

Quels besoins enseigner, quel besoin d'enseigner ?

Charles HONNORAT*, Gwenola LEVASSEUR**

Résumé *Contexte* : Depuis plus d'un quart de siècle, les responsables de formation médicale continue ont pris comme règle de structurer les formations qu'ils organisent à partir des besoins de formation des participants. L'objectif de cette pratique est de garantir la pertinence de ces formations pour les apprenants. **Méthodes existantes** : De nombreuses méthodes de recueil des besoins ont été décrites. Plusieurs cadres d'analyse ont été proposés pour rationaliser la sélection opérée parmi les besoins exprimés. Malgré cela, les formations proposées restent variées et marquées d'une certaine diversité en fonction des intérêts des organisateurs, des formateurs, des participants et/ou des financeurs de ces actions. **Proposition** : Un autre cadre d'analyse de ces recueils de besoins a été proposé par Barbier. Il relativise la notion même de besoin et il permet une typologie plus ouverte des formations existantes. Il amène à différencier les formations selon qu'elles visent à répondre aux exigences du fonctionnement du système de soins, aux attentes des individus ou aux intérêts des groupes sociaux.

Mots clés Formation médicale continue ; besoins pédagogiques.

Summary *Background*: For more than twenty five years, continuing medical education providers have considered the assessment of the participants' needs as a standard rule to construct training activities. The aim of this approach is to guarantee the quality and relevance of the training. **Existing methods**: Numerous methods for needs assessment have been described and several frameworks for their analysis have been proposed. In spite of this, the trainings which are offered are still variable and function of financial conditions, organisers, trainers and trainees interests. **Proposal**: Barbier has proposed another frame of analysis in which the very notion of needs is different. It offers a more open typology of the current trainings and relevant skills to be acquired. Needs can be classified into those which respond to health care system priorities, to the individual's expectations or to the community's needs.

Key Words Continuing medical education ; educational needs.

Pédagogie Médicale 2001; 2 : 26-30.

Introduction

Notre société demande, sans cesse, à ses membres plus de gages d'efficience. Cette évolution générale n'épargne en rien l'enseignement. En ce qui concerne la formation continue des médecins, nous sommes ainsi conduits à présenter des outils de rationalisation de l'enseignement médical censés nous conduire à plus de rigueur et d'efficacité¹⁻³.

La planification d'une action d'enseignement comprend ainsi la détection des besoins puis le choix des objectifs

de formation, la mise en place des méthodes d'enseignement les plus efficaces ainsi que des outils d'évaluation de cette formation.

Il a beaucoup été dit et écrit sur tous ces points et notamment sur les besoins de formation, que ce soit d'un côté ou de l'autre de l'Atlantique²⁻⁹. On a décrit les meilleures façons de les recueillir et les différents modes d'analyse qu'on pouvait en proposer.

En France, l'introduction de la pédagogie par objectifs et de la nécessité d'une détection stricte des besoins de

*Département de Médecine Générale - Faculté de Médecine de Rennes - Président honoraire de l'UNAFORMEC
20 rue du Prieuré - 35590 Saint Gilles - France - Courrier électronique : charles.honnorat@uni-medecine.fr

**Département de Médecine Générale - Faculté de Médecine de Rennes - CS 34317 - 35043 Rennes cedex - France
Courrier électronique : gwenola.levasseur@uni-medecine.fr

formation doit beaucoup à l'UNAFORMEC^{3,10,11}. Ces méthodes ont été préconisées et mises en place systématiquement depuis 1975.

Ce faisant qu'a-t-on réellement fait ? A quoi aura vraiment servi la détection préalable explicite des besoins ? Avec un peu de recul, quel regard peut-on porter sur tout ceci ?

Nous envisagerons succinctement les techniques de recueil de besoins et les différents modes d'analyse qui ont été proposés et utilisés. Nous verrons en quoi l'approche qu'en propose Barbier^{12,13} permet de porter un regard nouveau sur ces démarches classiques, sur leur utilité et sur leurs limites.

1. Les modes de recueil des besoins de formation

L'organisation de la formation professionnelle est sous-tendue par l'idée que la qualité principale d'un programme de formation est la pertinence, c'est-à-dire que le but d'une formation est de permettre au participant d'aborder efficacement et de façon compétente les problèmes qu'il rencontrera effectivement au cours de son activité professionnelle.

Les besoins de formation des médecins peuvent être recherchés auprès des interlocuteurs les plus variés et les plus nombreux :

- médecins participants eux-mêmes ;
- partenaires professionnels (confrères de la même spécialité, confrères d'autres spécialités concourant à la prise en charge commune des patients, administration de la santé, caisses de Sécurité sociale, industriels de matériels médicaux ou de l'industrie pharmaceutique, etc.) ;
- patients, familles de patients, associations de patients, associations de consommateurs ;
- observateurs extérieurs de l'activité des participants (universitaires, observatoires de santé, observatoires économiques).

Les techniques de recueil de ces « besoins de formation » sont nombreuses. Leur description a fait l'objet de tant de publications qu'il n'est pas question d'en faire ici le relevé exhaustif. Entrevues individuelles, questionnaires écrits, discussions de groupes, tests de connaissances, évaluation des pratiques professionnelles individuelles (évaluation des dossiers patients par exemple) ou collectives, tests de pratique sur patients standardisés, relevés

d'incidents, et bien d'autres ont ainsi été décrits, préconisés, critiqués selon les temps et les lieux.

Ces techniques de recueil peuvent être regroupées ainsi en trois grandes catégories : analyses de pratique (recueil d'incidents par le professionnel, le patient ou des observateurs extérieurs), analyse de tâche (auto-analyse, observation extérieure ou analyse théorique) et analyses bibliographiques portant sur les effets de la pratique médicale. Toutes ces approches peuvent être légitimes selon le mode d'organisation de la formation. Elles sont souvent complémentaires. Leur diversité permettra d'aborder toutes les facettes d'une formation. Il restera cependant à faire un choix parmi des éléments qui sont rapidement trop nombreux et parfois contradictoires.

2. L'analyse pédagogique des besoins de formation recueillis

A partir de ce travail de recueil et de classement, plusieurs cadres d'analyse ont été proposés pour rationaliser les critères de choix des besoins de formation qui seront retenus.

Besoins ressentis et scotomes

Certains besoins quoique reconnus par d'autres participants ou par des observateurs extérieurs ne sont pas reconnus comme tels par les participants. Scharf⁶ voyait là des scotomes des participants qui ne percevaient pas des besoins pourtant réels. D'autres auteurs ont également proposé de distinguer les besoins perçus, non perçus ou mal perçus. Cette non-perception de besoins pourtant évidents aux yeux d'observateurs extérieurs, peut être attribuée soit à des mécanismes de défense de la part du participant, soit à une méconnaissance profonde d'une partie de sa pratique (par définition, on ne reconnaît que ce que l'on a déjà connu).

L'école canadienne de Montréal et de Sherbrooke⁴ a distingué les besoins ressentis par les participants des besoins « démontrés ». Ces derniers seraient ceux qui apparaissent à un observateur de la pratique professionnelle des participants, en fonction de sa propre expertise et de la norme professionnelle admise.

Besoins ressentis et besoins réels

Inversement, des « besoins » peuvent être recensés sans qu'ils correspondent à de réels besoins de formation. L'explication en serait à rechercher dans la confusion entre l'analyse des besoins de formation et l'intérêt que tel ou tel partenaire peut porter à un aspect de la pratique professionnelle. Le point soulevé, quelque important qu'il soit, peut ne pas nécessiter de modification du comportement professionnel. La technique FGP proposée par d'Ivernois¹⁰ vise à apporter une réponse précise à cette question.

Quand le besoin exprimé justifie un changement de comportement, ce n'est pas toujours la formation du praticien qui permettra le mieux de l'obtenir. Certaines évolutions relèvent plus certainement de la modification réglementaire ou de la création de structures nouvelles.

Ces distinctions montrent bien que les techniques de recueil de besoins, aussi sophistiquées soient-elles ne suffisent pas à elles seules à définir de façon indiscutable un contenu d'une formation.

Plusieurs observations peuvent être faites face à ces tentatives de rationalisation¹⁴ :

- Les questionnaires, interrogatoires, entretiens permettent, à l'occasion d'une formation, d'enregistrer des demandes qui traduisent des insatisfactions de l'interlocuteur. Ces différentes insatisfactions ne sont pas nécessairement convergentes. Elles ne traduisent pas forcément des dysfonctionnements de la pratique médicale.
- Les besoins peuvent également être définis par observation d'une performance professionnelle réelle. La performance peut être insuffisante par défaut de compétence (on est alors effectivement devant un besoin de formation). Elle peut aussi être insuffisante pour d'autres raisons, d'ordre matériel, psychologique, administratif, économique, et alors, ce n'est pas une formation qui résoudra au mieux ce défaut de performance.
- Les spécialistes médicaux, les plus titrés soient-ils ne sont pas toujours les mieux placés pour dire ce que doit être la norme de pratique d'un autre médecin. Un universitaire de pratique hospitalière peut, à juste titre, défendre un mode de pratique qui se révélera tout à fait inadapté en médecine libérale où les moyens disponibles, l'utilisation du temps dans la démarche diagnostique ou thérapeutique sont tout à fait différents.

Le terme de « besoin démontré » reste ainsi ambigu.

• D'un point de vue strictement pratique, nous ne devons pas oublier que c'est essentiellement auprès du participant qu'il convient de démontrer la nécessité d'une formation. C'est lui et lui seul qui doit être motivé pour apprendre ce qui est nécessaire à son exercice, qui doit être convaincu de la pertinence de ce qu'on lui propose. La discussion des besoins recensés gagnera, sans doute, à être alors discutée entre pairs. La détection des besoins de formation vise à rendre plus rationnelles les formations organisées. Ici ou là, avec des mots et des classifications différentes, les mêmes problématiques ont été soulevées. Les critères d'analyse qui sont utilisés partent généralement de l'idée qu'il existe des besoins réels démontrés de formation. Or des points de vue différents, complémentaires, voire opposés, émergent de ces confrontations. Un arbitrage est nécessairement fait entre ces opinions diverses. Il est toujours de la responsabilité de l'organisateur de la formation. Un travail de recensement resterait à faire sur l'impact réel de ces démarches sur le contenu des formations qui en ont bénéficié.

3. Analyse sociale des recueils de besoins de formation

Une tout autre approche de ces besoins de formation a été faite par Barbier^{12,13}. Il a inversé la problématique. Au lieu de chercher à définir les besoins de formation qui devaient être satisfaits, il a observé la démarche de détection et d'analyse des besoins mise en place.

Il a relevé les modes de détection de besoins utilisés, observé le rôle que jouaient les organisateurs et les animateurs de la formation, relevé les justifications qui étaient faites de la pertinence des formations proposées. Ceci l'a conduit à proposer une typologie des formations en trois classes en fonction des modes de détection des besoins qui avaient été réalisés, et des rapports existant entre l'organisateur et les participants :

3.1. La réponse aux exigences du fonctionnement du système de soins

Dans cette catégorie, la détection des besoins compare principalement les compétences requises pour un travail et les performances effectives des individus. Elle n'implique pas nécessairement le recueil des attentes des participants. L'animateur œuvre comme un agent

d'organisation du système de santé. Le participant est objet d'une formation à la définition de laquelle il ne collabore guère. Il doit s'adapter au système dans lequel il travaille. Les besoins de formation sont considérés comme des entités réelles et indiscutables.

3.2. La réponse aux attentes des individus

Ici, la détection des besoins se fait principalement à partir des attentes des participants. L'animateur est au service du groupe et crée des lieux d'expression où l'on peut explorer les attentes individuelles et collectives. Les intéressés sont les sujets de leur formation qu'ils choisissent en toute responsabilité. Dans une telle conception les besoins n'existent pas en soi. Il n'existe que des désirs que la détection des besoins doit faire émerger. Ce travail augmente la « métacognition » des participants. L'analyse des tâches et des compétences n'est ici, au mieux, que des éléments de réflexion des participants dans la définition de la formation dont ils ont besoin.

3.3. La réponse aux intérêts des groupes sociaux

Les besoins de la formation sont dictés par la situation de travail des participants telle qu'elle est analysée par le groupe social initiateur de la formation. Les objectifs de formation qui en découlent sont principalement orientés vers l'action collective. L'intéressé est à la fois objet et acteur de sa formation. Il ne peut influencer sur la formation qu'en s'insérant dans le groupe social considéré. Le champ d'action du participant ne s'exerce qu'au travers du groupe dont il fait partie.

Cette typologie permet de comprendre les différences que l'on peut constater entre diverses formations et fournit un outil d'analyse qui permet de comprendre dans quelle légitimité on se trouve pour parler de besoins réels ou de besoins « non-perçus ». Elle replace les organisateurs et les participants sur un même plan. Elle permet également de percevoir les risques de manipulation qui peuvent découler de l'analyse des besoins en glissant d'une logique à l'autre, faisant par exemple passer des besoins définis par le système de santé par analyse de tâches comme des besoins plus ou moins définis par les participants eux-mêmes. Il apparaît dans tous les cas de figure, le pouvoir important de l'organisateur qui met en scène cette détection des

besoins.

Dans cette optique, l'analyse des besoins apparaît principalement comme une mise en scène des demandes des différents groupes sociaux destinée à aboutir à une négociation et une acceptation par tous des besoins retenus.

Conclusions

Si l'expression « besoin ressenti » semble claire, les expressions « scotomes », « besoins réels », « besoins démontrés », prêtent par essence à discussion. Ils sous-entendent qu'il existerait une réalité absolue des besoins de formation. L'expérience que nous avons développée depuis une vingtaine d'années nous fournit bien des exemples inverses. Le champ de la formation est un enjeu de pouvoir tant intellectuel et scientifique qu'économique dans lequel les uns et les autres ont des rôles divergents.

Les besoins de formation n'ont sans doute pas d'existence eux-mêmes. Ils constituent un mode intéressant de mise en scène des attentes des différents partenaires afin de produire des objectifs de formation admis par le plus grand nombre. Cette procédure vise à faire coïncider au sein de la formation les attentes des participants et les exigences de la collectivité.

La détection des besoins de formation ne constitue pas uniquement une étape technique de la planification de l'enseignement. Elle implique l'énoncé de jugements, tant sur le rôle que doivent remplir les participants que sur la qualité de leur travail. Rien de tout cela n'est neutre.

La participation à l'analyse de ses propres besoins de formation constitue en soi une activité hautement formatrice, renforçant la « métacognition ».

Plutôt que de rechercher à définir les canons de formations parfaites, il convient de chercher à les définir pour ce qu'elles sont, dans le respect de leurs différences.

Cette vision devrait faire abandonner de notre vocabulaire tous critères absolus qui, s'ils ont le mérite de nous rassurer, limitent fortement la richesse de nos analyses et contiennent en germe des risques importants de mystifications voire de manipulations.

Références

1. Guibert J.-J. *Guide OMS de formation des personnels de santé*. Organisation Mondiale de la Santé. Genève, 1990.
2. Mager RF. *Comment définir des objectifs pédagogiques*. Paris : Dunod, 2^e édition, 1994.
3. Scharf G. *Manuel pratique de la FMC*. Bayonne : Éditions Intergraphe, 1977.
4. Jean P, Des Marchais JE, Delorme P. *Apprendre à enseigner les sciences de la Santé. Guide de Formation pratique*. Facultés de Médecine des Universités de Montréal et de Sherbrooke : 4^e édition, 1993.
5. Jennet PA, Laxdal OE. *Assessing Educational Needs in Medical Practice : Guidelines for the CME Planning Committee Member*. *Canadian Family Physician* 1984 ; 30 : 1917-22.
6. Lockyer J. *Needs assessment : lessons learned*. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 1998 ; 18 : 190-92.
7. Moore DE. *Needs assessment*. In *Continuing medical Education : A Primer (2nd edition)*. New York : Praeger Publishers, 1992: 42-51.
8. Moore DE. *Needs Assessment in the New Health Care Environment : Combining Discrepancy Analysis Outcomes to Create more effective CME*. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 1998 ; 18 : 133-41.
9. Parboosingh J. *Role of Self-Assessment Identification of Learning Needs*. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 1998 ; 18 : 213-219.
10. d'Ivernois JF. *Un instrument pour l'évaluation des besoins en formation médicale continue : la méthode FGP*. *Bulletin de l'ASFORMED* 1978 : n° 8 Novembre.
11. Gallois P. *Importance de l'évaluation des besoins en matière de FMC*. *Bulletin de l'ASFORMED* 1979: n° 3 Mars. In *Concours Medical* 1979 ; 101 : 2207-10.
12. Barbier JM. *L'analyse des besoins en formation*. Paris : Editions Robert Lauze, 2^e édition, 1986.
13. Bourgeois E. *L'analyse des besoins de formation dans les organisations : un modèle théorique et méthodologique*. *Mesure et évaluation en éducation* 1991 ; 14 : 17-60.
14. Honnorat C. *Besoins et Objectifs de formation : Détection, Sélection*. In P Gallois (Ed) *La Formation Médicale Continue : Principes, Objectifs, Méthodes et Évaluation*. Paris : Editions Flammarion, 1997, Ch. 31 : 114-16.

Erratum

La première phrase du deuxième paragraphe de l'article de Serge QUÉRIN intitulé « Observations sur le vocabulaire de la pédagogie médicale » paru dans le premier numéro de la revue (p. 31) devrait se lire comme suit : « Commençons par une expression que la plupart des francophones identifieront sans doute comme un anglicisme : l'emploi d'études prégraduées (de l'anglais undergraduate) pour études de premier cycle. »

Tribune

Pédagogie Médicale

Observations sur le vocabulaire de la pédagogie médicale

Serge QUÉRIN

Le vocabulaire médical français est souvent influencé par la langue de Shakespeare. A côté de termes empruntés tels qu'il s'agit de dire une série de mon qui ont une consonance bien française mais qui sont employés dans un sens qui le rime, en français, qu'en anglais. Ces « faux-amis » représentent en fait la majorité des anglicismes médicaux. Le vocabulaire français de la pédagogie médicale subit la même influence. Le premier Forum international francophone de pédagogie médicale, tenu à Québec du 18 au 20 mai 2006 a fait la preuve de la vitalité de cette discipline tant au Québec qu'en Europe et en Afrique francophones. On peut penser que le recueil des textes des présentations à ce forum constitue un échantillon représentatif d'écrits en

vivre : bonne conduite en société et formation et information reçues par une personne durant ses années d'études ». À l'usage, formation, il précise que ce dernier terme, qu'il s'agit d'abord défini comme l'ensemble des connaissances théoriques et pratiques qui ont été acquises dans un domaine donné, désigne en fait « un aspect de l'éducation, celui de la recherche et d'une organisation interne, chez le sujet, composée d'une diversité de développements ». Enfin, Legendre établit une distinction entre éducation continue, éducation structurée, qui fait suite à la période de scolarité obligatoire jusqu'à inclure l'éducation supérieure, et formation continue, « [...] sous toutes ses formes d'enseignement ou de formation post-universitaire ou ceux qui ont suivi l'éducation formelle [...] ou