

A 01

## Critères de qualité des lieux de formation en master complémentaire de médecine (toutes spécialités) : vers une standardisation ?

Claire de Burbure<sup>1</sup>, Dominique Paulus<sup>2</sup>, Dominique Pestiaux<sup>1</sup>, Marianne Samuelson<sup>3</sup>, Roy Remmen<sup>4</sup>, Jean-Marc Feron<sup>1</sup>, André Geubel<sup>1</sup>, Dominique Van Pee<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Faculté de Médecine de l'Université Catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique

<sup>2</sup> Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Bruxelles, Belgique

<sup>3</sup> Université de Caen, France

<sup>4</sup> Universiteit Antwerpen, Belgique

Contact : [dominique.pestiaux@uclouvain.be](mailto:dominique.pestiaux@uclouvain.be)

**Contexte** : Les normes d'accréditation relatives aux maîtres et aux lieux de stage dans le cadre de la formation médicale varient d'une spécialité à l'autre entre les pays, voire parfois entre les différentes communautés au sein d'un même pays. Dans un contexte de mobilité accrue et dans le souci d'assurer l'excellence de la formation médicale, ces normes sont actuellement en révision au sein des pays européens. Dans le souhait d'améliorer la formation médicale et afin d'assurer la qualité de la pratique médicale, l'OMS et son partenaire stratégique, la WFME (*World Federation for Medical Education*) ont élaboré une liste de spécifications des critères de qualité minimaux requis pour la reconnaissance et l'accréditation des programmes et institutions de formation en médecine. Ceux-ci ont été revus et publiés pour l'Europe en 2007 par un groupe de travail dans le cadre du réseau thématique européen MEDINE. En Belgique, le conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes a lancé un projet d'étude fédéral dans le but d'examiner les critères de qualité existants, de définir des critères de qualité quantitatifs et qualitatifs pour les lieux et les maîtres de stage des jeunes médecins en formation et de proposer une méthode pour en assurer le suivi (p.ex. visites). En France, les processus d'agrément des lieux de stages sont obligatoires mais leur application varie fortement d'une faculté à l'autre. Il est donc intéressant de se pencher sur cette variabilité et les déterminants qui la sous-tendent.

**But de l'atelier** : Examiner avec les participants la situation actuelle dans leur propre pays avec une analyse des points forts et des points à améliorer, établir une carte géographique des critères utilisés et procéder à une comparaison avec les critères proposés par la WFME.

**Objectifs de l'atelier pour les participants** : À l'issue de l'atelier, les participants auront fait un tour d'horizon des critères de qualité appliqués dans les divers pays et pourront juger

de l'intérêt et de l'applicabilité éventuels des critères de qualité proposés par la WFME à leur contexte de formation de médecins spécialistes.

**Méthodes** : Cet atelier de production se base sur des présentations introductives, des échanges entre participants et une mise en commun afin de dégager les éléments essentiels dans l'élaboration de critères de qualité pour les lieux de stages. En introduction, les animateurs de l'atelier présenteront en exemple leur situation nationale sur base d'un canevas pré-établi (Belgique-France). Celui-ci se base sur la grille développée par le WFME. Les participants travailleront ensuite en petits groupes pour présenter la situation de leur propre pays ou région, avec les points forts et faiblesses de leur système. Une mise en commun permettra d'identifier : 1) les domaines essentiels pris en considération pour établir des critères de qualité des lieux de stages suivant les pays/régions ; 2) l'adéquation entre ces critères et les critères de qualité spécifiés par le WFME ; 3) les conditions d'implémentation de critères de qualité ; 4) les éléments qui freinent l'application de ces critères et les solutions potentielles qui pourraient être proposées. La présence de participants de différents pays et de différentes universités au sein d'un même pays permettra un échange d'expériences enrichissant pour structurer cette démarche. Les contributions de chacun serviront à établir un rapport qui sera envoyé aux participants à la suite de l'atelier.

A 02

## La communauté de pratique : un lieu de réflexion sur l'action au service de l'apprentissage du rôle du tuteur en apprentissage par problèmes (APP)

Ann Graillon<sup>1</sup>, Diane Clavet<sup>2</sup>, Éric Gagné<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Département de pédiatrie, Université de Sherbrooke, Canada

<sup>2</sup> Centre de pédagogie des sciences de la santé, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke 3001, 12<sup>e</sup> avenue Nord, J1H 5N4 Sherbrooke, Québec, Canada

Contact : [Ann.Graillon@Usherbrooke.ca](mailto:Ann.Graillon@Usherbrooke.ca)

**Problématique** : On se préoccupe de plus en plus de professionnalisation des enseignants en médecine, c'est-à-dire du développement itératif et graduel de leurs capacités à soutenir adéquatement, en tant que professeurs, l'apprentissage des étudiants. Afin de favoriser ce développement professionnel, il est judicieux de proposer aux enseignants une formation professorale qui ancre les aspects conceptuels de l'enseignement et de l'apprentissage à travers des exemples

concrets de pratiques éducatives en les amenant à porter une réflexion critique sur celles-ci. D'ailleurs, les recommandations récentes concernant le développement professoral soulignent l'importance de le promouvoir par des interventions continues et à long terme et d'inclure dans les plans de formation des approches de groupe faisant appel à la collégialité et notamment au développement de communautés de pratique. L'intérêt d'une communauté de pratique – un groupe de tuteurs en apprentissage par problème (APP), par exemple – comme communauté d'apprentissage vient du fait qu'il y a un espace, un regroupement légitime permettant le questionnement, la modélisation, l'expérimentation et la réflexion sur la pratique d'enseignement. C'est à travers cette réflexion explicite et partagée qu'il peut y avoir développement professionnel des enseignants et, en conséquence, amélioration des pratiques pédagogiques.

C'est en fonction de ce cadre conceptuel des communautés de pratique que le centre de pédagogie des sciences de la santé à Sherbrooke revisite la formation des tuteurs d'APP dans le cadre du programme de médecine au moyen d'une approche systémique et continue mettant au centre de cette formation des activités éducatives et favorisant la pratique réflexive en profondeur à partir de l'analyse des pratiques des tuteurs concernés. L'atelier donnera l'occasion d'explorer, en mettant à contribution l'expérience des participants, les applications de la notion de communauté de pratique au service de la formation professorale.

**Finalités et format de l'atelier :** Cet atelier permettra aux participants : 1) d'échanger sur l'application du concept des communautés de pratique en tant que communautés d'apprentissage chez les tuteurs d'APP ; 2) de discuter l'utilisation de différentes activités éducatives utilisant la réflexion sur la pratique dans les programmes de formation professorale ; 3) d'explorer des façons de documenter l'impact de telles activités éducatives sur l'amélioration des pratiques d'enseignement.

### A 03

## Mise en place du stage d'externat en médecine générale à Lyon

*Christian Dupraz, Yves Zerbib, Marie-France Le Goaziou, Gilbert Souweine*

Département de médecine générale (DMG), Université de Lyon, 8 avenue Rockefeller, 69008 Lyon, France

Contact : [yvesz@orange.fr](mailto:yvesz@orange.fr)

**Contexte :** La mise en place d'un stage d'externat en médecine générale (MG) est une obligation réglementaire depuis 1997. Elle vise à ce que les externes puissent choisir une spécialité en toute connaissance et répond à une forte demande des étudiants

qui souhaitent prendre connaissance de la MG ambulatoire pendant leur externat. La forte augmentation du *numerus clausus* nécessite la proposition de nouveaux terrains de stage pour les externes. Le DMG, en accord avec les différentes facultés lyonnaises, a mis en place un stage de trois mois, de durée identique à celle d'un stage hospitalier, en faisant le choix pédagogique de s'appuyer sur le programme national d'enseignement de deuxième cycle.

Il a été décidé de proposer deux enseignants cliniciens ambulatoires (ECA) par externe, pour faire ressortir la diversité géographique (rural, citadin), la diversité de pratique (femme ou homme), la diversité d'exercice (seul, groupe). Actuellement le DMG est en mesure de proposer 41 terrains de stage par trimestre et quatre stages d'été en zone rurale très éloignée, soit 168 stages par an. Chaque trimestre d'externat en MG se décompose en : 36 demi journées de présence au cabinet et 16 matinées d'enseignement dirigé, réalisées par les ECA recevant les externes : ateliers de gestes, groupe de parole sur une problématique relationnelle, communication avec les patients, apprentissage par problèmes (APP) sur les pathologies les plus prévalentes, écriture clinique sur un cas vu en stage. Les ECA qui reçoivent les externes sont formés à la pédagogie par le DMG. Les résultats d'une évaluation qualitative faite par les externes en fin de trimestre permet de souligner, malgré la limite liée au fait que les externes concernés sont volontaires et donc *a priori* positifs :

– *des points forts du stage :* ce stage est un temps de ré-enchantement pour les externes. « Pour résumer, le stage en MG m'a redonné l'envie de faire de la médecine. » ; « La découverte d'une médecine plus globale et beaucoup plus attentive au patient... un vrai bol d'air qui fait du bien. » ; « On a plusieurs médecins pour nous tout seul ; d'où un encadrement exceptionnel ! » ; « On voit de tout : on ne s'ennuie pas une seconde ! Et les gens n'ont pas tous une maladie épouvantable... Et ils sont actifs. » ; « On se rend vraiment compte du vécu de la maladie par les patients, mais aussi des problèmes du suivi et de l'observance. » ; « On voit des médecins dans la « vraie vie » : on les suit toute une journée, on voit donc les difficultés du métier. » ; « J'ai été agréablement surprise de voir qu'il est finalement rare qu'une personne refuse que j'assiste à la consultation. ».

– *des points faibles du stage :* éloignement de certains stages avec les coûts difficiles à supporter pour les externes ; stage trop court et, pour les travaux dirigés, mauvais retour des APP, peut être lié à une formation insuffisante des formateurs à cette approche pédagogique.

**Proposition de travail au cours de l'atelier :** Quelles sont vos expériences de stage d'externat ? Points positifs et négatifs explorés par métaplan ; travail sur les compétences incontournables à acquérir durant ce stage en médecine générale ambulatoire (programme commun) ; travail sur l'élaboration d'un outil de mesure de l'acquisition des compétences par les externes.

A 04

### Une réforme du curriculum. Pourquoi ? Comment ? Réflexions sur les missions et les objectifs institutionnels d'une faculté de médecine (Sousse, Tunisie)

Jean Mathieu, Sahloul Essoussi, Abdelatif Ben Mati

Faculté de médecine de Sousse, Avenue M. Karou,  
4002 Sousse, Tunisie

Contact : [sahloul.essoussi@rns.tn](mailto:sahloul.essoussi@rns.tn)

**Contexte :** L'augmentation exponentielle des connaissances et des techniques au cours de la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle a entraîné la spécialisation d'une proportion croissante de médecins. Ce phénomène n'a pas affecté que les praticiens ; le corps professoral des facultés s'est aussi de plus en plus spécialisé, ce qui, partout dans le monde, a profondément modifié les facultés de médecine et les programmes d'études, qui ont eu progressivement tendance à s'alourdir. Comme on ne peut augmenter indéfiniment la durée des études, il est devenu nécessaire d'émonder les programmes, de les rendre plus efficaces et surtout de répartir autrement les enseignements. Ceci est d'autant plus justifiable qu'il n'est plus nécessaire aujourd'hui que les spécialistes aient acquis une formation complète de généraliste avant d'accéder à un cycle de formation en spécialité. Cette conception est à la fois irréaliste et dépassée. Par contre, il est devenu nécessaire que les généralistes soient mieux formés pour faire face à une bonne partie des besoins de la population. À l'avenir, le défi pour nombre de facultés de médecine sera de : 1) concevoir les 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> cycles comme un tronc commun habilitant l'ensemble des étudiants à accéder à un 3<sup>e</sup> cycle de formation spécifique en médecine générale ou en spécialité ; 2) créer un programme spécifique de médecine générale de 3<sup>e</sup> cycle ; 3) assumer une responsabilité universitaire complète à l'égard du 3<sup>e</sup> cycle de spécialités. Pour relever avec succès un tel défi, les facultés de médecine devront adopter une démarche cohérente fondée sur une définition claire et précise des missions et des objectifs institutionnels qui en découlent. Le mot « mission » désigne la responsabilité que la société, l'état ou l'université confie à une faculté de médecine et la locution « objectifs institutionnels » désigne la réponse de la faculté à ces demandes extérieures.

**But de l'atelier :** Faire découvrir par les participants la nécessité et les fondements pédagogiques d'une réforme mettant en place un 3<sup>e</sup> cycle de formation spécifique en médecine générale familiale ou en spécialités.

**Objectifs de l'atelier :** Au cours de l'atelier, les participants auront discuté, adopté les principes et décrit les concepts suivants : missions des facultés de médecine, besoins de la population, objectifs institutionnels, programmes de 3<sup>e</sup> cycle, répercussions sur le tronc commun (1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> cycles).

**Méthode :** Atelier en petits groupes, échanges en séance plénière, exposé bref de synthèse.

A 05

### L'évaluation de l'implantation d'un programme de médecine visant le développement de compétences : des stratégies gagnantes

Norma Bélanger, Louise Arsenault, Lucie Rochefort,  
Michel Rousseau, Daniel Turpin, Caroline Bélanger

Département de médecine familiale et Consortium  
pédagogique (secteur évaluation), Faculté de médecine,  
Université Laval, Québec (QC), Canada

Contact : [norma.belanger@fmed.ulaval.ca](mailto:norma.belanger@fmed.ulaval.ca)

**Problématique :** Implanté en 2007, le programme révisé de doctorat en médecine vise le développement de cinq compétences. Ce programme hybride intègre des cours visant l'acquisition de connaissances et d'autres, orientés vers le développement des compétences. Pour être cohérent, le programme a été conçu au plan de son architecture pour créer des liens verticaux entre les cours d'une même session et des liens horizontaux entre les cours des différentes sessions. Maintenir ces liens commande une collaboration étroite entre enseignants et étudiants. Dans notre contexte, les administrateurs du programme doivent jouer un rôle de « gardien » des relations à entretenir entre les cours afin de favoriser le développement des compétences. Au terme des deux premières années d'implantation du programme et suite à la recherche-action menée, nous sommes convaincus que le défi le plus important auquel nous sommes confrontés est le passage d'une vision centrée sur un cours à une vision d'ensemble du programme. Développer et maintenir une véritable vision d'ensemble d'un programme exige de mettre en relation les apprentissages relevant de différents cours, ce qui interpelle les enseignants et les responsables du programme. La planification de l'enseignement et de l'évaluation peut difficilement se réaliser en catimini dans cette approche. Les plans de cours doivent être travaillés en collaboration et doivent même être partagés avec les responsables des autres cours. L'évaluation des apprentissages doit évidemment être congruente avec les objectifs du cours mais également avec les compétences véhiculées par le programme. La collaboration exigée pour développer une vision d'ensemble du programme constitue un changement majeur dans la culture universitaire. En médecine, les responsables de cours et leur équipe d'enseignants sont d'abord des médecins cliniciens. Ils ne sont pas présents à temps plein dans les milieux universitaires, comme le sont la majorité des professeurs. Ils doivent donc être soutenus par la direction du programme et par des conseillers pédagogiques, en particulier lorsqu'un changement pédagogique de cette envergure est entrepris.

**Finalités et format de l'atelier :** Évaluer les stratégies utilisées pour développer une vision de programme chez les enseignants, les étudiants et les administrateurs ; proposer de nouvelles stratégies qui favoriseront cette vision de programme. Pour favoriser le passage d'une vision de cours à une vision de programme, nous avons mis en place des stratégies variées relevant de trois

dimensions : le soutien individuel, les interventions de groupe, des outils web. Ces stratégies interpellent les étudiants, les enseignants et l'équipe de direction du programme.

*Soutien individuel* : encadrement offert par les responsables du programme et des conseillers pédagogiques pour l'élaboration des plans de cours et des examens ; rencontres des responsables de cours suite à l'évaluation de leur cours.

*Rencontres de groupe* : rencontres-programme pour les étudiants et les enseignants ; groupes de discussion pour approfondir les données reliées à l'évaluation des cours ; activités de formation pédagogique offertes aux responsables de cours.

*Outils web* : site web permettant la consultation de tous les plans de cours ; tableau de bord permettant de visualiser la progression du développement des cinq compétences chez l'étudiant.

Au cours de l'atelier, les participants seront mis en situation de réfléchir aux enjeux posés par les changements pédagogiques reliés à l'implantation d'un curriculum visant le développement de compétences. Ils pourront questionner, évaluer les stratégies utilisées ; ils seront mis en situations d'utiliser leur expérience pour proposer des interventions novatrices permettant de faire évoluer le programme de médecine ! De courtes périodes d'exposé permettront aux participants de saisir la nature du programme et le contexte académique et clinique. Les résultats issus de la recherche-action (2007 à 2009) seront résumés dans un document écrit. Pour identifier des stratégies assurant la poursuite de l'évolution du programme, les participants seront répartis en trois groupes de travail. Pour l'un, ils deviendront des enseignants, pour l'autre, des étudiants et un groupe endossera des fonctions rattachées à la direction du programme. Chaque groupe aura à répondre à des questions reliées à l'élaboration de stratégies éprouvées et novatrices pour implanter avec succès un curriculum. Les stratégies proposées par chaque équipe seront partagées puis critiquées.

#### Références :

Denis Bédard, Jean-Pierre Béchard. *Innovier dans l'enseignement supérieur*. Paris : Presses Universitaires de France, 2009.  
Gérard Scallon. *L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences*. Saint-Laurent : Éditions du Renouveau Pédagogique, 2004.

Jacques Tardif. *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière, 2006.

## A 06

### Des connaissances organisées efficacement pour les tâches cliniques : comment préparer les étudiants ?

Eugène Custers<sup>1</sup>, Bernard Charlin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Université d'Utrecht, Pays-Bas

<sup>2</sup>Université de Montréal, Canada

Contact : [bernard.charlin@umontreal.ca](mailto:bernard.charlin@umontreal.ca)

**Contexte** : Les tâches cliniques requièrent une organisation des connaissances adaptée, différente de celle requise par les sciences de base acquises au début de la formation médicale. Comment

les enseignants peuvent-ils aider les étudiants qui ont peu d'expérience clinique à démarrer d'un bon pied et leur procurer un contexte d'apprentissage favorable à l'acquisition de structures de connaissances efficaces ? Et comment peuvent-ils aider les étudiants plus expérimentés à raffiner ces connaissances cliniques ?

#### Objectifs et résultats attendus de l'atelier :

1. Les participants vont découvrir les différents modèles d'organisation décrits dans la littérature et leurs conditions d'efficacité.
2. Les participants vont découvrir, partager et discuter les méthodes qui permettent aux étudiants d'acquérir et raffiner les connaissances cliniques.
3. Une partie de l'atelier portera sur la détection et les possibilités de remédiation pour les étudiants en difficulté d'organisation des connaissances.

**Méthodes** : Le format de l'atelier sera interactif. Il comportera exposés, mises en situation et échanges d'idées.

#### Références :

Custers EJFM, Stuyt PMJ, De Vries Robbé PF. Clinical Problem Analysis: A systematic approach to teaching complex medical problem solving. [*Analyse de problèmes cliniques complexes : Une approche d'instruction systématique pour résoudre des problèmes médicaux complexes*] Acad Med 2000;75(3):291-297.  
Charlin B, Boshuizen HPA, Custers EJFM, Feltovich Paul J. Scripts and clinical reasoning. [*Les scripts et le raisonnement clinique*]. Med Educ 2007,41:1178-1184.

## A 07

### Les techniques de simulation comme outils de formation et d'évaluation des compétences

Georges Savoldelli<sup>1</sup>, Morgan Jaffrelot<sup>2</sup>, Dominique Truchot-Cardot<sup>3</sup>, Dominique Vanpee<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Programme de simulation des Hôpitaux et de l'Université de Genève, Suisse

<sup>2</sup>Centre de simulation pour l'apprentissage des sciences de la santé, Faculté de médecine, Université de Brest, France

<sup>3</sup>Directeur Médical, Laerdal Médical France

<sup>4</sup>Service des urgences des cliniques Université Catholique de Louvain - Mont-Godinne, 1 avenue Therasse 5530 Yvoir, Université Catholique de Louvain, Belgique  
Contact : [dominique.vanpee@uclouvain.be](mailto:dominique.vanpee@uclouvain.be)

**Contexte** : Notre système de santé est confronté aux principaux défis que sont les besoins grandissants dans le domaine de la formation des étudiants et des praticiens, le maintien impératif des compétences et l'amélioration de la sécurité des patients.

Dans ce cadre, les techniques de simulation sont de plus en plus souvent utilisées dans le secteur des soins de santé. Ces techniques sont très diverses : patients virtuels sur ordinateur, patients standardisés, mannequins de pratiques techniques (intubation, voies d'accès vasculaires, ...), mannequins hautes fidélités, ... Dans le cadre de cet atelier thématique, nous aborderons principalement ce dernier type de techniques. En effet, bien utilisés, les simulateurs patients de haute fidélité permettent des mises en situations réalistes (contextualisées), permettant non seulement l'apprentissage intégré de compétences techniques (gestes, algorithmes décisionnels) mais également de compétences non techniques (organisationnelles, gestions des ressources humaines, matérielles, relationnelles, annonce de mauvaises nouvelles, ...).

**But de l'atelier :** Faire découvrir aux participants les opportunités offertes par la simulation haute fidélité en matière de formation et d'évaluation des compétences professionnelles (compétences techniques, communication, gestion des ressources humaines, annonce d'une mauvaise nouvelle, *leadership*, ...).

**Objectifs de l'atelier pour les participants :** À l'issue de l'atelier, les participants devraient pouvoir juger l'intérêt et les potentialités de la simulation dans le cadre d'une démarche pédagogique par compétences. Chaque participant devrait aussi connaître les différentes étapes et conditions nécessaires à la création d'une séance de simulation.

**Méthodes :** L'atelier sera divisé en deux grandes parties. Dans un premier temps, les participants pourront vivre en temps réel les différentes étapes d'une séance de simulation (*briefing*, simulation proprement dite et *debriefing*). Dans un second temps, des experts provenant de différentes disciplines partageront leurs expériences sur ce thème à travers une discussion interactive avec les participants.

## A 08

### Enseigner l'éthique médicale et hospitalière à partir de l'expérience clinique des étudiants

Françoise Nguyen

École de Sages-femmes Baudelocque, Faculté de médecine Paris-Descartes (Université Paris 5) et Hôpital Saint Vincent de Paul (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris), France

Contact : [francoise.nguyen@dfc.aphp.fr](mailto:francoise.nguyen@dfc.aphp.fr)

**Introduction :** L'apparition dans les programmes de formation de l'éthique médicale à enseigner met en difficulté les équipes enseignantes. L'enseignant en philosophie n'est pas forcément un soignant et inversement. Une formation académique

et l'échange sur le terrain sont respectivement nécessaires pour l'enseigner et pour la comprendre. Il est parfois difficile d'introduire la dimension philosophique et éthique du métier de soignants, là où les techniques, les gestes, les questions s'enchaînent dans un flux ininterrompu. Pourtant, cet enseignement est essentiel pour l'apprentissage du comportement professionnel respectueux et responsable. Appréhender l'éthique médicale hospitalière à partir des observations cliniques des étudiants est un moyen pédagogique permettant de leur part une meilleure compréhension de leurs actes et facilitant une intégration des aspects éthiques de manière vivante dans l'activité quotidienne.

**Objectifs :** Au travers de cet atelier, les participants verront comment valoriser le matériel d'observation que les étudiants ne prennent pas forcément le temps de formaliser et d'exploiter en retour de stage. Les étudiants apprennent à identifier les enjeux des situations cliniques et à formuler leurs questionnements. Il s'agit de permettre aux étudiants de faire la distinction entre les règles déontologiques et l'élaboration d'une éthique du soin. Il s'agit de préparer les étudiants à fonder une attitude, des comportements éthiques pour l'autre, celui que l'on soigne, afin de les rendre capables d'un recul bienveillant face aux événements et à l'adversité.

**Déroulement de l'atelier :** Les participants apporteront leur matériel de questionnement : situations d'apprentissage qui les ont mis en difficulté ou en doute et questions des étudiants. L'animatrice recueillera les exemples proposés pour les renvoyer aux concepts. À partir d'un exemple d'atelier animé avec des étudiants sages-femmes et en exploitant leur production, les participants pourront se questionner sur ce qui fonde un raisonnement basé sur l'opinion, sur la réflexion éthique à partir de fondements philosophiques des concepts de liberté, responsabilité, altérité, hétéronomie, bienveillance, déontologie, éthique.

**Conclusion :** L'éthique est la discipline transverse de toutes les autres, qui nous rappelle que nous nous adressons à des êtres humains dont les attentes se révèlent beaucoup plus exigeantes que l'application par les soignants des règles médico-légales.

## A 09

### Donner un *feedback* utile et constructif

Anne Baroffio, Johanna Sommer et Mathieu Nendaz

Faculté de Médecine, Université de Genève, 1 rue Michel Servet 1211 Genève 4, Suisse

Contact : [anne.baroffiobarbier@unige.ch](mailto:anne.baroffiobarbier@unige.ch)

**Problématique :** Les étudiants se plaignent très souvent de ne pas recevoir assez de *feedback* de la part de leurs enseignants. De plus, une confusion existe sur la différence entre *feedback* et évaluation.

**Finalités et formats :** Cet atelier a comme objectifs de : 1) comprendre que le *feedback* (donné ou reçu) est un élément fondamental de l'apprentissage et en quoi il diffère de l'évaluation ; 2) découvrir des stratégies pour donner un *feedback* efficace et 3) appliquer quelques-unes de ces stratégies. Il s'adresse à toute personne intéressée par la pédagogie médicale (étudiant ou enseignant), désirant acquérir ou entraîner cette compétence de l'enseignement.

Les participants utiliseront leurs expériences personnelles ainsi que des observations qu'ils feront à partir de scènes enregistrées, pour élaborer les caractéristiques qui augmentent l'efficacité du *feedback* ou, au contraire, qui peuvent l'entraver. Une deuxième partie abordera les diverses recommandations, validées par la littérature, pour être efficace dans son *feedback*. Lors de la troisième phase, les participants mettront en pratique les recommandations élaborées précédemment dans des jeux de rôle.

**Références :**

Ende J. Feedback in clinical medical education. JAMA 1983;250:777-81  
Wood B. Feedback: a key feature of medical training. Radiology 2000; 215: 17-9

A 10

**L'apprentissage d'une démarche d'aide à la décision à partir d'un DVD interactif en éthique clinique**

Cécile Bolly<sup>1,3</sup>, Lucie Brazeau<sup>2</sup>, Marc Fourny<sup>1</sup>, Dominique Pestiaux<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Haute Ecole Robert Schuman, 64 rue de la Cité, B-6800 Libramont, Belgique

<sup>2</sup> Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, J1H 5N4 Sherbrooke (QC), Canada

<sup>3</sup> Centre académique de médecine générale, Université Catholique de Louvain, 5360 avenue E.Mounier, 53 B-1200 Bruxelles, Belgique  
Contact : [cecile.bolly@hers.be](mailto:cecile.bolly@hers.be)

**Problématique :** L'enseignement de l'éthique clinique fait l'objet de réflexions assidues dans les *curricula* des facultés de médecine et des instituts de formation continue. Les apprentissages rencontrent des écueils nombreux : manque de temps, manque d'outils et de matériel dédié à la réflexion personnelle de chaque apprenant, manque d'accès à des ressources documentaires étroitement liées aux injonctions des contextes de pratique, ...

À partir de différents questionnements qui ont émergé dans le cadre de la formation en médecine d'étudiants de Master 1 et

2 à l'université de Louvain (UCL) et dans le cadre de la formation continue de médecins et d'infirmier(e)s proposée à la Haute Ecole Robert Schuman (HERS) de Libramont, un DVD a été créé pour faire évoluer les pratiques pédagogiques en éthique. Il s'agit d'un dispositif pédagogique innovant en vue d'un apprentissage interactif de l'éthique clinique. Chaque apprenant est invité à mobiliser ses connaissances antérieures, à utiliser des lectures pertinentes ainsi que des ressources vidéo fournies grâce au DVD, à réagir aux questions et exercices proposés, ainsi qu'à écrire ses réflexions ou ses réactions. Le DVD n'est pas un intranet de discussion. Il permet par contre d'inscrire des remarques qui peuvent par la suite constituer des éléments d'un carnet de bord ou d'un portfolio.

Le DVD offre actuellement quatre parcours d'apprentissage, dans lesquels l'apprenant peut suivre les étapes franchies une à une. Il est conçu pour resituer les parcours dans une démarche d'ensemble, assortie de différents éléments d'évaluation formative.

Basé sur l'éthique narrative, qui permet de rencontrer le patient comme sujet plutôt que comme objet de soins, ce DVD utilise les nouvelles technologies éducatives pour aborder les quatre parcours interactifs selon des problématiques fréquentes dans le travail avec des personnes âgées : la démence, la dénutrition, le refus de soins, l'annonce d'un diagnostic difficile. Le cadre des soins aux personnes âgées n'est aucunement limitatif, l'approche d'autres soins étant en cours de projet. Une étroite collaboration avec l'université de Sherbrooke prépare une ouverture en ce sens.

La démarche suivie pour construire ce DVD répond à l'appel de la charte de l'éthique des facultés de médecine pour une formation à l'éthique professionnelle dans les programmes d'études médicales. Cette démarche s'inspire des données de la psychologie cognitive, jumelées aux données du « *workplace learning* », pour proposer un apprentissage ancré dans la pratique authentique. Ainsi l'apprenant, autant en formation initiale que continue, peut repérer un contexte familier où les interrogations font écho à ses propres préoccupations professionnelles émergentes.

Le DVD a pu voir le jour grâce à la collaboration d'étudiants de l'UCL et de la HERS et de soignants en formation continue. Les fonds nécessaires ont été consentis par l'UCL et par la HERS, sans aucune contribution financière de l'industrie ni des organismes subventionnaires.

**Finalités et format de l'atelier :** L'atelier se basera sur une dimension particulière de l'éthique clinique, à savoir une démarche d'aide à la décision dans une situation éthiquement complexe, telle que proposée dans le DVD. En montrant comment structurer une telle démarche pour en favoriser l'apprentissage, il mettra en évidence les liens entre le développement du discernement éthique et la professionnalisation des soignants.

En mettant le DVD à leur disposition, l'atelier vise à : 1) offrir l'occasion aux participants de se familiariser directement avec

cet outil pédagogique, pour prendre connaissance des différents types de ressources qu'il propose (textes, liens, vidéos, outils, ...) et en estimer le potentiel de développement ; 2) apprendre aux participants à structurer une démarche d'aide à la décision en quatre temps à partir d'une discussion interprofessionnelle autour d'une situation complexe d'un point de vue éthique ; 3) apprendre aux participants à inscrire dans un discernement éthique l'articulation de trois pôles : le souci de l'autre (le « tu »), l'utilisation de repères issus de disciplines différentes (le « ils »), la prise en compte de sa propre subjectivité de soignant (le « je »).

**Méthodes :** Démonstration de l'intérêt du DVD pour proposer un apprentissage interactif de l'éthique clinique par une présentation brève des quatre parcours (15 minutes) ; visionnement d'une vidéo sur un atelier d'aide à la décision (20 minutes) ; pratique en sous-groupes autour d'une situation complexe, avec utilisation d'une grille d'aide à la décision (45 minutes) ; retour en plénière sur le processus utilisé (30 minutes) ; conclusion/évaluation (10 minutes).

## A 11

### Quelques aspects clés de la recherche qualitative utilisant la méthode des groupes de discussion

Brian D Hodges<sup>1</sup>, Mathieu Albert<sup>1</sup>, Lara Varpio<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Wilson Centre for Research in Education, Toronto General Hospital, 200 Elizabeth Street, Eaton-South 1-581 University of Toronto, Canada

<sup>2</sup> Academy for Innovation in Medical Education, University of Ottawa, Canada

Contact : [brian.hodges@utoronto.ca](mailto:brian.hodges@utoronto.ca)

**Problématique :** La recherche qualitative suscite un intérêt croissant auprès des praticiens et des chercheurs du domaine de la santé et de l'éducation médicale. Plusieurs professionnels de la santé et cliniciens enseignants apprécient de plus en plus la contribution de la recherche qualitative au développement des connaissances et à l'amélioration de leur pratique. Toutefois, en raison de la prédominance du modèle expérimental en recherche médicale, les méthodes qualitatives demeurent encore relativement peu ou mal connues.

**Finalités et format de l'atelier :** Cet atelier d'une durée de deux heures s'adresse à des participants ayant une connaissance limitée de la recherche qualitative. Nous y traiterons spécifiquement de la méthode des groupes de discussion. L'objectif est de familiariser les participants à la conception d'une recherche utilisant la méthode des groupes de discussion, à l'organisation de groupes de discussion et à l'animation de ceux-ci.

L'atelier comportera trois parties. Toutes feront appel à la participation active des participants. La première sera consacrée à la conception d'un projet de recherche utilisant la méthode des groupes de discussion. Avec l'aide des formateurs, les participants devront identifier les divers problèmes méthodologiques liés à la méthode de recherche par groupes de discussion et leur trouver une solution. Dans la seconde partie, les participants seront amenés à vivre l'expérience d'un groupe de discussion, en tant qu'animateur ou participant. La troisième partie, plus courte et sous forme de discussion générale, visera à consolider les apprentissages et à donner l'occasion aux formateurs de donner un complément d'information. Les participants seront appelés à faire un retour réflexif sur leur expérience et à partager leurs interrogations.

À la fin de l'atelier les participants auront acquis des connaissances pratiques sur les trois aspects clés de la méthode des groupes de discussion : la conception d'une recherche utilisant la méthode des groupes de discussion, l'organisation de groupes de discussion et l'animation de groupes de discussion.

## A 12

### Passer par la réflexion stratégique pour amorcer le changement au sein des facultés de médecine

Ali Mtiaroui<sup>1</sup>, Bernard Millette<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Facultés de médecine de Sousse, avenue Karoui 4002 Sousse, Tunisie

<sup>2</sup> Faculté de médecine de Montréal, Canada

Contact : [ali.mtiaroui@yahoo.fr](mailto:ali.mtiaroui@yahoo.fr)

**Contexte :** Un environnement turbulent, une situation économique de plus en plus difficile caractérisée par la concentration et la rareté des ressources dans l'environnement des organisations, l'accélération de l'évolution technologique, le changement rapide des valeurs sociales, etc., tous ces éléments exigent réactivité et adaptation des organisations qui veulent survivre et se développer. Cet ensemble de raisons, relevant autant de l'environnement externe que de la complexité interne des mécanismes décisionnels, impose aux organisations comme les facultés de médecine une plus grande rationalité dans ce qu'elles font (enseignement, recherche, prestations de services de soins), une adaptation à leurs environnements, un nouveau style de gestion, bref la mise en place de processus de réflexion capables de « transcender l'activité fébrile du présent pour anticiper l'avenir et se mettre dans une position idéale pour l'affronter » (Sullivan 1991). Explorer les moyens de donner du souffle à notre travail, de l'inscrire dans la durée, donc de le rendre plus efficace, nous oblige à entreprendre une réflexion en profondeur sur nos « produits finis ». La réflexion stratégique est la feuille de route

que se donne une organisation pour réaliser sa vision à moyen et à long terme. Dans sa plus simple expression, il s'agit de répondre à quatre questions fondamentales : 1) Quel est l'objectif de notre organisation (faculté, CHU, service...) ? 2) Où en sommes-nous, aujourd'hui, par rapport à cet objectif ? 3) Où voulons-nous nous trouver (à un moment donné) ? Et comment nous rendre d'ici à là-bas ?

**Objectifs spécifiques de l'atelier :** 1) Décrire les étapes d'une réflexion stratégique dans les facultés de médecine, en soulignant l'importance de cet exercice pour le développement de ces établissements ; 2) Faire l'exercice d'une analyse organisationnelle simple avec l'approche « analyse des forces et faiblesses, opportunités et menaces » (*SWOT analysis : Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats analysis*) ; 3) Concevoir, dans ses grandes lignes, un plan d'orientation stratégique.

L'atelier de formation tentera d'atteindre les extrants suivants : 1) une compréhension commune des caractéristiques des environnements (internes et externes) dans lesquels évolue une organisation de santé, de ses forces et faiblesses ainsi que des opportunités et menaces qui entourent l'organisation ; 2) une discussion de plusieurs des leçons importantes apprises d'expériences réalisées au cours des dernières années ; 3) l'identification de plusieurs cibles stratégiques que l'organisation de santé pourrait viser à atteindre au cours des prochaines années afin de devenir un pôle d'excellence ; 4) l'évaluation des capacités de l'organisation à atteindre ces cibles.

**Méthodes :** L'atelier sera interactif et partira des expériences et attentes des participants. Du temps sera réservé pour des réflexions personnelles (*brainwriting*), des pratiques, des discussions et des mises en commun. De brèves présentations formelles et des documents d'accompagnement compléteront le tout.

## A 13

### Salud ! La contribution de Cuba à la santé globale

*Gail Reed, André-Jacques Neusy*

*Training for Health Equity Network (THEnet) 8, Square de l'Arbalette, 1170 Bruxelles, Belgique*  
Contact : [aj.neusy@med.nyu.edu](mailto:aj.neusy@med.nyu.edu)

**Problématique :** Alud, un film documentaire sur la contribution des médecins cubains à la santé globale, examine les grands défis relevés par un petit pays avec des ressources limitées pour traduire les principes et stratégies d'Alma Ata en une réalité pour tous, particulièrement les populations où les besoins de santé sont les plus grands. Les réalisateurs ont suivi les médecins cubains sur plusieurs continents et ont recueilli leurs témoignages.

**Finalités et méthodes de l'atelier :** La projection du film sera suivie d'un débat sur le déficit mondial des ressources humaines pour la santé, la contribution cubaine et les différentes stratégies et interventions en cours pour faire face à la crise.

## A 14

### Les techniques pédagogiques actives alternatives au cours magistral – exemple de la MIGG dans la formation de formateurs en gestes et soins d'urgence

*Anne Demeester<sup>1</sup>, Maryse Boilon<sup>2</sup>, Dominique Vanpee<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> École de Maïeutique, Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, Site de la faculté de médecine Nord, Bd Pierre Dramard, CS 8001, 13344 Marseille cedex, France

<sup>2</sup> CESU Marseille – Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, France

<sup>3</sup> École de médecine, secteur santé de l'Université Catholique de Louvain, Belgique

Contact : [anne.demeester@ap-hm.fr](mailto:anne.demeester@ap-hm.fr)

**Introduction :** Le cours magistral présente l'inconvénient majeur et reconnu de placer les étudiants en situation passive. Ces derniers manifestent des difficultés apparentes à maintenir leur attention et à prendre des notes. Plusieurs techniques pédagogiques actives peuvent avantageusement se substituer au cours magistral. Parmi elles, la Méthode d'intégration guidée par le groupe (MIGG), structure le cours, rend les apprenants actifs et interactifs et facilite la tâche du formateur.

**Finalités de l'atelier :** Identifier les différentes alternatives possibles au cours magistral. Découvrir l'une d'entre elles : la méthode d'intégration guidée par le groupe (MIGG).

**Méthodes :** Les différentes techniques pédagogiques pouvant remplacer l'enseignement magistral seront brièvement présentées. Les participants découvriront ensuite les étapes successives de la MIGG développée pour eux. Ils seront ensuite invités à donner leurs impressions sur la séquence (participants et observateurs). Une évaluation de la MIGG utilisée en session de formation de formateurs en gestes et soins d'urgence au CESU de Marseille sera présentée. Un article reprenant les différentes alternatives au cours magistral et une fiche technique sur la MIGG seront remis aux participants.

**Conclusion :** Les formateurs en recherche de solutions pour enseigner en grand groupe pourront envisager des perspectives d'application dans leur propre pratique pédagogique. Ils expérimenteront entre autre une technique qui génère de l'interaction entre les apprenants et facilite l'intégration de connaissances nouvelles.

**Références :**

Vanpee D, Godin V, Lebrun M. Améliorer l'enseignement en grands groupes à la lumière de quelques principes de pédagogie active. *Pédagogie Médicale* 2008;9:32-41

Demeester A, Gagnayre R. Alternative au cours magistral : la MIGG (méthode d'intégration guidée par le groupe), Fiche pratique 018. *Pédagogie Médicale* 2005;6:61-2

## A 15

## Comment développer des modules d'apprentissage autoportants et indépendants des environnements numériques d'apprentissage : l'expérience de la faculté de médecine de l'université de Montréal

Richard Ratelle, Paule Lebel

Université de Montréal, Faculté de médecine, Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), Pavillon Roger-Gaudry, 2900 bd Édouard-Montpetit, H3T1J4 Montréal, Canada

Contact : [Richard.Ratelle@umontreal.ca](mailto:Richard.Ratelle@umontreal.ca)

**Problématique :** L'utilisation de l'*e-learning* et des technologies éducatives dans la formation de tous les cycles universitaires incluant le développement professionnel continu est devenu un incontournable. Les compétences techno pédagogiques du corps professoral sont souvent limitées dans notre faculté. Au cours des quatre dernières années, nous avons mis en place une stratégie de développement des activités d'*e-learning* au Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS). Cette stratégie permet au professeur d'être le plus autonome possible, tout en maintenant un groupe d'experts en médiatisation des contenus pédagogiques disponibles pour l'intégration des contenus dans l'environnement numérique d'apprentissage (ENA). L'élément central de cette stratégie a été d'adopter le logiciel *Wimba Create*<sup>1</sup> comme outil pour la création de modules d'apprentissages autoportants, compatibles avec les diverses normes d'interopérabilité du monde des ENA, dont la norme SCORM 1.2. Les objets d'apprentissage ainsi créés sont autonomes et faciles à mettre à jour par le professeur. Ils peuvent par la suite être intégrés dans la plupart des ENA, comme ceux disponibles à l'université de Montréal. (*WebCT*, *Moodle* et *SAKAI*).

**Finalités de l'atelier :** Les objectifs de l'atelier sont les suivants : 1) identifier les impacts des normes d'interopérabilité sur les environnements numériques d'apprentissage ; 2) comprendre la stratégie adoptée par le Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) de la faculté de médecine de l'université de Montréal pour développer la formation en ligne ; 3) utiliser

les diverses fonctions du logiciel *Wimba Create* pour réaliser un simple module autoportant selon la norme SCORM 1.2 ; 4) comprendre l'impact des feuilles de style en cascade (*Cascading Style Sheets – CSS*) sur le gabarit des modules de formation.

L'atelier permettra aux participants d'expérimenter le logiciel *Wimba Create* et de mieux saisir les avantages qu'il comporte pour la création de contenus pédagogiques variés et dynamiques.

<sup>1</sup> *Wimba Create* : ([http://www.wimba.com/products/wimba\\_create/](http://www.wimba.com/products/wimba_create/))

## A 16

## Développement du raisonnement clinique... Enjeux et outils concrets pour la supervision clinique

Mathieu Nendaz<sup>1</sup>, Marie-Claude Audétat<sup>2</sup>, Suzanne Laurin<sup>2</sup>, Dominique Pestiaux<sup>3</sup>, Bernard Charlin<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Unité de Recherche et Développement en Éducation Médicale (UDREM), Université de Genève et Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse

<sup>2</sup> Département de médecine familiale et Centre de Pédagogie Appliquée aux Sciences de la Santé (CPASS), Université de Montréal, Canada

<sup>3</sup> Centre Académique de Médecine Générale, Université Catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique

Contact : [mcaudetatympatico.ca](mailto:mcaudetatympatico.ca)

**Problématique :** Cet atelier est destiné aux cliniciens enseignants intéressés d'une part, à mieux apprécier le raisonnement clinique de leurs internes/résidents et à développer des stratégies concrètes pour soutenir ce raisonnement dans la supervision quotidienne. Notre contribution se fonde sur des constats issus d'une recherche qualitative (juin 2008) sur les difficultés et les besoins des médecins superviseurs du département de médecine familiale de l'université de Montréal en ce qui concerne l'enseignement et l'identification des difficultés de raisonnement clinique chez les résidents, qui se résument comme suit. Bien que le raisonnement clinique soit au cœur de la profession médicale, les médecins enseignants : 1) ont une perception globale et intuitive des éventuelles difficultés ou étapes de développement du raisonnement clinique de leurs étudiants ; 2) ont des méconnaissances en ce qui concerne le concept de raisonnement clinique et ses implications pédagogiques ; 3) se sentent démunis dans la démarche de supervision du raisonnement clinique, dans l'identification précise des difficultés des résidents et dans la planification des moyens à prendre pour soutenir et développer le raisonnement clinique.

**Finalités et format de l'atelier :** Nous aborderons les différentes étapes du raisonnement clinique et l'appréciation de la

démarche du résident en supervision. À partir d'expériences d'enseignement des participants, nous proposerons un exercice de traduction des manifestations du raisonnement clinique des médecins en formation en indices de la qualité de ce raisonnement. Nous ferons ensuite le lien avec les données actuelles sur le concept de raisonnement clinique et son importance en pédagogie médicale, de même qu'avec les stratégies pédagogiques visant la promotion de ce raisonnement en supervision clinique. Enfin, en s'appuyant sur un exemple vidéo, ainsi que sur des exemples concrets de situations de supervision, nous proposerons des outils et techniques de supervision centrés sur le raisonnement clinique.

**Méthodes :** Travail en petits groupes, visionnement d'une vidéo, synthèse en plénière et apports théorique.

**Références :**

Nendaz M, Charlin B, LeBlanc V, Bordage G. Le raisonnement clinique: données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. *Pédagogie Médicale* 2005;6:235-54  
Pestiaux D, Vanwelde D. Le difficile enseignement de la démarche clinique. *Revue Santé Conjuguée* 2008; n°46:40-9.

## A 17

### Vivre une séance « Questions–Réponses » comme un étudiant de première année du premier cycle des études médicales (PCEM1)

*Jean-Philippe Vuillez, Jean-Paul Romanet, Daniel Pagonis*

Faculté de Médecine, Université Joseph Fourier de Grenoble, boulevard, Maréchal Ney 38700, La Tronche, France  
Contact : [JPVuillez@chu-grenoble.fr](mailto:JPVuillez@chu-grenoble.fr)

**Problématique :** La réforme pédagogique de la première année du premier cycle des études médicales (PCEM1) menée à Grenoble depuis trois ans, qui s'inscrit dans la continuité des changements entrepris auparavant en second cycle puis en première année du deuxième cycle et en deuxième année du premier cycle, repose sur un principe directeur qui est commun : faire intervenir les enseignants à un stade explicatif, lors de rencontres avec les étudiants lorsque ceux-ci ont préalablement travaillé, en auto apprentissage, sur des documents fournis par les enseignants. En PCEM1, ceci se traduit par des enseignements se déroulant en quatre séquences successives : 1) travail personnel de l'étudiant sur des chapitres imposés de cours enregistrés sur DVD ; 2) formulation en ligne de questions sur le site [med@tice](http://med@tice) ; 3) rencontre par groupes de 120 étudiants avec les enseignants qui répondent aux questions posées par le groupe, expliquent, hiérarchisent les connaissances et enrichissent la réflexion par des exemples, des applications, des exercices ; 4) tutorat applicatif (entraînement au concours).

**Finalités de l'atelier :** L'atelier s'intéresse au processus des trois premières phases, afin de démontrer l'intérêt de cette « inversion » de l'ordre d'intervention de l'enseignant par rapport à l'effort d'acquisition des connaissances fourni par l'étudiant. Il est proposé aux participants de vivre le processus, en recevant quelques jours avant un document à travailler, de poser des questions en ligne sur le site et de rencontrer lors de l'atelier lui-même un « enseignant » chargé de répondre aux interrogations et d'explicitier le sujet.

## A 18

### Comment motiver ses étudiants ?

*Thierry Pelaccia*

Service d'aide médicale urgente (SAMU 67) et Centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU 67), Hôpitaux universitaires de Strasbourg, France  
Unité de recherche en pédagogie des sciences de la santé, Faculté de médecine de Strasbourg, France  
SAMU 67 - CESU 67, Hospices civils, 1 place de l'hôpital, 67000 Strasbourg, France

Contact : [thierry.pelaccia@wanadoo.fr](mailto:thierry.pelaccia@wanadoo.fr)

**Problématique**

**Contexte :** La motivation est le moteur de nos comportements. Elle est considérée comme l'un des principaux déterminants de l'apprentissage et de la réussite<sup>1</sup>. Plus l'étudiant est motivé, plus son implication, sa persévérance et ses performances dans les tâches à accomplir seront élevées. Pourtant, cette dimension sociocognitive majeure – qui peut être aisément opérationnalisée dans le cadre de la planification des stratégies d'enseignement – a fait l'objet d'une attention très modeste dans le domaine de la pédagogie des sciences de la santé.

**Cadre conceptuel :** Ce manque d'intérêt pour la motivation est probablement en partie explicable par la nature complexe, hautement diversifiée et fréquemment contradictoire des essais de théorisation d'un construit qui fut successivement appréhendé à travers les prismes d'un grand nombre de courants de pensée de la psychologie et des sciences de l'éducation. Dans ce champ conceptuel chaotique, il semble toutefois que l'on puisse identifier deux niveaux d'analyse distincts, mais intimement liés<sup>1</sup> : 1) le niveau des « motifs d'engagement », qui désignent les raisons pour lesquelles un individu s'engage dans la réalisation d'une tâche. La théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan est dans ce cadre une approche dont les principes sont largement partagés au sein de la communauté scientifique et dont le caractère opératoire a grandement contribué à son appropriation et à son usage dans les domaines de la formation, du travail et de la pratique des activités sportives et de loisir ; 2) le niveau de la « dynamique motivationnelle », qui correspond aux évolutions du profil motivationnel des individus dans un contexte donné. Elle est principalement influencée par trois

composantes : la perception de la valeur de la tâche (« À quoi cela va-t-il me servir ? »), la perception d'efficacité (« Vais-je en être capable ? ») et la perception d'autonomie et de contrôle (« Mes choix sont-ils libres ? », « Mes résultats seront-ils proportionnels à mes efforts ? »). Ces théories peuvent être appréhendées de façon simple. Elles sont par ailleurs associées à un grand nombre d'applications pratiques, qui peuvent aisément être intégrées dans les stratégies d'enseignement.

#### Finalités de l'atelier

**Objectif général :** L'atelier est destiné à permettre aux participants d'ajuster ou de modifier leurs pratiques d'enseignement en y intégrant la composante motivationnelle de manière significative.

**Objectifs spécifiques :** À l'issue de l'atelier : 1) l'apprenant doit être capable d'identifier et de nommer les principales théories permettant d'appréhender les motifs d'engagement en formation et la dynamique motivationnelle des étudiants en sciences de la santé et du sport ; 2) l'apprenant doit être capable de définir les principaux déterminants de la motivation et d'expliquer leur influence sur le profil motivationnel des étudiants en sciences de la santé et du sport ; 3) l'apprenant doit être capable d'opérationnaliser ces connaissances et de les mobiliser afin d'ajuster ou de modifier ses pratiques d'enseignement dans la perspective d'agir positivement sur la dynamique motivationnelle des étudiants en sciences de la santé et du sport.

**Format de l'atelier :** Il s'agit d'un atelier libre de formation de type « apprentissage », reposant sur une implication active des participants dans la perspective de l'atteinte des objectifs précédemment détaillés. Il repose sur l'alternance d'activités de découverte, d'apprentissage et d'application, utilisant les travaux de groupe, les travaux individuels et les échanges en séance plénière, optimisés par l'usage de supports visuels.

#### Références :

Pelaccia T, Delplancq H, Tribby E, Leman C, Bartier J-C, Dupeyron J-P. La motivation en formation : une dimension réhabilitée dans un environnement d'apprentissage en mutation. *Pédagogie Médicale* 2008;9:103-21.

## A 19

### Rôle et limites de l'image en pédagogie des sciences de la santé

*Stéphane Louryan, Nathalie Vanmuylder*

Laboratoire d'anatomie, biomécanique et organogénèse, Faculté de Médecine, Université libre de Bruxelles, route de Lennik 808 (cp 619), 1070 Bruxelles, Belgique  
Contact : [Slouryan@ulb.ac.be](mailto:Slouryan@ulb.ac.be)

**Finalités de l'atelier :** Le but de l'atelier est d'analyser le rôle précis des images comme support des enseignements à base morphologique et de faire réfléchir à leur utilisation pertinente. L'objectif pour les participants serait de choisir judicieusement

les images à présenter aux étudiants, de limiter leur profusion et d'apprendre à décrypter leur message.

**Méthodes :** La méthode utilisée lors de l'atelier sera d'interroger les participants quant à leur pratique, puis de faire un court exposé sur les fondements de la pédagogie de et par l'image et de constituer des équipes de réflexion en vue de faire des propositions d'utilisation rationnelle de l'image dans un cadre prédéfini. La présentation de chacune des propositions sera suivie de conclusions générales.

## A 20

### De l'image à l'icône : comment former les médecins à faire la part de la technologie et de l'humain ?

*Stéphane Tessier<sup>1</sup>, Iram La Torre<sup>2</sup>, Dominique Sirinelli<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>REGARDS, 132 rue du Château 75014 Paris, France

<sup>2</sup>Centre hospitalier de Montargis, France

<sup>3</sup>Service de radiologie pédiatrique, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours, France

#### Problématique :

« Les miroirs sont obscènes : ils reproduisent les êtres humains sans amour » *Jorge Luis Borges*

La mise en image du mystère des équilibres de la vie et de la mort afin, littéralement, de l'élucider fait l'objet d'une préoccupation humaine qui ne s'est jamais démentie depuis les premiers gribouillages préhistoriques jusqu'aux actuels pixels. Ainsi, le sens le plus sollicité pour décrypter la réalité est la vue, par son statut d'organe de perception le plus précis, le plus instantané, le plus fiable. En corollaire, l'invisible est réputé dangereux, inatteignable et ne peut être véritablement combattu.

À cette première vocation descriptive de l'image, va s'ajouter celle de distanciation. L'acte de soigner reposait naguère sur un contact humain de très forte proximité, autant sensoriel que sensuel. Un être de chair, le médecin, s'appropriait la maladie qui lui était présentée, s'identifiait à la souffrance, l'analysait dans toutes ses dimensions perceptuelles (la vue bien entendu, mais aussi l'ouïe, le toucher, l'odorat et même parfois le goût, lorsque les soignants osaient encore une absorption littérale de la souffrance de l'autre), l'incorporait symboliquement et en régurgitait une prescription véhiculant le remède avec l'identification du mal. Tout était métabolisé dans le cadre d'un corps à corps : corps souffrant et corps soignant, lequel tirait de cette incorporation la force de symbolisation d'un discours construit au tournant du XVIII<sup>e</sup> siècle. Une telle « affectivité » de la clinique discursive, un peu mise de côté par Michel Foucault lorsqu'il en décrit la naissance, peut se retrouver dans certaines

tentatives récentes de « sociologie caressante », qui cherchent une empathie avec l'objet d'étude. Aujourd'hui, pour des raisons diverses, hygiénistes, technicistes, etc., cette incorporation n'est plus. Soignants et soignés ont à cœur de mettre de la distance dans leurs relations et ont bâti l'imagerie comme un tiers projectif sur lequel peut s'épanouir et se lire la souffrance. La surenchère technique et le recours exclusif à l'image, qui traversent l'ensemble du corps social « moderne » ont fait le reste. Face à l'immédiateté de l'évidence visuelle, les usages classiques de la clinique semblent passés de mode.

Troisième vocation, l'image a aussi la fonction emblématique définie par Pierre Legendre, à savoir le comblement du vide. En médecine, le vide est double : à celui, déjà cité, que la technologie creuse entre le médecin et son patient, s'ajoute celui que l'organisation des soins creuse entre elle et le personnel soignant. Pour l'organisation « moderne », le sujet s'efface devant l'acte qui, protocolisé, budgétisé, requiert d'être visualisé pour avoir droit d'exister. Le contrôle des actes exige la production par le personnel soignant de preuves de l'avoir effectué, et quelle meilleure preuve que l'image-document ?

Cherchant à former les médecins pour agir dans un environnement « moderne », l'enseignement va suivre cette tendance au comblement des deux vides, en privilégiant de façon déraisonnée les examens complémentaires à leur extrême. La rivalité entre étudiants, la certification diplômante, l'organisation du contrôle, tant au lit du patient que dans les questions sur table, graveront autour des capacités de mobiliser et de décrypter la bonne technologie, au bon moment.

À l'heure où, dans tous les secteurs de la société se pose la question de remettre l'humain au centre des pratiques, comment remettre aussi la médecine sur les rails d'une cure humaniste ? Quelles méthodes d'enseignement pourraient ouvrir les esprits des futurs médecins à cet humanisme « détechnologisé » ?

**Finalités de l'atelier :** L'atelier tournera donc autour de quatre questions : 1) Quelle distanciation transmettre aux futurs médecins à l'égard de la technologie, ses séductions et ses périls ? 2) Quelle part de rupture avec l'environnement qui fonde tout sur technique et image ? 3) Quelle valorisation de la clinique nécessaire et suffisante doit être maintenue dans l'enseignement, malgré sa fiabilité relative ? 4) En résumé, comment enseigner l'esprit critique humaniste ?

#### Méthodes :

Présentation des participants, exposé des attentes (10 mn)  
Exposés introductifs (10 mn) : Stéphane Tessier : « Icônes et images » ; Dominique Sirinelli : « Le beau n'est pas le vrai : le patient occulté par son image » ; Iram La Torre : « La tentation du miroir »  
Questions (uniquement sur des points obscurs)  
Jeu de rôle avec observation active des participants : Un patient, un (jeune) médecin et son radiologue (au cuir usé) : 10 mn préparation, 10 mn jeu, 20 mn restitution des observations et débat.  
Échanges : comment élaborer des pistes de réponse aux questions posées ? 20 mn  
Conclusion 10 mn

#### Références :

Tessier Stéphane (dir.) : Familles et institutions : cultures, identités et imaginaires. Paris : Erès, 2009  
Foucault Michel *Naissance de la clinique* (1<sup>ère</sup> édition 1963). Paris : PUF-Quadrige, 1988  
Maffesoli Michel *Eloge de la raison sensible*. Paris : Grasset, 1996  
Legendre Pierre *De la société comme texte*. Paris : Fayard, 2001

## A 21

### Quelle évaluation pour le portfolio ?

*Patrick Lerouge, Sébastien Leruste, Bertrand Stalnikiewicz, Michel Cunin, Eric Lengagne, Jean Marc Lefebvre*

Département de Médecine Générale, Faculté de médecine de l'Université Lille 2, Droit et Santé, France  
Contact : [lerouge.patrick@wanadoo.fr](mailto:lerouge.patrick@wanadoo.fr)

Dans le cadre du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale, l'utilisation du portfolio se développe dans une volonté d'évaluation formative, avec une approche pédagogique centrée sur l'apprentissage de l'étudiant. Cette démarche pédagogique favorise le développement personnel de l'étudiant par la stimulation de sa réflexivité et son autoévaluation lors de la résolution de problèmes complexes. Le portfolio est un outil d'évaluation formative mais il est aussi un des outils de la validation finale du DES de médecine générale, comme il peut l'être pour d'autres disciplines. Le nombre et la qualité des apprentissages recueillis sont importants ; la richesse des productions est telle qu'une exploitation raisonnée des productions est indispensable. Il est nécessaire de faire des choix correspondant aux objectifs de formation.

Un certain nombre d'expériences sont menées de manière indépendante. Le partage de celles-ci permettrait de profiter du travail de chacun, dans le but de faire progresser la communauté.

**Objectifs :** Comment organiser le portfolio de manière à concilier l'épanouissement de l'étudiant, la mise en évidence de sa trajectoire de progression et la validation institutionnelle de son travail ? Que doit-on évaluer ? Comment évaluer ?

**Matériel et méthodes :** Atelier de production, nécessitant l'interactivité des participants.

**Résultats attendus :** Un partage des expériences et des projets est nécessaire. L'atelier pourrait commencer à harmoniser les conditions indispensables à la validation du portfolio, en respectant le contexte formatif, dans le cadre de l'évaluation des compétences : identification des marqueurs de la progression des apprentissages de l'étudiant, identification de critères de validation.

**Références :**

Scallon G., L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences. Bruxelles : De Boeck, 2004.

Naccache N, Samson L, Jouquan J. Le portfolio en éducation des sciences de la santé : un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation. *Pédagogie Médicale* 2006;7:110-27

**A 22****La lutte anti-plagiat dans les facultés des sciences de la santé : quelle action des responsables de formation ?**

Jacques H. Barrier<sup>1</sup>, Lucie Brazeau-Lamontagne, Isabelle Laurençot, Laure Azema<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Faculté de médecine de Nantes, 1 rue Gaston Veil, 44035 Nantes cedex 1, France (Conseil pédagogique de la Conférence internationale des doyens et des facultés de médecine d'expression française (CIDMEF))

<sup>2</sup> Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada (Charte de l'éthique de la CIDMEF)

<sup>3</sup> École supérieure d'informatique électronique automatique, Conférence des grandes écoles

En partenariat avec la Conférence internationale des doyens et des facultés de chirurgie dentaire d'expression française (CIDCDF) et avec la Conférence internationale des doyens et des facultés de pharmacie d'expression française (CIDPHARMEF)

Contact : [jacques.barrier@univ-nantes.fr](mailto:jacques.barrier@univ-nantes.fr)

**But :** Atelier de production en vue d'un plan d'action concerté et adapté. À l'issue de cet atelier, les animateurs et les participants enseignants et/ou dirigeants universitaires auront

pris conscience de l'ampleur des fraudes et du plagiat dans les pratiques étudiantes des différents cycles universitaires. L'emphase sera mise plus spécifiquement dans le domaine de la santé. Ils seront à même de constater les conséquences du plagiat sur la confiance internationale envers les diplômés. Ils seront informés des méthodes préventives actuellement disponibles pour lutter contre le plagiat. Après avoir exploré les sources et les motivations du plagiat, ils participeront à l'élaboration d'un plan d'action à diffuser auprès de la communauté francophone.

**Programme de l'atelier :**

- 1 - Rappel de la justification et des objectifs du séminaire
- 2 - Perception au sein de la CIDMEF de l'ampleur du problème et des pistes de solutions (résultats de l'enquête auprès des Doyens des facultés de médecine francophones)
- 3 - Expériences de la lutte anti-plagiat dans le monde francophone de l'éducation universitaire (par exemple Conférence des grandes écoles en France, université de Montréal au Canada-Québec, université de Genève)
- 4 - La problématique de la formation en sciences de la santé comporte-elle des spécificités particulières touchant le plagiat ? Échanges des experts avec les participants à l'atelier
- 5 - Élaboration de recommandations intra et interprofessionnelles
- 6 - Proposition d'une action (démarche qualité)

**Méthodes :** 20 à 30 participants qui seront interrogés si possible sur leurs propres expériences dès l'inscription. L'interactivité pendant le séminaire servira de plateforme méthodologique pour jeter les bases d'une co-élaboration de plan d'actions concrètes à poser. La possibilité/pertinence d'un groupe de travail dans le cadre de la CIDMEF sera explorée.