)*, 147-181.
- Pallascio, R., Benny, M., & Patry, J. (2001). Pensée critique et pensée métacognitive. In P.A. Doudin, D. Martin & O. Albanese (Éds), *Métacognition et éducation* (pp. 31-46). Berne, Suisse : Peter Lan.
- Palmade, G. (1958). *L'unité des sciences humaines*. Paris, France :

- Dunod.
- Paquay, L., & Sirota, R. (2001). Entretiens à propos du praticien réflexif. Entretiens avec N. Faingold et avec J. Donnay et E. Charlier. *Recherche et Formation*, 36, 163-172.
- Paquay, L., Beckers, J., Coupremagne, M., Scheepers, C., Closset, A., Foucart, J., Lemenu, D., & Theunssens, E. (2003a). *La professionnalisation des étudiants des hautes écoles: Un répertoire de dispositifs professionnalisants et des démarches d'accompagnement*. Bruxelles, Belgique: Communauté française de Belgique. URL : <http://hdl.handle.net/2268/21269>
- Paquay, L., Beckers, J., Coupremagne, M., Scheepers, C., Closset, A., Foucart, J., Lemenu, D., & Theunssens, E. (2003b). *Quels dispositifs favorisent le développement des compétences professionnelles dans l'enseignement supérieur? Et à quelles conditions? Partie 1, démarches et résultats*. Rapport final d'une recherche UCL-ULg-Hautes Écoles. Bruxelles, Belgique: Communauté française de Belgique. URL : <http://hdl.handle.net/2268/21266>
- Paquay, L., Van Nieuwenhoven, C., & Wouters, P. (2010). *L'évaluation, levier du développement professionnel?* Bruxelles, Belgique: De Boeck.
- Paquay, L., Altet, M., Charlier, E., & Perrenoud, P. (2012). *Former des enseignants-professionnels. Quelles stratégies? Quelles compétences?* Bruxelles, Belgique: De Boeck.
- Pastré, P. (2009). Didactique professionnelle. In P. Carré & P. Caspar (Éds), *Traité des sciences et des techniques de formation* (pp. 404-416). Paris, France: Dunod.
- Paul, M. (2002). L'accompagnement: Une nébuleuse. L'accompagnement dans tous ses états. *Éducation Permanente*, 153.
- Paul, M. (2003a). *Ce qu'accompagner veut dire: Entre tradition et post-modernité*. Thèse en sciences de l'éducation, non publiée, université de Nantes, France.
- Paul, M. (2003b). Ce qu'accompagner veut dire. *Carriérologie*, 9, 121-144. URL : [www.carrierologie.uqam.ca/volume09\\_1-2/07\\_paul](http://www.carrierologie.uqam.ca/volume09_1-2/07_paul)
- Paul, M. (2004). *L'accompagnement: Une posture professionnelle*

- spécifique*. Paris, France : L'Harmattan.
- Paul, M. (2009). L'accompagnement dans le champ professionnel. *Savoirs*, 20(2), 11-63.
- \*Pea, R.D. (1987). Socializing the knowledge transfer problem. *International Journal of Educational Research*, 11, 639-663. doi:10.1016/0883-0355(87)90007-3
- Pellaccia, T., Delplançq, H., Tribby, E., Leman, C., Bartier, J.-C., & Dupeyron, J.-P. (2008). La motivation en formation : Une dimension réhabilitée dans un environnement d'apprentissage en mutation. *Pédagogie Médicale*, 9, 103-121. URL : <http://dx.doi.org/10.1051/pmed:2008999>
- Pelpel, P. (2001). *Apprendre et faire. Vers une épistémologie de la pratique ?* Paris, France : L'Harmattan.
- Perkins, D.N., & Salomon, G. (1988). Teaching for transfer. *Educational Leadership*, 46(1), 22-32. URL : [http://www.ascd.org/ASCD/pdf/journals/ed\\_lead/el\\_198809\\_perkins.pdf](http://www.ascd.org/ASCD/pdf/journals/ed_lead/el_198809_perkins.pdf)
- Perrenoud, P. (1997). *Pédagogie différenciée : Des intentions à l'action*. Paris, France : ESF.
- Perrenoud, P. (1999). *D'une métaphore à l'autre : transférer ou mobiliser ses connaissances ? Implications sociologiques et pédagogiques*. URL : [www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php\\_main/php\\_1999/1999\\_28.rtf](http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1999/1999_28.rtf)
- Perrenoud, P. (2001a). Articulation théorie-pratique et formation de praticiens réflexifs en alternance. In P. Lhez, D. Millet & B. Séguier (Éds), *Alternance et complexité en formation. Éducation-Santé-Travail social* (pp. 10-27). Paris, France : Seli Arslan. URL : [www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php\\_main/php\\_2001/2001\\_32.html](http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2001/2001_32.html)
- Perrenoud, P. (2001b). Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation. *Cahiers pédagogiques*, 390, 42-45.
- Perrenoud, P. (2005). Assumer une identité réflexive. *Éducateur*, 2/2005, 30-33.
- Perrenoud, P. (mai 2009). *Le désir de ne pas savoir. Innovations pédagogiques dans les pratiques réflexives*. Conférence présentée à l'Institut de Formation et de Recherche de



- l'Enseignement Supérieur (IFRES). Université de Liège, Belgique.
- Perrenoud, P. (janvier 2010). *Développer des compétences dans l'enseignement supérieur : Quoi de neuf ?* Conférence présentée à l'Institut de Formation et de Recherche de l'Enseignement Supérieur (IFRES). Université de Liège, Belgique.
- Perrenoud, P. (2012). *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant*. Paris, France : ESF.
- Perrenoud, P. (2013). La blessure la plus rapprochée du soleil. Ambivalences et résistances face à la posture réflexive. In M. Altet, J. Desjardins, E. Etienne, L. Paquay & P. Perrenoud (Éds), *Former des enseignants réflexifs* (pp. 79-93). Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Perrenoud, P., Altet, M., Lessard, C., & Paquay, L. (2008). *Conflits de savoirs en formation des enseignants. Entre savoirs issus de la recherche et savoirs issus de l'expérience*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Pestiaux, D. (2008, mars). Actualités. *Le Journal du Médecin*, p. 23. Belgique.
- Peters, M., Chevrier, J., Leblanc, R., Fortin, G., & Malette, J. (2005). Compétence réflexive, carte conceptuelle et webfolio à la formation des maîtres. *Canadian Journal of Learning and Technology* 31(3), 67-68. URL : <http://www.cjlt.ca/index.php/cjlt/article/view/96/90>
- 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 en psychologie et sciences de l'éducation (non publiée), université de Liège (ULg), Belgique.
- Petrolito, S., Leloup, G., & Godin, V. (2011). Les acquis d'apprentissage, *learning outcomes* : Approches contextuelles et travaux en cours dans le secteur médical. *Louvain Médical* 2011, 130(1), 36-40. URL : [http://www.louvainmedical.be/images/flippingbook/2011\\_01/Publications/HTML/index.html](http://www.louvainmedical.be/images/flippingbook/2011_01/Publications/HTML/index.html)
- Piaget, J. (1966). *La psychologie de L'enfant*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Piaget, J. (1968). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Paris,

- France : Delachaux et Niestlé.
- Piaget, J. (1977). *Épistémologie des sciences de l'homme*. Paris, France : Gallimard.
- \* Piaget, J. (1978). *Recherche sur la généralisation. Études d'épistémologie et de psychologie génétiques* (tome 36). Paris : Presses Universitaires de France.
- Poliakow, D. (2003). Projections affectives et remédiations cognitives. *Eduquer*. URL : <http://rechercheseducations.revues.org/209>
- Portelance, L. (2008). L'apport attendu des enseignants associés à la formation des stagiaires. In M. Boutet & J. Pharand (Éds), *L'accompagnement concerté des stagiaires en enseignement* (pp. 53-59). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Porter, E.H. (1973). *Relationship Awareness Theory*. Carlsbad, CA : Personal Strengths Publishing.
- Postic, M. (2001). *La relation éducative*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Poumay, M. (2006). *Former des accompagnateurs du développement instructionnel d'enseignants du supérieur*. Thèse de doctorat en psychologie et sciences de l'éducation (non publiée), université de Liège (ULg), Belgique.
- \* Prawat, R.S. (1989). Promoting access to knowledge, strategy and disposition in students : a research synthesis. *Review of Educational Research*, 59, 1-41. doi:10.3102/00346543059001001
- Presseau, A. (2003). La gestion du transfert des apprentissages. In C. Gauthier, J.-F. Desbiens & S. Martineau (Éds), *Mots de passe pour mieux enseigner* (pp. 107-140). Québec, Canada : Presses de l'Université Laval.
- Presseau, A., & Frenay, M. (2004). *Le transfert des apprentissages. Comprendre pour mieux intervenir*. Québec, Canada : Presses de l'Université Laval.
- \* Raynal, F., & Rieunier, A. (2007). *Pédagogie : Dictionnaire des concepts clés. Apprentissage, formation, psychologie cognitive*. Paris, France : EFS.
- Rey, B. (1996). *Les compétences transversales en questions*. Paris,

- France : ESF.
- Rey, B. (1998). Un transfert nommé désir. *Éducatons*, 15, 18-21.
- \* Ricœur, P. (2004). *Parcours de la reconnaissance*. Paris, France : Seuil.
- Roegiers, X. (2010). *Des curricula pour la formation professionnelle initiale*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy*. Londres, UK : Constable.
- Rombouts-Godin, V., & Cassiers, L. (2000). Comment les médecins diplômés jugent-ils leur formation une fois engagés dans la pratique ? *Santé Conjuguée*, 12, 55-62. URL : <http://www.maisonmedicale.org/-Une-tete-bien-faite-Pour-une-.html>
- Rondier, M. (2004). A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 33(3), 475-476. URL : <http://osp.revues.org/741>
- Roquet, P. (2009). L'émergence de l'accompagnement. *Recherche et Formation*, 62, 13-24. URL : <http://rechercheformation.revues.org/398>
- Rosenthal, R., & Jacobson, L. (1971). *Pygmalion à l'école*. Paris, France : Casterman.
- Rousseau, J.-J. (1762). *L'Émile ou de l'éducation*. Paris, France : Garnier-Flammarion.
- Roussel, J.-F. (2011). Le transfert des apprentissages en milieu organisationnel : Réflexions, perspectives et nouvelle taxonomie. *Travail et Apprentissages*, 8 (2), 11-29.
- Rothier-Bautzer, E. (2002). Pratiques soignantes en mutation : De la lutte contre la maladie à la collaboration avec le patient. *Revue française de Pédagogie*, 138, 39-50. URL : [http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfp\\_0556-7807\\_2002\\_num\\_138\\_1\\_2862](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfp_0556-7807_2002_num_138_1_2862)
- Rozenblit, L., & Keil, F. (2002). The misunderstood limits of folk science : An illusion of explanatory depth. *Cognitive Sciences*, 26, 521-562.
- \* Sainsaulieu, R. (1985). *L'identité au travail*. Paris, France : Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques.
- Saint-Arnaud, Y. (1992). *Connaître par l'action*. Montréal, Canada :

- Presses de l'Université de Montréal.
- Saint-Arnaud, Y. (1995). *L'interaction professionnelle : Efficacité et coopération*. Montréal, Canada : Presses de l'Université de Montréal.
- Saint-Arnaud, Y. (1999). *Le changement assisté. Compétences pour intervenir en relations humaines*. Paris, France : Gaëtan Morin.
- Saint-Arnaud, Y. (2001). La réflexion-dans-l'action : Un changement de paradigme. *Recherche et Formation*, 36, 17-27.
- Saint-Arnaud, Y., Mandeville, L., & Bellemare C. (2002). La praxéologie. *Interactions*, 6, 30-48.
- Salomon, G., & Perkins, D.N. (1989). Rocky road to transfer : Rethinking mechanism of neglected phenomenon. *Educational Psychologist*, 24, 113-142. doi:10.1207/s15326985ep2402\_1
- Saroyan, A., & Frenay, M. (2010). *Building teaching capacities in higher education : A comprehensive international model*. Sterling, VA : Stylus Publishing.
- Savoie-Zajc, L. (2004). La recherche qualitative/interprétative en éducation. In T. Karsenti & L. Savoie-Zajc (Éds), *La recherche en éducation : étapes et approches* (3<sup>e</sup> éd.) (pp.123-150). Sherbrooke, Canada : Centre de Ressources Pédagogiques.
- Savoie-Zajc, L. (2007). Les dynamiques d'accompagnement dans la mise en place de communautés d'apprentissage de personnels scolaires. In F. Cros (Éd.), *L'agir innovationnel : Aux sources de la professionnalisation enseignante* (pp.63-75). Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Savoie-Zajc, L. (2010). Les dynamiques d'accompagnement dans la mise en place des communautés d'apprentissage de personnels scolaires. *Éducation et Formation* e-293, 9-20. URL : <http://ute3.umh.ac.be/revues/index.php?revue=9&page=3>
- Scantanburlo, G., Anseau, M., Bonnet, P., & Vierset, V. (2014). *Log book*. Carnet de bord réflexif. Outil de travail proposé aux stagiaires (non publié), université de Liège, faculté de médecine, département de neuro-psychiatrie, Belgique.
- Schröd, H. (2004) : Violence potentielle des professionnels en lien avec différents contextes. *Thérapie Familiale*, 25(3), 323-338. URL : <https://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2004-3.htm> ; doi:10.3917/tf.043.0323

- Schön, D. (1994). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel* (J. Heynemand et D. Gagnon, trad.). Montréal, Canada : Éditions Logiques. (Ouvrage original publié en 1983 sous le titre *The reflective practitioner*. New York, NY : Basic Books).
- Schön, D. (1996). *Le tournant réflexif. Pratiques éducatives et études de cas*. Montréal, Canada : Éditions Logiques.
- Sparks-Langer, G.M., Simmons, J.M., Pasch, M., Colton, A., & Starko, A. (1990). Reflective pedagogical thinking : How can we promote it and measure it ? *Journal of Teacher Education*, 41(5), 23-32. doi:10.1177/002248719004100504
- Strauss, A.L. (1987). *Qualitative analysis for social scientist*. Cambridge, UK : Cambridge University Press.
- Tardif, J. (1997). *Pour un enseignement stratégique. L'apport de la psychologie cognitive*. Montréal, Canada : Éditions Logiques.
- Tardif, J. (1998). *Intégrer les nouvelles technologies de l'information. Quel cadre pédagogique ?* Paris, France : ESF.
- Tardif, J. (1999). *Le transfert des apprentissages*. Montréal, Canada : Éditions Logiques.
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal, Canada : Chenelière Éducation.
- Tardif, J., & Meirieu, P. (1996). Stratégie en vue de favoriser le transfert des connaissances. *Vie pédagogique*, 98, 4-7.
- Tochon, F.-V. (1993). *L'enseignant expert*. Paris, France : Nathan.
- Tochon, F.-V. (2001a). Ateliers de pratique réflexive et partenariat. *Carrefours de L'Éducation*, 12, 156-178. URL : <https://www.cairn.info/revue-carrefours-de-l-education-2001-2.htm> ; doi:10.3917/cdle.012.0156
- Tochon, F.-V. (2001b). Orientation réflexive et sens communautaire à l'arrivée d'une période troublante. *Carrefours de l'Éducation*, 12, 180-208. URL : <https://www.cairn.info/revue-carrefours-de-l-education-2001-2.htm> ; doi: 10.3917/cdle.012.0180
- Toupin, L. (1995). *De la formation au métier. Savoir transférer ses connaissances dans l'action*. Paris, France : ESF.
- Université de Montpellier (octobre 2013). Faculté des sciences. URL : [univ-montp.fr/faculté des sciences/gestion des stages/](http://univ-montp.fr/faculté%20des%20sciences/gestion%20des%20stages/)

- Van Campenhoudt, L., Chaumont, J.-M., & Franssen, A. (2005). *La méthode d'analyse en groupe*. Paris, France : Dunod.
- Van Campenhoudt, L., Franssen, A., & Cantelli, F. (2009). La méthode d'analyse en groupe. *SociologieS*. URL : <http://sociologies.revues.org/2968/>
- Vanhulle, S. (2009). *Des savoirs en jeu aux savoirs en « je ». Cheminements réflexifs et subjectivation des savoirs chez de jeunes enseignants en formation*. Berne, Suisse : Peter Lang.
- Van Manen, M. (1977). Linking ways of knowing with ways of being practical. *Curriculum Inquiry*, 6, 205-228. doi:10.2307/1179579
- Vanpée, D., Frenay, M., Godin, V., & Bédard, D. (2010). Ce que la perspective de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisé authentiques peut apporter pour optimaliser la qualité pédagogique des stages d'externat. *Pédagogie Médicale*, 10, 253-266. URL : <http://dx.doi.org/10.1051/pmed/20090330>
- Vassileff, J. (1997). *La pédagogie du projet en formation*. Lyon, France : Chronique Sociale.
- Vella, M. (2012). *L'éloge de la fausse note*. Québec, Canada : Éditions Le Jour.
- Vergnaud, G. (1995). Quelle théorie pour comprendre les relations entre savoir-faire et savoir ? In A. Bentolila (Éd.), *Savoir et savoir-faire* (pp. 5-20). Paris, France : Nathan.
- Vermersch, P. (2005). Aide à l'explicitation et retour réflexif. *Expliciter*, 59, 26-31. URL : [http://www.grex2.com/assets/files/expliciter/59\\_expliciter\\_mars\\_2005.pdf](http://www.grex2.com/assets/files/expliciter/59_expliciter_mars_2005.pdf)
- Vermersch, P. (2006). Les fonctions des questions. *Expliciter*, 65, 1-6. URL : [http://www.grex2.com/assets/files/expliciter/65\\_mai\\_2006.pdf](http://www.grex2.com/assets/files/expliciter/65_mai_2006.pdf)
- Vermersch, P. (2011). *L'entretien d'explicitation* (7<sup>e</sup> éd.). Paris, France : ESF.
- Viau, R. (2000). Des conditions à respecter pour respecter la motivation des élèves. *Correspondance*, 5. URL : <http://correspo.ccdmd.qc.ca/Corr 5-3/Viau.html>
- Vierset, V. (1992). *L'andragogie et la communication interculturelle. Analyse de cas et observation participante*. Mémoire de licence en psychologie et sciences de l'éducation, non publié, université

- de Liège (ULg), Belgique.
- Vierset, V. (2004, mai). *Adaptation des objectifs de l'enseignement universitaire à une logique de marché d'entreprise ? Réformes, universités et compétences*. Séminaire présenté à l'université Cadi Ayyad de Marrakech (UCAM), Maroc.
- Vierset, V. (2005). *Sensibilisation à une autre pédagogie*. Marrakech, Maroc : Presses Universitaires de l'Université Cadi Ayyad de Marrakech (UCAM).
- Vierset, V. (2013). Le *log book* : un support d'apprentissage, d'accompagnement et d'évaluation des compétences professionnelles. *Bulletin de l'Association pour le Développement de Méthodologies d'Évaluation en Éducation (ADMEE)* 2013/3, 4-18. URL : [http://www.admee.org/images/docs/Bulletins/bulletin\\_2013\\_3.pdf](http://www.admee.org/images/docs/Bulletins/bulletin_2013_3.pdf)
- Vierset, V. (sous presse). Vers un modèle d'accompagnement réflexif. Itinéraire d'une recherche par Méthodologie de la Théorisation Enracinée (MTE) sur un parcours de stages cliniques. *Approches Inductives*.
- Vierset, V., & Fohn, B. (2011). Apprentissage de la Communication Clinique ; ACC. *Notes de cours et fiches pédagogiques pour ateliers de formation*. Document non publié, université de Liège, faculté de médecine, CHU-ULg, Belgique.
- Vierset, V., & Guillemette, F. (2013, janvier). *Une théorisation... inédite*. Communication présentée au colloque international sur la Méthodologie de la Théorisation Enracinée (MTE), université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), Canada.
- Vierset, V., & Guillemette, F. (2014, mai). *Le log book, support d'apprentissage et d'accompagnement de la pratique réflexive*. Communication présentée au 28<sup>e</sup> congrès AIPU, Mons, Belgique.
- Vierset, V., & Guillemette, F. (sous presse). Vers une posture réflexive. Recueil de traces d'apprentissage formulées dans les *log books* des stagiaires en médecine. *Approches Inductives*.
- 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. URL : <http://dx.doi.org/10.1051/pmed/20090001>

- Vierset, V., De Ketele, J-M., Foidart, J-M., & Nisolle, M. (2010). *Guide d'Apprentissage et d'Accompagnement, GAA* (document non publié). Faculté de médecine. Université de Liège (ULg), Belgique.
- Vierset, V., Frenay, M., & Bédard, D. (2015). Quels critères utiliser pour questionner la qualité pédagogique des stages cliniques ? Cadre conceptuel de l'Apprentissage et de l'Enseignement Contextualisé Authentique (AECA). *Revue internationale de Pédagogie de l'Enseignement Supérieur*, 31-2. URL : <http://ripes.revues.org/976>
- Vierset, V., Frenay, M., Bédard, D., & Giet, D. (sous presse). De la nécessaire articulation entre la formation théorique et la formation pratique : présentation d'un dispositif pédagogique construit sur un parcours de stages cliniques. *Pédagogie Médicale*.
- Vierset, V., Frenay, M., Collard, A., & Giet, D. (proposé pour publication à la revue *Pédagogie Médicale*.) Effets d'un dispositif de contextualisation et d'accompagnement des apprentissages sur un site de stages cliniques. Qu'en disent les stagiaires ?
- Vierset, V., Lahaye, W., & Foidart, J-M. (sous presse). L'apprentissage par problème envisagé comme terrain d'exercice à la pratique réflexive. *Pédagogie Médicale*.
- Vrancken, D., & Macquet, C. (2006). *Travail sur Soi : Vers une psychologisation de la société ?* Paris, France : Belin.
- Vygotski, L. (1934). *Pensées et langage*. Paris, France : La Dispute.
- Watzlawick, P., Beavin Helmick, J., & Jackson, D. (1972). Une logique de la communication. Paris, France : Seuil.
- \* Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology*. Buckingham, UK : Open University Press.
- Winkin, Y. (1981). *La nouvelle communication*. Paris : France : Seuil.
- Wittorski, R. (2000). La production de compétences collectives par et dans l'analyse des pratiques professionnelles. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 6(3-4), 75-102.
- Wittorski, R. (2005). *Formation, travail et professionnalisation*. Paris, France : L'Harmattan.
- Wittorski, R. (2008). La professionnalisation. *Savoirs*, 17, 11-38.
- Wolfs, J.-L. (2005). Métacognition et réflexivité dans le champ



- scolaire : Origines des concepts, analyse critique et perspectives. In M. Derycke (Éd.), *Cultures et réflexivité* (pp. 21-31). Saint-Étienne, France : Publications de l'université Jean Monnet.
- \* Zarifian, P. (1997). *Éloge de la civilité. Critique du citoyen moderne*. Paris, France : L'Harmattan.

### **Bibliographie complémentaire (consultée et non évoquée)**

- Altet, M. (1996). Les dispositifs d'analyse de pratiques pédagogiques en formation d'enseignants : Une démarche d'articulation pratique-théorie-pratique. In C. Blanchard-Laville & D. Fablet (Éds.), *L'analyse des pratiques professionnelles* (pp. 11-26). Paris, France : L'Harmattan.
- Altet, M., Desjardins, J., Etienne, R., Paquay, L., & Perrenoud, P. (2013). *Former des enseignants réflexifs*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : Exercises of control*. New York, NY : Freeman.
- Boutet, M., & Pharand, J. (2008). *L'accompagnement concerté des stagiaires en enseignement*. Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Charlier, E., Beckers, J., Boucenna, S., Biémar, S., François, N., & Leroy C. (2013). *Comment soutenir la démarche réflexive ? Outils et grilles d'analyse des pratiques*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Cros, F. (2001). La recherche professionnelle : épistémologie et écriture. In M. Mackiewicz (Éd.), *Praticien et chercheur : Parcours dans le champ social* (pp. 119-134). Paris, France : L'Harmattan.
- De Ketele, J.-M., & Postic, M. (1994). *Observer les situations éducatives* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Develay, M. (1992). *De l'apprentissage à l'enseignement*. Paris, France : ESF.
- Develay, M. (1998). De l'impossible et de la nécessaire pensée du transfert. *Éducatives*, 15, 8-10.

- Faingold, N. (1996). Du stagiaire à l'expert : Construire des compétences professionnelles. In L. Paquay, M. Altet, E. Charlier & P. Perrenoud (Éds), *Former des enseignants professionnels : Quelles stratégies, Quelles compétences ?* (pp. 137-152). Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Faingold, N. (1998). De l'explicitation des pratiques à la problématique de l'identité professionnelle. Colloque *Recherche et formation des enseignants*. Grenoble, France, IUFM.
- Faulx, D., Petit, L., & Leclercq, G. (2009). *Des techniques pour saisir les usages des parcours de formation*. Actes du colloque international francophone sur les méthodes qualitatives, enjeux et stratégies. Lille, France.
- Frenay, M. (1994). Comment favoriser l'apprentissage et le transfert des connaissances dans un contexte universitaire ? Colloque International Itinérant : *Efficacité pédagogique universitaire*. Université Catholique de Louvain (UCL), Université de Hull et AIPU-Belgique.
- Frenay, M., & Paquay, L. (Dir.) (2011). Former les universitaires en pédagogie. *Recherche et Formation*, 67. URL : <http://rechercheformation.revues.org/1262>
- Giet, D., Massart, V., Stir A., Freyens, A., Firket, P., & Boniver, J. (2005). Approche de la complexité contextuelle et de la pluridisciplinarité de l'action médicale : mise en place de séances d'apprentissage à la résolution de problèmes complexes (ARPC) en fin de 2<sup>e</sup> cycle d'études médicales. *Pédagogie médicale*, 6 : 88-97. URL : <http://dx.doi.org/10.1051/pmed:2005014>
- Glaser, S. (1994). Teamwork and communication : A 3-year case study change. *Management Communication Quarterly*, 7(3), 282-296. doi:10.1177/0893318994007003003
- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne*. Paris, France : Éditions de Minuit
- Goffman, E. (1987). *Façons de parler*. Paris, France : Éditions de Minuit.
- Guibert, J., Gaillard, A., & Véret, T. (2012). Étudiant-e-s contre la médocratie. Lettre ouverte parue dans *Antimédocratie*. URL :

- [www.antimedocratie.wordpress.com](http://www.antimedocratie.wordpress.com)
- Guillemette, F. (2006). *L'engagement des enseignants du primaire et du secondaire dans leur développement professionnel*. Thèse présentée à l'université du Québec Trois-Rivières (UQTR) en association avec l'université du Québec à Montréal (U de M), Canada.
- Jonnaert, P. (2009). *Compétences et socioconstructivisme. Un cadre théorique*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Jonnaert, P., & Vander Borgh, C. (2003). *Créer des conditions d'apprentissage. Un cadre de référence socioconstructiviste pour une formation didactique des enseignants*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Karsenti, T., & Savoie-Zajc, L. (2004). [Vers une formation globale à la recherche](#). In T. Karsenti et L. Savoie-Zajc (Éds), *La recherche en éducation : étapes et approches* (pp. 11-18). Sherbrooke, Québec : Centre de Ressources Pédagogiques.
- Karsenti, T., & Savoie-Zajc, L. (2004). *La recherche en éducation : Étapes et approches* (3<sup>e</sup> éd.). Sherbrooke, Canada : Centre de Ressources Pédagogiques.
- Kolb, D. A. (1976). *The learning style inventory : Technical Manual*. Boston, MA : Mc.Ber.
- Laperrière, A. (1997). La théorisation ancrée (*grounded theory*) : Démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Meyer & A.P. Pires (Éds), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques* (pp. 309-332). Montréal, Canada : Gaëtan Morin.
- Lebrun, M., Smidts, D., & Bricoult, G. (2011). *Comment construire un dispositif de formation ?* Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Le Moigne, J.-L. (2003). *Le constructivisme, tome 3 : Modéliser pour comprendre*. Paris, France : L'Harmattan.
- Maisonneuve, J. (2006). Hommage à Guy Palmade. *Nouvelle Revue de Psychosociologie* 2/2006(2). URL : [www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2006-2-page-117.htm](http://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2006-2-page-117.htm) ; doi:[10.3917/nrp.002.0117](https://doi.org/10.3917/nrp.002.0117)
- Meirieu, P. (1995). *La pédagogie entre le dire et le faire*. Paris, France : ESF.

- Meirieu, P., Develay, M., Durand, C., & Mariani, Y. (1996). *Le concept de transfert de connaissances en formation initiale et en formation continue*. Université de Lyon 2, France : Centre Régional de Documentation Pédagogique.
- Moscovici, S. (1986). L'ère des représentations sociales. In W. Doise & A. Palmonari (Éds), *L'étude des représentations sociales* (pp. 34-80). Neuchâtel, Suisse : Delachaux et Niestlé.
- Paillé, P. (2010). Une enquête de théorisation ancrée : Les racines et innovations de l'approche méthodologique de Glaser et Straub. In B.G. Glaser & A. L. Strauss (Éds), *La Découverte de la théorie ancrée* (pp. 23-77). Paris, France : Armand Colin.
- Paillé, P. (2011). Les conditions de l'analyse qualitative. Réflexio autour de l'utilisation des logiciels. *SociologieS*. UR [www.sociologies.revues.org/3557/](http://www.sociologies.revues.org/3557/)
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2<sup>e</sup> éd.). Paris, France : Armand Colin.
- Palmade, G. (1988). *Les méthodes en pédagogie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Palmade, G. (2007). *Réunions et formation*. Paris, France : L'Harmattan.
- Parmentier, Ph., & Paquay, L. (2002). En quoi les situations d'enseignement/apprentissage favorisent-elles la construction de compétences ? Développement d'un outil d'analyse : le COMP.A.S. UCL, Louvain-la-Neuve : GRIFED.
- Perrenoud, P. (1998). *L'évaluation des élèves. De la fabrication de l'excellence à la régulation des apprentissages*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Rey, B. (2004). Le transfert des compétences. In C. Pellois, J. Vivier, J. Aubret & J.-P. Boutinet (Éds), *Bilan de compétences et mutations : L'accompagnement de la personne* (pp. 20-32). Berne, Suisse : Peter Lang.
- Rey, B. (2007). Pourquoi l'école s'obstine-t-elle à vouloir faire acquérir des savoirs ? In M. Durand & M. Fabre (Éds), *Les situations de formation entre savoirs, problèmes et activités* (pp. 171-190). Paris, France : L'Harmattan.
- Rogoff, B. (1990). *Apprenticeship in thinking : Cognitive development in social context*. New York, NY : Oxford University Press.

- Rogoff, B., & Lave, J. (1984). *Everyday cognition : Its development in social context*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Siegel, J.D. (2012). *The developing mind. How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York, NY : Guilford Publications.
- Smith, M.K. (2010). David A. Kolb on experiential learning. *The encyclopedia of informal education*. URL : <http://infed.org/mobi/david-a-kolb-on-experiential-learning/>
- Spencer, J. (2003). The clinical teaching context : A cause for concern. *Medical Education*, 37, 182-183. doi:10.1046/j.1365-2923.2003.01460.x
- Therer, J., & Willemart, C. (janvier 1983). *Styles et stratégies. Approche paradigmatique par vidéo*. Séminaire Formation-Enseignement présenté à l'université de Liège (ULg), Belgique.
- Tochon, F. V. (1993). *L'enseignant expert/L'enseignante experte*. Paris, France : Nathan.
- Zaibet-Greselle, O. (2007). Vers l'intelligence collective des équipes de travail : Une étude de cas. *Management & Avenir*, 14, 41-59.



# Signification des acronymes





ACC : apprentissage de la communication clinique

AECA : apprentissage et enseignement contextualisés authentiques

APC: apprentissage par compétences

APEFE : association pour la promotion de l'enseignement et de la formation à l'étranger

APP: apprentissage par problèmes

APR : apprentissage de la pratique réflexive

ARC : apprentissage du raisonnement clinique

ARES : académie de recherche et d'enseignement supérieur

ARPC : apprentissage de résolution de problèmes complexes

CC : carte conceptuelle

CCD : commission de la coopération au développement (cf. ARES et anc. CIUF-CUD)

CDR : contextualisation, décontextualisation, recontextualisation

CHRCitadelle : centre hospitalier régional de Liège

CHU : centre hospitalier universitaire

CTB : coopération technique belge - agence belge de développement

DGCD : direction générale de la coopération au développement

DIPRO : description, inventaire, professionnalisant, référent, observations, système

DQRpA : description, questionnement, recherche, positionnement, acquis d'apprentissage

DUMG : département universitaire de médecine générale

EBM : *evidence-based medicine*

FIV : fécondation *in vitro*

GAA : guide d'apprentissage et d'accompagnement

G-O : gynécologie-obstétrique

GTM : *grounded theory method*

KCE : *belgian health care knowledge centre expert*

MAG : méthode d'analyse en groupe

MIC : *medical intensive care*

MTE : méthodologie de la théorisation enracinée

MTP : modes de travail pédagogique

QCM : questionnaire à choix multiples

RRR : réfléchissement , réflexivité , (re)mise en question de ses représentations et de ses acquis professionnels.

TFE : travail de fin d'études

UdeS : université de Sherbrooke

ULg : université de Liège

UCL : université catholique de Louvain

UNIGE : Université de Genève

UQTR : université du Québec à Trois Rivières

ZPD : zone proximale de développement

