

Vers une formation pertinente des personnels de santé. Pourquoi cela prend-t-il du temps ? Que faire ?

Jean-Jacques GUILBERT*

Résumé Depuis l'ouvrage de G. Miller « *Teaching & Learning in medical school* » paru en 1962, les principes, concepts et méthodes visant à améliorer la pertinence et l'efficacité de la formation des médecins ont été amplement décrits dans la littérature. Malheureusement, dans environ 95 % des facultés de médecine à travers le monde, ces principes n'ont pas encore été mis en place.

Les enseignants des facultés qui ont introduit des « innovations » décrivent parfois ce qu'ils font. Mais ils n'expliquent pratiquement jamais comment ils sont parvenus à surmonter les obstacles et à survivre malgré les contraintes. Ceux qui ont fait des tentatives infructueuses restent muets. Il serait pourtant bien instructif qu'ils fassent connaître pourquoi ils ont échoué.

Dans les deux cas, le processus de changement reste un mystère.

L'auteur exprime son opinion sur quelques contraintes et obstacles, mais il a surtout pour but d'inciter ses collègues à faire connaître le pourquoi et le comment de leurs succès ou de leurs échecs.

Mots clés Facultés de médecine ; innovation ; stratégies de changement ; obstacles ; contraintes.

Summary Since the seminal « *Teaching & Learning in medical school* » appeared in 1962, many articles have been published, about principles, concepts and methods related to relevance and efficiency of medical education. Unfortunately in 95 % of medical schools these principles are yet to be applied.

Some of the teachers who have introduced « innovations » describe the results obtained. But most of the time they do not explain how they managed to overcome obstacles and deal with constraints.

Those who failed in their attempts remain silent. It would be quite illuminating to learn why they failed.

In both cases the change process remains not known.

The author expresses his opinion concerning some of the constraints and obstacles but his main intent is to stimulate colleagues to share with others the « why » and the « how » of their success or failure.

Keywords Medical schools; innovation; strategies for change; hurdles; constraints.

Pédagogie Médicale 2003 ; 4 : 35-41

Introduction

Depuis près d'un demi-siècle les revues d'éducation médicale présentent des principes, concepts et méthodes dans le but d'améliorer la pertinence et l'efficacité de la formation des médecins. En effet, on peut situer le début d'un renouveau vers le début des années 60, grâce aux initiatives prises par les professeurs Georges E. Miller (un

clinicien) et Stephen Abrahamson (un éducateur) de l'Université de Buffalo (Etat de New-York). En publiant en 1962 leur ouvrage « *Teaching & Learning in medical schools* »¹, ils vont mettre en place une nouvelle école de pensée et un champ de recherche en éducation des sciences de la santé qui, jusqu'alors, étaient restés à un niveau de professionnalisme insuffisant.

*Correspondance : Jean-Jacques GUILBERT - 15 avenue du Mail - CH-1205 Genève - mailto:guilbert.j-j@hcuge.ch

Le message de 1962

Le point fondamental résultant des travaux de Miller et d'Abrahamson¹ est l'accent mis sur le processus d'apprentissage (« *learning* ») sous le contrôle de l'étudiant avec l'aide de l'enseignant par opposition à la situation prépondérante qui est centrée sur l'enseignement (« *teaching* »). Ils insistent sur le caractère motivant de l'approche centrée sur l'apprentissage et ils mettent en valeur les facteurs émotionnels qui l'influencent. Pour eux une formation fructueuse dépend, surtout, de ce que fait celui qui apprend afin de satisfaire à ses besoins et atteindre ses buts, la fonction des enseignants étant de les y aider.

D'autres auteurs dans le reste du monde, au cours du dernier quart de siècle, ont développé à la suite les thèmes suivants :

- l'importance de la pertinence de la formation par rapport aux problèmes de santé de la population ;
- l'importance du respect des valeurs des patients, des étudiants, des collègues, etc.
- l'importance de la qualité de la communication interpersonnelle ;
- l'utilité de définir explicitement le profil professionnel (donc des objectifs d'apprentissage) comme base de la planification d'un programme de formation ;
- l'importance du niveau de validité des examens de certification ;
- et à la base une culture classique : « Des têtes bien faites plutôt que des têtes bien pleines ».

La Fédération Mondiale d'Éducation Médicale a confirmé ces orientations en 1988 dans la Déclaration d'Édimbourg².

Mais, sur plus de 1600 facultés de médecine et des dizaines de milliers d'écoles de formation d'autres personnels de santé, moins de 5 % ont plus ou moins mis en œuvre ces principes. J'ai défendu ces thèmes tout au long de ma carrière. J'ai participé à leur développement. Ce sont les thèmes principaux du Guide Pédagogique de l'OMS. J'ai entendu les plaidoiries de trop de conférenciers convaincus, de congrès en congrès, sous toutes les latitudes, du nord au sud de la planète. Pris un à un ces thèmes n'ont rien de bien révolutionnaire. Ce sont des thèmes presque « à la mode » dont on parle volontiers pendant les pauses lors des congrès médicaux. Pour tenter d'expliquer pourquoi leur implantation prend tant de temps, je voudrais commencer par une description de quelques obstacles et contraintes.

Sait-on pourquoi leur mise en application est si rare ?

Les enseignants ayant introduit des « innovations » en relation avec ces thèmes décrivent parfois ce qu'ils font dans des revues spécialisées. Mais ils n'expliquent que très rarement comment ils sont parvenus à surmonter les obstacles et à survivre malgré les contraintes^{3,4}.

Quant à ceux qui ont fait des tentatives infructueuses pour introduire des innovations en relation avec ces thèmes ils restent discrets et muets. Il serait pourtant bien instructif qu'ils fassent connaître pourquoi ils ne sont pas parvenus à surmonter les obstacles et à s'accommoder des contraintes.

Dans les deux cas le vécu du processus de changement, fort instructif, reste non connu. Il existe des descriptions brillantes certes, mais théoriques⁵⁻¹⁴.

Quels sont les obstacles ? Quelles sont les contraintes ?

Les règlements ministériels nationaux concernant les programmes d'enseignement et les examens de certification sont un obstacle sur la voie de la pertinence par rapport aux problèmes de santé de la population

Les programmes d'enseignement de la plupart des états sont régis par des textes ministériels qui doivent être appliqués par chaque faculté. Cette centralisation est un obstacle à toute tentative d'expérimentation pédagogique. Par contre il est normal, afin de protéger la population contre des personnels de santé incompetents*, que les examens de certification soient les mêmes pour chaque faculté d'un pays, voire même de tous les pays d'une communauté de pays.

Malheureusement dans la quasi totalité des cas, les examens nationaux ne vérifient que la puissance de mémorisation de connaissances factuelles plus ou moins isolées. Les épreuves ne vérifient pas si chaque diplômé a atteint un niveau acceptable de performance professionnelle. Cela n'est pas étonnant car la description explicite de ce « niveau acceptable de performance professionnelle » manque ; or, c'est l'outil indispensable.

Cet outil, pour améliorer la validité des examens de certification, c'est la définition du profil professionnel du personnel de santé concerné. Depuis plus de 30 ans, l'OMS a recommandé que soient définis des profils professionnels pertinents selon les besoins spécifiques des pays. C'est tout récemment qu'en Europe des Profils Professionnels (du médecin, de l'infirmière, du physiothérapeute) sont proposés**. Ils permettraient d'amélio-

rer le niveau de validité des examens s'ils étaient utilisés. Ce n'est malheureusement pas encore le cas.

La séparation entre les sciences de base et les sciences cliniques est historique, arbitraire et néfaste

Fait-on vraiment dans les programmes imposés aux étudiants une trop grande part aux sciences fondamentales ? C'est une question dont on débattrait aussi longtemps qu'il y aura des enseignants d'origine et de formation diverses, dont les opinions différentes reflètent les expériences et les intérêts particuliers. Malheureusement, aucun d'entre eux séparément ne peut apporter des données objectives à l'appui de son opinion. Ils défendent leur territoire et souffrent à un degré plus ou moins élevé de la « couverture »^{15***}.

Les enseignants restent sourds aux propositions de programmes intégrant dans lesquels les sciences de bases ne seraient plus enseignées seulement avant les sciences cliniques, mais apprises, tout au long du programme, dans un contexte professionnel par la méthode de l'apprentissage par problèmes. Effectivement en plus du problème de « quantité » il y a celui du « moment » où cet apprentissage est le plus utile.

La séparation entre les sciences de base et les sciences cliniques a commencé à se manifester en même temps que la massification estudiantine au début du siècle dernier. Elle va à l'encontre d'une approche holistique. Elle renforce un enseignement centré sur les disciplines. Elle retarde le contact formateur avec les réalités professionnelles. La prévalence des conférences magistrales comme méthode d'enseignement empêche l'acquisition d'une pensée scientifique au profit d'une simple mémorisation de données scientifiques contrôlées par chaque discipline d'enseignement. L'impact négatif du fossé clinique/préclinique est aussi renforcé par une organisation des examens centrée sur les disciplines et sur la mémorisation. Il serait préférable que cette séparation disparaisse. Les étudiants prendraient connaissance des principes et concepts scientifiques tout au long de la durée du programme afin d'être capables de justifier chaque acte professionnel. Dès le premier jour et tout au long du programme les étudiants seraient confrontés

avec des situations courantes dans leur futur milieu professionnel. C'est l'apprentissage par problèmes (PBL en Anglais) dont les convaincus chantent les vertus à d'autres convaincus.

Le pouvoir incertain des cadres des facultés

Les Facultés de médecine et autres centres de formation de personnels de santé, comme bien d'autres organisations administratives, sont organisés selon une structure hiérarchique. La structure de base remonte à la période médiévale européenne. Ce n'est pas vraiment une hiérarchie militaire typique (même si des uniformes, avec indication chromatique de grades, sont portés lors de cérémonies officielles). Ce n'est pas non plus une structure d'entreprise commerciale même si les facteurs économiques jouent un rôle de plus en plus crucial. Le patron (Doyen, Directrice, etc.) est en général élu pour une période limitée, entre 2 et 5 ans, parfois renouvelable, trop courte pour vraiment agir. Il est choisi de préférence s'il est perçu comme quelqu'un qui ne fera pas trop de vagues, ce qui ne favorise pas le changement. Son « programme » est le plus souvent non connu et s'il est explicité, ce qui est très rare, exprimé en langage politiquement correct et artistiquement vague. Il n'a pratiquement jamais bénéficié d'une formation en science de l'éducation ni en gestion d'entreprise. Il est parfois le doyen d'âge et presque toujours plus proche de l'âge de la retraite que le reste de son personnel ce qui favorise l'attentisme. Il est entouré d'un personnel restreint pas spécialement formé pour mettre en œuvre des stratégies de changement. Son pouvoir d'action est limité par de nombreux textes réglementaires ministériels ou internes dont il hérite sans pouvoir les modifier et sans bien savoir en utiliser les interprétations possibles.

Certains sont motivés et ont un vrai programme avec des idées novatrices, ils sont soutenus par leur Conseil et par les étudiants, ils ont une vaste expérience professionnelle, une habileté reconnue en matière de planification de l'éducation, une personnalité de chef et une réputation internationale de chercheur. Ils sont apparemment très rares, ce qui expliquerait en partie pourquoi les changements le sont aussi. Il serait instructif que, quel

* Un rapport de 1999 de l'Institut de Médecine des Etats-Unis indique 98.000 morts évitables causées annuellement par le corps médical. « Remarks by the President on health care », concerning the Report of the Institute of Medicine, The White House, Washington, December 7, 1999.

** Blueprint 1994. The training of doctors in the Netherlands. J.C.M. Metz et al. University of Nijmegen. 1994 / Swiss catalogue of Learning Objectives for undergraduate medical training. Joint commission of the Swiss medical Schools. October 2001 - www.IAWF.unibe.ch/objectives. Le Profil Professionnel des infirmières a été fort bien défini en Italie (Linee Guida per un Progetto di formazione di base dell'infermiere. IPASVI - Roma 1999). Un projet similaire est en cours de réalisation par l'association nationale des physiothérapeutes italiens.

que soit leur profil, ces dirigeants racontent comment ils sont parvenus à surmonter les obstacles et à survivre malgré les contraintes ou pourquoi ils n'y sont pas parvenus.

Les enseignants n'ont pas de formation en science de l'éducation

L'absence de formation pédagogique des enseignants est considérée sans exception par la hiérarchie universitaire comme une « contrainte importante ». L'idée que la formation des personnels de santé devrait être orientée vers les besoins de santé de la population ne vient pas spontanément à l'esprit des enseignants lorsqu'ils planifient un programme de formation. Ils n'éprouvent pas le besoin d'être guidés et de guider les étudiants grâce à une définition explicite d'une prise de position exposant les orientations de la formation. Ils participent à la formation de leurs cadets sans avoir une description du genre de personnels dont la population a besoin. Les profils professionnels restent implicites.

Les enseignants et les étudiants sont tellement habitués au processus classique d'enseignement que l'idée de faciliter l'auto-apprentissage leur paraît étrange et risque de conduire à ne pas « couvrir » le programme. Un commentaire assez fréquent chez les étudiants est assez révélateur. « Ce qui m'inquiète, dans l'utilisation d'une approche d'apprentissage par problèmes, c'est l'idée qu'il puisse y avoir des trous dans mes connaissances théoriques et pratiques... alors que le système actuel par conférences magistrales est très systématique et couvre (je l'espère) l'ensemble des connaissances à avoir ». On peut se poser la question : les étudiants comme leurs enseignants souffriraient-ils de la « couverture » ?***. La réponse est positive, hélas !

Ils n'ont vraisemblablement pas réalisé que, lorsqu'ils ont obtenu leur diplôme de base, personne n'avait réellement mesuré leur niveau de compétences professionnelles. Ils ne sont donc pas étonnés que cela continue. « Malheureusement », dit la hiérarchie universitaire, « le mode de sélection des enseignants ne vérifie pas leurs compétences dans ce domaine ». On ne vérifie pas non plus s'ils savent ou ne savent pas utiliser des « stratégies de changement ».

La « culture et les valeurs » prévalentes au sein du personnel enseignant et des étudiants ne sont pas favorables au changement

Cette « culture de l'éducation médicale » est définie¹⁶ comme « un environnement, un climat (fait de valeurs, de prises de position, de mythes et de légendes) favorable à un enseignement et un apprentissage efficaces ». En 1995 j'ai eu l'occasion de faire une enquête sur ce sujet¹⁷. Les enseignants ont indiqué qu'« une orientation vers les besoins de santé de la population risque de susciter une forte résistance des enseignants des sciences de base (de première année) dont la seule idée est de couvrir leur discipline, que ce soit pertinent ou pas pour la pratique médicale ». (*Climat défavorable*).

En ce qui concerne la définition explicite d'une politique de formation, les étudiants sont tous d'accord pour penser que « le maintien fructueux des changements » (résultant d'une réforme) « dépend d'une formulation explicite des buts et de leur bonne compréhension par les enseignants et les étudiants ». (*Climat favorable*). La position de la hiérarchie enseignante est beaucoup plus ambiguë. « La définition d'une politique explicite peut devenir une contrainte si, mal comprise, elle est considérée comme une atteinte à la liberté académique. Et si, par paresse, on n'a pas envie de changer, cette définition est considérée comme un surcroît de travail inutile ». (*Climat défavorable*).

Au sujet du profil professionnel une très grande majorité des étudiants pense que si cette définition n'est pas faite cela aura « une influence négative sur le programme ». (*Climat favorable*). La hiérarchie reconnaît et tolère que « dans leur majorité les compétences correspondant aux fonctions professionnelles ne sont pas mesurées par les examens qui conditionnent l'exercice de la médecine. Celles qui sont mesurées le sont avec un degré de validité très faible, sauf dans le cas de la fonction curative ». (*Climat défavorable*).

Concernant le concept de l'apprentissage centré sur l'étudiant, on sait que presque tout ce que devra apprendre n'importe quel professionnel de la santé, dans les quarante années ou plus de vie professionnelle qui suivront sa formation initiale, le sera par auto-apprentissage. Il y a, sur ce point, un désaccord important entre l'opinion des étudiants et celle des enseignants.

D'un côté les étudiants pensent qu'il « faut leur laisser le plus possible d'indépendance et de responsabilité dans leur propre apprentissage ». (*Climat favorable*). De leur

*** La « couverture » est « une attitude d'esprit plus ou moins violente, consciente ou inconsciente de la part d'un enseignant (ou d'un étudiant) tendant à vouloir couvrir un sujet, thème ou partie du contenu d'un cours ou d'un programme » (voir Guilbert, 1994).

côté, les enseignants disent que « l'enseignant est celui qui sait le mieux ce qu'il doit enseigner ». Une telle liberté offerte aux étudiants « va miner la liberté d'enseigner (...) transformer l'Université en écoles professionnelles et conduire à une approche scolaire » (au sens péjoratif de ces termes). (*Climat défavorable*).

Les étudiants pensent que leurs enseignants « ont tendance à éviter de devoir se remettre en question et à confronter des réalités parfois pénibles ». La hiérarchie universitaire reconnaît que cette crainte existe chez les enseignants. « Personne n'aime que l'on découvre ses faiblesses, c'est un réflexe humain. » Parmi les objections exprimées : « C'est de la démagogie, les étudiants doivent accepter l'autorité du professeur, ils n'ont pas la maturité ni le recul nécessaires pour juger. Cela va conduire à une dévalorisation de l'enseignement ». (*Climat défavorable*).

« C'est la faute du Système ! »

La « culture de l'éducation médicale » a aussi une autre composante. C'est « Le Système ». Un collègue nord-américain qui a une longue et brillante expérience dans ce domaine pense**** que « Ce ne sont pas les enseignants qui sont fautifs. C'est le Système ! » Les enseignants se conforment aux règles du Système. Le Système les recrute sous le titre d'enseignants, comme professeurs, pour enseigner. Puis ils réalisent que le succès de leur carrière dans le Système va dépendre de leur travail comme clinicien ou comme chercheur et qu'ils seront jugés par leurs pairs à l'aune de leurs publications scientifiques. La réalité est que le Système les pénalise s'ils passent leur temps à préparer leur enseignement et à enseigner. Et s'ils émettent des critiques contre le Système, ils courent le risque d'être éjectés du Système. Un enseignant soucieux de sa carrière n'a donc aucun avantage à se mêler d'éducation. Dans le monde médical académique il est bien connu que la construction d'une carrière professionnelle profitable se fera sur la base de l'expertise clinique et des publications « scientifiques ». Un intérêt dévoilé en éducation des sciences de la santé est une forme lente de suicide professionnel.

Bilan des situations concernant les buts et les objectifs pédagogiques

Il est étrange de voir combien les facultés se montrent souvent défaitistes quand il s'agit d'innover. Les institutions de formation ont des buts complexes (soins aux

malades, enseignement, recherche), souvent conflictuels, et en perpétuelle compétition sur le plan des crédits, des personnels et des locaux. L'environnement, la culture ambiante, ne sont pas propices à l'innovation. De façon générale, ces institutions ont rarement précisé leurs buts sous forme d'objectifs explicites et concrets. Un but adéquat pour l'un est souvent loin de l'être pour un autre. Pour éviter des confrontations, tout au plus visent-elles des objectifs pédagogiques assez vagues, ayant de la peine à les exprimer en termes clairs et mesurables.

Ce manque de clarté est, en grande partie, responsable de la mauvaise corrélation entre objectifs et stratégie. La situation est encore compliquée par le manque de consensus sur le choix des théories tenues pour optimales en ce qui concerne la direction du changement concernant le programme des études.

En général, une institution de formation établit sa programmation par le mécanisme des comités. Les membres en sont désignés selon le principe d'une représentation par discipline/département. C'est là un point qui a une grande importance si l'on envisage d'introduire un optimum d'intégration dans le programme d'études car cela est susceptible de remettre en question l'indépendance des différents départements. L'autonomie traditionnelle des départements est un facteur négatif, inhibant le processus d'évolution et les tentatives de changement.

Habituellement, les étudiants se plaignent que le programme est trop chargé, que son contenu est mal adapté au but final (non défini) des études, et que pour certains problèmes de santé il n'y a pas de corrélation entre les différentes parties du cours. C'est une partie des symptômes concernant les maladies du curriculum décrites par Abrahamson¹⁸. Pris individuellement les enseignants admettent que l'on pourrait mieux faire. Mais l'expérience a appris aux enseignants que consacrer du temps à des activités pédagogiques plutôt qu'à la recherche ou à la clinique réduit leurs chances d'avancer dans leur carrière professionnelle.

Estimation des besoins

Une institution peut ressentir le besoin de transformations impliquant une nouvelle conceptualisation de sa politique éducative, de ses objectifs, de ses méthodes d'enseignement et d'évaluation. Elle peut seulement ressentir un mécontentement diffus vis-à-vis du modèle traditionnel d'enseignement. En ce qui concerne la

**** Stephen Abrahamson. Ancien directeur du Département de recherche en éducation médicale. University of Southern California. Los-Angeles. Communication personnelle (1999).

planification des programmes d'études, le manque de buts clairs pour les changements à opérer et le manque de ressources (en personnel, en locaux, en crédits) sont des facteurs négatifs.

En acceptant de consacrer du temps et des efforts à la définition de ces buts pédagogiques, on éviterait d'introduire de façon prématurée des innovations insuffisamment en rapport avec une expression claire des compétences professionnelles correspondant à ce que l'on veut dire par « former de bons médecins », etc.

S'il y a opposition entre les objectifs de l'institution et ceux de l'innovation, la présence de structures favorisant les buts de l'innovation ne suffira pas à assurer le succès de celle-ci. Exemple : l'incompatibilité intrinsèque entre l'objectif pédagogique : former des médecins de famille, appelés à exercer presque uniquement au sein de la population, et l'objectif de service : assurer des soins dans un Hôpital Universitaire.

L'aptitude d'une organisation à évaluer son efficacité est considérablement amoindrie lorsque les objectifs n'ont pas été exprimés explicitement et ne sont pas l'objet d'un consensus parmi les enseignants. Dans ce cas, en effet, une organisation risque fort de prendre des décisions rituelles, rationnelles en apparence, mais qui, en réalité, ne reposent pas sur des processus rationnels.

On a, par ailleurs, identifié et décrit des domaines spécifiques particulièrement préoccupants. L'un d'entre eux est la place et l'importance des sciences fondamentales. On a l'impression que la grande part qui leur est faite au cours des seules premières années des programmes formant des médecins met davantage en évidence leur apparent manque de pertinence pour l'exercice de leur profession. Dans certains cas, les crédits importants attribués à la recherche fournissent aux départements des sciences fondamentales une source de revenus indépendante et favorisent leur autonomie.

« On ne sait pas comment s'y prendre »

Un dicton affirme qu'il n'est pire sourd que celui qui ne veut pas entendre. Les lecteurs des publications traitant de la formation des personnels de santé ne sont pas ceux qui ont le plus besoin de lire ces publications. Dans ces revues, les convaincus parlent aux convaincus. Lors des congrès annuels, on chante les « vieux chants de guerre » comme pour se rassurer. Le lyrisme des orateurs réchauffe la salle. A l'occasion de discours pontifiants, on peut entendre un grand patron défendre une approche holistique sans qu'il explique ce qui l'a empêché d'utiliser plus tôt son pouvoir afin de mettre en œuvre cette approche dans la faculté qu'il dirige fermement depuis de nombreuses années sur une voie des plus traditionnelle. Les « stratégies de changement » ne sont

pratiquement jamais abordées. Ce sont les outils dont on aurait besoin. Ils sont malheureusement rarement décrits dans les revues que lisent les enseignants.

Chantons tous en harmonie

Lors des congrès annuels lorsque l'on chante en chœur les « vieux chants de guerre », certains auteurs impressionnent par leur éloquence et leur grande culture. Mais parfois leur message est « flou » et la définition claire des termes employés manque souvent. Ils insistent sur le « plaisir de penser » et veulent que leurs élèves « célèbrent leurs sentiments ».

Eh bien, cher lecteur, moi aussi j'éprouve du « plaisir à penser », moi aussi je préfère que les étudiants réfléchissent avant d'agir et je serais ravi si, en plus, ils comprennent tout ce qui dépasse et englobe chacune de leurs pensées. J'ai même écrit un livre sur la « métacognition »¹⁹. Mais je ne peux pas accepter que ces mêmes auteurs restent muets devant le bas niveau de validité des examens qu'ils font encore, ou ont, fait passer à leurs étudiants. Il n'est pas éthiquement acceptable qu'ils prennent le prétexte que « tout n'est pas quantifiable ou mesurable » et faussement que « tout n'est pas objectif ou définissable ».

Jusqu'à preuve du contraire, je continuerai de dire que ce qui est prioritaire en ce qui concerne le patient, c'est ce que fait le personnel de santé (ce qu'il fait de manière humaine, respectueuse des valeurs du patient) et non pas ce que pense ce personnel, ni même s'il comprend ce qu'il fait (métaconnaissance). Notre message et notre action doivent être centrés sur le patient ce qui exige une rigoureuse performance professionnelle. Or ces auteurs qui parlent d'une manière excessive du « savoir » et des « connaissances » n'utilisent quasiment jamais le mot compétence.

J'aimerais que soient définies les compétences attendues du « bon médecin » dans trois domaines : le domaine des compétences intellectuelles (utilisation des connaissances), le domaine sensori-moteur (gestes pratiques) et le domaine de la communication interpersonnelle (avec les patients et les collègues de l'équipe de soins). Cette définition du profil professionnel est la base indispensable pour assurer la validité des examens.

J'accepte volontiers qu'en ce qui concerne l'enseignant, celui-ci estime utile de développer la méta-connaissance. Mais je n'accepte pas que ce soit au prix de la continuation d'un niveau bas, inacceptable, de validité de la quasi totalité des examens de certification (avec, hélas, la bénédiction de ceux qui disent que tout n'est pas quantifiable, mesurable ; tout n'est pas définissable). Le manque de validité est démontré chaque année dans la majorité des institutions de formation : les examens se

contentent de vérifier le niveau de mémorisation de données factuelles, pratiquement jamais la méta-connaissance et jamais la performance des compétences d'un profil professionnel qui reste mythique.

S'il est vrai, dans l'absolu, que « tout n'est pas quantifiable » il est aussi vrai qu'il y a suffisamment de compétences observables (et donc mesurables) que l'on devrait mesurer, si on veut bien faire l'effort intellectuel d'y réfléchir. Cela améliorerait le niveau de validité des examens qui donnent le droit de vie et de mort sur nos concitoyens et diminuerait les morts évitables*.

Que suggérer pour surmonter ces obstacles ?

Les revues d'éducation sont riches en concepts, théories, méthodes et même en outils pédagogiques. Malgré cette richesse, les changements sont rares ou bien souvent inefficaces. La pauvreté de nos connaissances sur le vécu des stratégies de changement pourrait être une explication. Si les collègues qui sont parvenus à introduire un changement durable, et ceux qui n'y sont pas parvenus, publiaient comment et pourquoi, alors leurs lanternes éclaireraient mieux le chemin. La route à parcourir restera longue. La patience restera de rigueur.

Références

1. Miller GE, Abrahamson S. et al. *Teaching and Learning in Medical School*. Cambridge, Harvard University Press 1962.
2. Déclaration d'Édimbourg. *Rev Éduc Méd* 1988 ; 11 : 63-5.
3. Des Marchais J. *Leadership column Newsletter (Network) Maastricht, June 1993 (n° 19)*.
4. Bussigel M. et al. *Innovation processes in medical education*. New-York : Praeger 1988.
5. Al Shazali. *Leadership and monkey business, Newsletter (Network) Maastricht, December 1999 (n° 32)*.
6. Barrows HS. *The problems and responsibilities of leadership in educational innovation. Newsletter (Network) Maastricht, June 1997 (n° 27)*.
7. Cox K. *Persuading colleagues to change : fifteen lessons learned from twenty years of trying. Newsletter (Network) Maastricht, July 2000 (n° 33)*.
8. Engel C. *An experience of Leadership. Newsletter (Network) Maastricht, December 1994 (n° 22)*.
9. Fulop T. *Am I a change agent ? Newsletter (Network) Maastricht, July 1992 (n° 17)*.
10. Hamilton J. *National Leadership. Newsletter (Network) Maastricht, January 1999 (n° 32)*.
11. Jason H. *Innovation in medical education. Newsletter (Network) Maastricht, December 1993 (n° 20)*.
12. Neufeld V. *Some thoughts on leadership and leadership development. Newsletter (Network) Maastricht, June 1994 (n° 21)*.
13. Nooman Z. *Anecdotes from the leadership files : Be willing to pay the price. Newsletter (Network) Maastricht, June 1999 (n° 31)*.
14. Tiddens H. *Reflections-Leadership column, Newsletter (Network) Maastricht, June 1996 (n° 25)*.
15. Guilbert J-J. *La couverture aiguë et chronique. Rev Éduc Méd* 1994 ; 12 ; Janvier (n° 2).
16. Bligh J. *Contemporary Medical education (projet d'article in Arco di Giano. Rivista di Medical Humanities, Roma, 2002)*.
17. Guilbert J-J. *Enquête comparant l'opinion des enseignants et des étudiants concernant le programme des études en Suisse. Meducs Vol. 9 (3) ; 1996*.
18. Abrahamson S. *Diseases of the curriculum. Journal of medical education, 1978 ; 53 : 951-957 (adaptation en français : Les maladies du curriculum, Rev Franc Educ Medic 1981 ; 4-6)*.
19. Guilbert J-J. *Comment raisonnent les médecins ; réflexions sur la formation médicale. Genève : Éditions Médecine et Hygiène, 1992*.

* Un rapport de 1999 de l'Institut de Médecine des Etats-Unis indique 98.000 morts évitables causées annuellement par le corps médical. « Remarks by the President on health care », concerning the Report of the Institute of Medicine, The White House, Washington, December 7, 1999.