

# Pourquoi « se centrer sur le participant » en formation médicale continue ?

Luc CÔTÉ, MSS, Ph. D (éd.)\*, Hélène LECLÈRE, MD, MA (éd.)\*\*

**Résumé** *Contexte :* En formation médicale continue (FMC), les approches pédagogiques ont changé beaucoup plus vite que dans l'ensemble de la formation médicale initiale et depuis plus longtemps. Les modifications se sont souvent faites par imitation de bons exemples de sorte que les fondements pédagogiques de ces pratiques maintenant plus diversifiées ne sont pas toujours clairs ou ont été oubliés. Or quand on oublie les fondements de nos pratiques, le risque de dériver est grand. **But :** Cet article vise à fournir au lecteur un outil simple pour réfléchir sur ses propres pratiques pédagogiques. **Méthode :** Les fondements de la psychologie cognitive et de l'éducation des adultes sont appliqués à trois activités très présentes en FMC : l'exposé magistral, la discussion de cas en groupe et l'atelier. **Conclusion :** L'apprentissage est un processus interne et personnel que l'on doit faciliter par des interventions éducatives stimulantes et pertinentes. Celles-ci sont indispensables aux apprenants afin qu'ils trouvent un sens à leur démarche d'apprentissage et qu'ils se l'approprient.

**Mots clés** Formation médicale continue, fondements pédagogiques, psychologie cognitive, éducation des adultes.

**Summary** *Context:* The approaches used in continuing medical education (CME) have evolved much more quickly than those used in undergraduate medical training as a whole, and over a longer period of time. The changes have often emulated exemplary practices such that the educational foundations of these practices, now much more diversified, have become blurred or forgotten. And yet, when we forget the origins of our practices, there is a risk that we will stray from them. **Aim:** In this article, readers are taken back to educational foundations, in order to understand the importance of their choices about interaction and student-centered approach. **Method:** The foundations of cognitive psychology and adult education are applied to three common CME activities: formal presentations or lectures, group case discussions, and workshops. **Conclusion:** Learning is a personal and active process which have to be facilitate by the means of relevant and stimulating educational actions. These actions are essential for the learners in order to appropriate their learning.

**Key Words** Continuing medical education, educational foundations, cognitive psychology, adult education.

*Pedagogie Medicale 2000; 1 : 40-44.*

## Introduction

Lorsque des médecins consacrent temps et énergie à des activités de formation continue, ils ne veulent pas juste entendre quelqu'un parler. Ils veulent apprendre pour mettre à jour leurs connaissances, affiner leur démarche clinique, améliorer leurs habiletés relationnelles, en somme, parfaire leurs compétences professionnelles.

Par ailleurs, il est habituellement reconnu qu'un bon enseignant, c'est d'abord quelqu'un en plein contrôle de son contenu (expert), qui le transmet efficacement, clairement et de façon structurée (communicateur) et qui donne le goût de mieux faire et d'aller plus loin (motivateur)<sup>1,2</sup>. Il est aussi admis que l'exposé magistral, même bien fait, ne garantit pas que ceux qui l'écoutent apprennent<sup>3</sup>. Rappelons que l'exposé magis-

\*Département de médecine familiale - Faculté de médecine - Université Laval Sainte-Foy - Québec - Canada, G1K 7P4

\*\*Département de médecine sociale et préventive - Faculté de médecine - Université Laval - Courrier électronique : luc.cote@fmed.ulaval.ca

tral est le type même de l'activité « centrée sur l'enseignant » (teacher centered), par opposition à des activités « centrées sur l'apprenant-participant » (student centered)<sup>4</sup>.

En formation médicale continue (FMC), les approches pédagogiques ont changé beaucoup plus vite que dans l'ensemble de la formation médicale initiale et depuis plus longtemps. Les modifications se sont souvent faites par imitation de bons exemples de sorte que les fondements pédagogiques de ces pratiques maintenant plus diversifiées ne sont pas toujours clairs ou ont été oubliés. Cet article propose au lecteur un retour aux sources pour comprendre ses choix pédagogiques par rapport à l'interactivité et au centrage de ses interventions sur le participant ou sur l'enseignant. Les fondements de la psychologie cognitive et de l'éducation des adultes sont appliqués à trois activités très présentes en FMC : l'exposé magistral, la discussion de cas en groupe et l'atelier.

### *Le point de vue de la psychologie cognitive*

L'apprentissage est un processus interne actif qui permet à celui qui apprend de construire à partir de ce qu'il sait déjà<sup>5,7</sup>. La différence entre les connaissances d'un novice et celles d'un expert ne tient pas tant à la quantité des connaissances en mémoire qu'à la qualité de leur organisation en réseau fonctionnel<sup>8,11</sup>. Même s'il était bien tentant, au début des années 1970, de vouloir démontrer que l'aptitude à résoudre des problèmes cliniques (expertise diagnostique) était une compétence générique indépendante de la nature du problème à résoudre, il fallut admettre que ce n'était pas si simple. En effet, la démarche du clinicien est grandement influencée par la qualité des hypothèses qu'il évoque au cours du recueil des données, et par la qualité de l'interprétation des données en fonction des hypothèses émises. Or, d'après Lemieux et Bordage<sup>12</sup>, la qualité des hypothèses et la qualité de l'interprétation des données sont directement reliées à l'accessibilité des connaissances du clinicien, elle-même reliée à la qualité de l'organisation de celles-ci dans sa mémoire.

Aussi, pour avoir une mémoire bien organisée, « la tête bien faite », il faut apprendre efficacement, c'est-à-dire se construire un réseau de connaissances :

- pertinentes, notamment en lien avec leur utilisation ultérieure (l'exercice de la profession) ;

- bien rangées et de façon personnelle, donc codées d'une façon significative pour celui qui apprend (les liens) ;
- accessibles dans des situations variées, ayant donc différents indices de retrait, ce qui implique plusieurs indices de codage (la richesse des liens).

L'enseignant se souciera de donner au participant l'opportunité :

- d'activer ses connaissances antérieures ;
- de réorganiser efficacement ses connaissances ;
- de construire un interface critique entre ses connaissances en mémoire et les nouvelles informations ;
- d'appliquer ses nouvelles connaissances dans différentes situations et contextes, sachant que le transfert est indispensable à la capacité de résoudre des problèmes.

### *Le point de vue de l'éducation des adultes*

Ce courant de pensée, Knowles en tête<sup>13</sup>, insiste beaucoup sur le fait que les professionnels d'expérience, ici les médecins, sont plus motivés et apprennent mieux :

- quand le contenu des activités de formation correspond à leurs préoccupations ;
- quand ils sont impliqués pour assurer la pertinence de l'activité, notamment pour préciser les objectifs ;
- quand ils sont, pendant l'activité, intellectuellement actifs et qu'ils peuvent apprendre les uns des autres en mettant leur expérience à profit ;
- quand ils peuvent mettre en pratique ce qu'ils ont appris dans un délai prévisible.

En corollaire, les activités de formation de professionnels d'expérience doivent se dérouler dans un climat qui favorise les échanges, doivent leur donner l'opportunité de collaborer pour apprendre et leur procurer le sentiment d'avoir progressé. C'est dire qu'un bon enseignant en formation continue n'est pas seulement un expert bon communicateur et bon motivateur; il doit avoir le souci de créer les conditions pour se « centrer sur le participant » en lui donnant l'opportunité d'apprendre de façon active et constructive. Regardons ce que cela veut dire concrètement pour trois activités fréquemment proposées en formation médicale continue, à savoir l'exposé magistral, la discussion de cas en groupe et l'atelier.

## *L'exposé magistral*

Lors de l'exposé magistral ou de la conférence, qui par essence même est centrée sur le professeur, l'enseignant davantage centré sur le participant se préoccupera de faire participer son auditoire à quelques décisions; même s'il est l'expert de contenu et contrôle le déroulement de l'activité, il veillera à rendre les participants actifs et à s'adapter à leurs réactions. Dans un but didactique, nous avons fait le choix de camper les pôles extrêmes afin que le lecteur se situe par rapport à ces deux pôles. Il faut comprendre qu'un enseignant se reconnaît plus en général vers la droite ou vers la gauche, mais qu'il peut adapter ses stratégies dépendant du contenu, de l'auditoire qu'il a devant lui et du temps dont il dispose, par exemple.

A l'aide du tableau ci-dessous, prenez le temps d'examiner vos propres pratiques

## *La discussion de cas en groupe*

Une des caractéristiques de la discussion de cas centrée sur le participant est que l'enseignant s'organise pour faire réfléchir les participants à partir de cas cliniques significatifs pour eux. De plus, il invite l'auditoire à poser ses questions et intègre les différents points de vue à la discussion. Ce faisant, il fait percevoir la pertinence de ce qui est appris et construit le contenu à partir des connaissances antérieures du groupe.

Cette fois encore, il serait intéressant d'analyser vos propres pratiques à la lumière de ce tableau ci-contre.

<b>L'enseignant davantage centré sur l'enseignant :</b>	<b>L'enseignant davantage centré sur le participant :</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Définit les objectifs.</li><li>• Délimite l'ampleur du contenu et son niveau d'expertise.</li><li>• Dit tout ce qu'il avait prévu de dire.</li><li>• Pose ses questions à l'auditoire au moment qui lui convient.</li><li>• Invite généralement l'auditoire à poser des questions après avoir conclu de sorte qu'il y répond parfois de façon insatisfaisante.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Définit les objectifs avec l'aide de représentants de l'auditoire (en les aidant, par exemple à identifier leurs besoins à partir des problèmes cliniques rencontrés).</li><li>• Prépare son contenu et son matériel de présentation de façon souple pour être prêt à s'adapter aux questions de l'auditoire.</li><li>• Pose des questions au début de l'exposé pour capter l'attention et pour percevoir les préoccupations des participants.</li><li>• Accepte de restreindre ou de modifier ce qu'il avait prévu de dire.</li><li>• Invite les participants à poser leurs questions au fur et à mesure de la présentations</li><li>• Répond aux dernières questions de l'auditoire avant de conclure l'exposé.</li></ul>

L'enseignant davantage centré sur l'enseignant :	L'enseignant davantage centré sur le participant :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définit les objectifs.</li> <li>• Apporte les cas qu'il a préparés.</li> <li>• Prépare ses questions pour stimuler la discussion.</li> <li>• Mène la discussion à partir de son expertise et de son point de vue.</li> <li>• Fait la synthèse de la discussion.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définit les objectifs avec l'aide de représentants de l'auditoire visé.</li> <li>• S'organise pour obtenir des cas de l'auditoire, avant ou pendant la rencontre.</li> <li>• Soumet les cas aux participants puis prévoit un temps de réflexion ou de travail en groupe avant de lancer la discussion.</li> <li>• Recueille et accueille les questions et le point de vue des participants.</li> <li>• Mène la discussion à partir des questions de l'auditoire complétées, au besoin, par les siennes.</li> <li>• Fait faire la synthèse de la discussion par un participant et la complète à la lumière de son expertise.</li> </ul>

### L'atelier, une activité souvent mal comprise

Beaucoup d'activités de FMC sont appelées « atelier » de façon abusive. Pour bien comprendre ce qu'est un atelier, il faut commencer par dire ce qu'il n'est pas. Depuis deux décennies dans les congrès médicaux, dès qu'une activité est offerte à un groupe restreint, qu'elle dure plus de 45 minutes et que l'auditoire peut poser quelques questions : il s'agit d'un atelier ! Pourtant, il ne suffit pas que l'auditoire puisse poser des questions au conférencier ni même que ce dernier propose quelques situations concrètes pour illustrer son propos pour que cet exposé, interactif certes, devienne un atelier.

L'atelier est une activité de formation qui a pris son élan dans la vague de l'éducation des adultes. Pour bien s'entendre, on a retenu la description que Jean, DesMarchais et Delorme<sup>14</sup> proposent dans la première édition de leur guide de formation pratique car elle s'adapte particulièrement bien à la FMC :

« L'atelier [...] permet aux participants d'acquérir de nouvelles connaissances, habiletés ou attitudes sur des sujets ou des problèmes d'intérêt commun. Il mise sur l'échange entre les participants et l'échange entre ceux-ci et les experts dans un climat de coopération. [...] Il est centré sur

le participant qui y tient un rôle actif. Il trouve bien sa place en formation continue où l'on s'adresse à des professionnels en exercice de sorte que l'on peut miser sur leur expérience antérieure et travailler à partir de problèmes concrets ».

Cette description met bien en évidence que les objectifs poursuivis dans un atelier peuvent être très diversifiés : acquisition de connaissances et de la démarche intellectuelle, maîtrise de techniques, modification de comportements, production d'idées, réflexion. Dans tous les cas, et c'est le point majeur de l'atelier, l'apprentissage est en lien avec la réalisation de tâches.

Sur le plan pédagogique, la spécificité de l'atelier est de proposer aux participants des tâches pertinentes, d'une ampleur raisonnable, de les mettre en situation pour les réaliser en collaboration avec leurs pairs et avec l'aide de l'expert ; ainsi on fournit aux participants des occasions d'apprendre à partir de ce qu'ils font, en réfléchissant sur leur démarche. L'atelier est fidèle au « *learning by doing* » de John Dewey<sup>15</sup>. Comme conséquence pratique, un atelier peut difficilement durer moins d'une demi-journée s'il on veut varier les activités et doit être planifié avec soin. Il faut bien saisir que si la conception et la planification restent plutôt contrôlées par l'enseignant, les activités et leur

déroulement doivent être le plus possible « centrées sur les participants ».

### Conclusion

Une fois que l'enseignant a fait et intériorisé le virage conceptuel qui l'amène à mieux se centrer sur le participant, il devient plus évident pour lui de faire les choix pédagogiques appropriés dans la conception et la réalisation des activités qu'il propose.

Pour faire ce centrage en formation continue, il est nécessaire que l'enseignant-expert :

- admette qu'il n'est pas le seul détenteur du savoir sur le sujet et mise sur les connaissances et les compétences de l'auditoire ;
- accepte de ne pas tout « couvrir » car tout n'est pas pertinent pour l'auditoire qu'il a devant lui ;
- réalise que l'apprentissage est un processus interne et personnel que l'on doit faciliter par ses interventions mais que l'on ne peut pas apprendre pour l'autre ;
- reconnaisse que la motivation à se perfectionner est intimement liée à la satisfaction que l'on a ressentie dans une expérience antérieure de même nature.

Enfin, lorsque l'on fait le choix de mieux se centrer sur le participant, il faut veiller au réalisme de l'ampleur des activités proposées car si « on peut enseigner vite, on n'apprend pas vite ! » (auteur inconnu mais plein de bons sens).

### Références

1. Davis BG. *Tools for teaching*. San Francisco (CA): Jossey-Bass, 1993.
2. Irby DI. *What clinical teachers in medicine need to know*. *Acad Med* 1994; 69(5) : 333-342.
3. Clavet D, Côté L, (1995). *Une conférence où j'ai beaucoup appris*. *Le Médecin du Québec*, Mars 1995: 33-39.
4. Barrows HS, Tamblyn RM. *Problem-based learning : an approach to medical education*. New York : Springer Publ, 1980.
5. Ausubel DP. *Educational psychology : a cognitive view*. New York : Holt, Rinehart and Winston, 1968.
6. Gagné ED. *The cognitive psychology of school learning*. New York : Harper Collins College Publ, 1993.
7. Tardif J. *Pour un enseignement stratégique. L'apport de la psychologie cognitive*. Montréal : Ed Logiques, 1992.
8. Gale J, Marsden P. *Medical diagnosis : From student to clinician*. Oxford : Oxford University Press, 1983.
9. Bordage G, Lemieux M. *Semantic Structures and Diagnostic Thinking of Experts and Novices*. *Acad Med* 1991; 66(9) : S70-71.
10. Custers E, Regehr G, Norman GR. *Mental representations of medical diagnostic knowledge : a review*. *Acad Med* 1996; 71 (oct suppl.) : S55-S61.
11. Bordage G. *Elaborated knowledge : A key to successful diagnostic thinking*. *Acad Med* 1994; 69(11) : 883-885.
12. Lemieux M, Bordage G. *Propositional versus structural semantic analyses of medical diagnostic thinking*. *Cognitive Science* 1992; 16 : 185-204.
13. Knowles MS. *The adult learner : a neglected species ?* Houston (Texas) : Gulf Publ, 1984.
14. Jean P, DesMarchais JE, Delorme P. *Apprendre à enseigner les sciences de la santé. Guide de formation pratique, 1<sup>re</sup> éd. 1987, Chap. 8.*
15. Dewey J. *Experience and education*. New York : Collier Books, 1963.