

Technique d'animation : le jeu de rôle*

Ce document a été réalisé par « Agora-Formation », l'école de Formation de l'Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue (UNAFORMEC) sous la direction du Dr Roger PICOT

Comité de Rédaction : Dr Abramovici, Dr Adra, Dr Archimbaud, Dr Demeaux, Dr Duroux, Dr Kahn, Dr Lelong, Dr Locquet, Dr Razongles, Dr Sebbah.



C'est une technique ludique, utilisée essentiellement dans le domaine du « savoir être ». Elle constitue un puissant moyen de prise de conscience et de changement. Il est économique et efficace.

Le bon déroulement du jeu nécessite :

- un climat de confiance au sein du groupe ;
- un animateur habitué au travail sur la relation.

Définition

Le jeu de rôle est une technique pédagogique d'apprentissage des habiletés relationnelles. Il s'agit de simuler une situation vraisemblable et en partie imprévisible. Les personnes y jouent un rôle plus ou moins déterminé, en improvisant le dialogue.

Réalisation

12 à 15 participants. Prévoir 2 animateurs, ou 1 animateur et un expert, afin de profiter de toutes les richesses de la technique (et d'en éviter les écueils).

Objectifs

- 1- Associé à la vidéo, sa première fonction est « l'auto-scopie » : il permet *la découverte de son propre comportement et l'entraînement actif à de nouveaux comportements*.
- 2- *Il favorise les représentations sensorielles* (il ne s'agit plus de discuter de concepts ou d'expériences rapportées, mais de vécu).
- 3- Il a un *effet révélateur de problèmes liés à la communication verbale et non verbale*.
- 4- *Il favorise l'apprentissage* par les mises en relation entre le connu et le nouveau. Rendant les participants acteurs, *il renforce l'intégration des connaissances*.

Déroulement

Durée : 1 h 30

Préparation : 10 à 20 minutes : c'est la mise en place d'une scène à partir de situations concrètes, dont les éléments sont suffisamment précisés pour permettre le déroulement libre du jeu.

Il est important de préciser à tous les participants les règles du jeu avant toute désignation des personnages. Cette phase est essentielle pour la bonne suite de la séance de jeu.

La répartition des rôles est proposée par les protagonistes. La caméra est prise en charge par un des membres du groupe qui ne participe pas au jeu.

Intérêts

- Sa puissance de révélation ;
- la possibilité d'utilisation à différents niveaux selon la compétence du formateur (autoscopie quasi exclusive, analyse des comportements, analyse des acteurs).

Il peut être utile de proposer à différentes parties du groupe une analyse respectivement centrée sur le verbal, le non verbal, les objectifs des acteurs, la globalité de la situation...

La consigne sera alors donnée avant le jeu.

*Se reporter également à une première fiche pratique concernant le jeu de rôle (n° 8) consultable sur le site web de la revue : <http://www.pedagogie-medicale.org/index.htm>

Déroulement

Déroulement : 10 minutes. Il est possible d'isoler les acteurs dans une salle avec le cameraman ; les observateurs suivent la scène sur un moniteur de télévision dans une pièce voisine. Lorsque le jeu donne suffisamment de matière, l'animateur doit savoir l'arrêter.

- L'exploitation : 30 à 40 minutes. Elle prend en compte :
- le jeu lui-même et ce qu'il évoque;
- les rapports entre les représentations (imaginaire individuel et commun);
- les rapports entre les représentations et l'image inscrite sur la bande vidéo (et reproductible);
- les dimensions conceptuelles, soit au plan du jeu, dessinant un mode de pratique professionnelle, soit au plan du problème clinique exprimé à travers le mouvement des interactions.

Commencer par le vécu des acteurs leur permet de se décharger d'émotions trop fortes qui gêneraient leur réintégration dans le groupe pour les commentaires. Cette phase doit être considérée comme une « prime » aux acteurs.

Ensuite la parole est donnée aux spectateurs, dans les limites du sujet, pour leurs observations et interprétations éventuelles.

Toujours dire de se garder de tout jugement sur les personnes pour s'en tenir à ce qui caractérise les personnages dans leurs émotions.

Il est parfois nécessaire que le formateur laisse les acteurs du jeu revoir les passages de l'enregistrement sans les commenter personnellement. La prise de conscience de la différence entre ce qu'on pense faire, ce que l'on fait et ce que les autres voient est alors essentielle.

Le rôle de l'animateur

L'animateur permet la facilitation et la régulation du travail du groupe au moment de la mise en place du scénario. Après le jeu, il soutient l'analyse des différents éléments du jeu filmé.

Derrière le rôle, c'est bien sûr l'individu qui se met en scène : d'où la nécessité d'une empathie du formateur envers les apprenants, afin d'éviter la naissance de résistances. La discrétion de l'animateur doit rester la règle, et plutôt un peu trop qu'un peu moins, pour permettre aux émotions de tous de s'exprimer au maximum :

Le formateur est le maître de jeu et pas le maître du jeu !

Note technique : Attention à la vidéo ! Vérifier la technique 1/2 heure avant le jeu : il y a parfois des incidents longs à résoudre.

Si la vidéo par sa fonction d'autoscopie est un « passage obligé » dans la formation à la relation, elle n'est pas toujours indispensable. Mieux vaut ne rien filmer que de consommer du temps aux dépens du jeu de rôle.

Variante d'utilisation

- La **vignette** est un jeu de rôle très court (2 à 3 minutes) dégageant rapidement l'essentiel.
- L'entraînement pour acquérir des compétences pratiques (animer une réunion). La répétition est alors nécessaire.
- La préparation à une situation redoutée (préparation d'une négociation).
- La mise à la place de l'autre (par exemple le patient) et l'intériorisation de sa position.
- La mise en pratique des connaissances nouvellement acquises : à l'issue d'un séminaire sur un thème médical, un jeu de rôle peut révéler la difficulté à modifier un comportement et à mettre en place les nouvelles données développées durant la formation.

Lu pour vous

Créer et piloter un réseau de santé

Un outil de travail pour les équipes

François-Xavier Schweyer, Gwénola Levasseur, Teresa Pawlikowska
2004 – 2^e édition

Voilà un petit livre qui constitue effectivement un véritable « outil de travail pour les équipes » qui veulent mettre en place ou évaluer un réseau de soins.

Gwénola Levasseur est médecin généraliste. Elle a été l'un des promoteurs du réseau « ville hôpital » consacré, à Rennes, au suivi des patients atteints par le VIH et en a été l'un des responsables pendant plus de dix ans. Elle a vécu les évolutions, les questions, les ambiguïtés, les contradictions qui ont accompagné en France le développement des réseaux de santé. François Xavier Schweyer est professeur à l'Ecole Nationale de Santé Publique où il dirige le Laboratoire d'Analyse des Politiques Sanitaires et Sociales.

Ce petit opuscule de 100 pages rapporte le travail collectif d'analyse, de réflexion et de conceptualisation qu'ils ont conduit à partir de l'évaluation de cette expérience de terrain. La principale leçon de cette évaluation était que les objectifs médicaux du réseau constituaient l'unique référentiel pour analyser la situation et les problèmes qui se posaient. Le réseau n'était pas du tout pensé comme un ensemble humain organisé, où la dimension symbolique des lieux, les formes de reconnaissance de l'autre, les hiérarchies professionnelles, etc. sont des éléments déterminants. Et le réseau était en échec par manque d'analyse sociologique de son fonctionnement organisationnel. Les dimensions sociologiques et managériales de son organisation n'étaient pas perçues comme légitimes, comme objet de travail au même titre que les soins à délivrer.

Le pari de ce livre est de donner aux médecins et aux professionnels de santé en général les moyens de penser



*Créer et piloter
un réseau de santé.
Un outil de travail
pour les équipes*

François-Xavier
Schweyer,
Gwénola Levasseur,
Teresa Pawlikowska
ISBN 2-85952-886-5
2004 –

2^{ème} édition
112 pages - 15 €

Rennes : Editions ENSP

autrement leur pratique. Pour ce faire, un travail de traduction des théories sociologiques et des principes de santé publique a été effectué. En devenant intelligibles, ces notions permettent d'avoir une distance au rôle, une vue moins affective de l'engagement et de faire des arrangements un principe d'innovation.

Un parti pris typographique explicité dès l'entrée en permet une lecture rapide ou approfondie ce qui n'est pas la moindre de ses qualités pédagogiques. Chaque citation est référencée par des notes en bas de pages ou par des adressages Internet. Une bibliographie complémentaire accompagne chaque chapitre. Un glossaire des mots et des sigles en rend la lecture aisée, même pour les débutants.

Le premier chapitre trace un tableau général des réseaux de soins en France. L'observation de la situation bretonne permet de se retrouver dans la multiplicité des approches, des financements et des initiatives, de saisir ce qui regroupe et ce qui différencie toutes les initiatives d'organisations de soins regroupées sous les vocables de filière ou de réseau.

Tout le reste du livre constitue un guide méthodologique destiné à ceux qui veulent créer un nouveau réseau de soins. Les points cruciaux de son organisation sont systématiquement pointés et illustrés d'exemples concrets tirés d'expériences réelles. Les écueils potentiels sont mis en exergue avec indication des moyens à mettre en place pour les prévenir. Des notions de sociologie apportent des éléments de réponses à des questions aussi différentes que : comment faire travailler ensemble des individus si différents par leur formation, leur culture, leur type de savoir, leur

Lu pour vous

expérience, leur statut administratif ? Quels modes d'organisation favorisent la pérennité d'un réseau ? Quelles sont les conditions pratiques de sa réussite ?

La question de la coordination du réseau, du profil de son « manager », de l'importance des outils et des procédures d'évaluation est au centre de ce travail. Les professionnels de demain, formés dans les différentes institutions de formation seront, d'une manière ou d'une autre, appelés à travailler en réseaux, que ceux-ci soient formels ou informels. Il est donc essentiel que les formateurs s'approprient la nouvelle dimension et les nouveaux aspects de cette expertise professionnelle

en construction. A ce titre, cet ouvrage constituera une source d'information sans équivalent. Il intéressera aussi quiconque se penche sur les problèmes de logistique pédagogique, en le renvoyant aux concepts d'organismes, d'experts, de formateurs, d'animateurs et de gestionnaires qui sont largement utilisés lorsqu'on aborde l'organisation des structures de formation, notamment de celles dédiées à la formation continue. Cet ouvrage est donc un bel exemple de ce que peut produire de mieux le regard évaluatif croisé des opérateurs de terrain et des chercheurs en santé.

La rédaction

Décision médicale ou la quête de l'explicite

Alain Junod, avec la collaboration de Mathieu Nendaz 2003

L'étude du processus de raisonnement clinique et celle du processus de décision médicale constituent aujourd'hui deux champs de recherche qui intéressent au plus haut point les enseignants cliniciens et les pédagogues médicaux, tant les retombées à l'égard des activités d'enseignement et d'apprentissage de la médecine sont importantes. Autrefois peu nombreux, les travaux de recherche consacrés à ces deux composantes essentielles de la compétence médicale font actuellement florès. Ils sont cependant parfois d'un accès difficile pour ceux dont ce n'est pas le domaine d'expertise. Il faut donc saluer le travail d'Alain Junod, patron genevois de médecine interne et de son collaborateur Mathieu Nendaz. Avec un souci remarquable de clarté mais aussi de mise en perspective, ils nous proposent en effet de cheminer à travers les méandres de la complexité et de l'incertitude en médecine, en s'appuyant sur une synthèse extraordinairement documentée et illustrée des plus récentes recherches dans ce domaine. Si les deux processus sont souvent étudiés séparément, ce n'est pas tant qu'ils soient fondamentalement de nature différente ou dissociés dans la réalité de l'action médicale que parce que des construits théoriques dis-

tincts ont été élaborés pour mieux en rendre compte et pour faciliter leur étude scientifique. Ainsi, l'étude du processus de résolution de problèmes (*clinical problem solving*), qui essaie de comprendre comment les médecins résolvent les problèmes cliniques et qui se nourrit aujourd'hui de l'apport fécond des sciences cognitives, correspond à une approche descriptive. A côté, l'étude des modèles, notamment probabilistes, qui permettraient au médecin de prendre la décision médicale (*clinical decision making*) la plus rationnelle et la tentative d'identifier les biais qui le conduisent à s'en écarter, constituent une approche normative du problème. Plagiant les commentaires de littérature classique qui nous ravissaient au collège et au lycée, on pourrait dire que la première approche, à l'image de Racine, décrit le médecin compétent tel qu'il est, alors que la seconde, à l'instar de Corneille, le décrit tel qu'il devrait être. On sait que, pédagogiquement, la tension entre ces deux attitudes n'est pas simple à gérer et l'on se souvient par exemple de l'exigeante injonction de Jerome Kassirer en 1983 dans le *New England Journal of Medicine* : *let us preach what we practice* ! (enseignons ce que nous faisons réellement). Même s'il est surtout

Lu pour vous

consacré à la présentation du second paradigme, l'ouvrage fait réellement justice des deux approches.

L'approche probabiliste remet en question la démarche diagnostique par une réflexion critique. Elle nous fait prendre conscience qu'en générant des hypothèses face à un problème clinique, nous utilisons, implicitement, des probabilités, pondérées d'expériences personnelles et de croyances. L'élaboration d'une série d'hypothèses diagnostiques apparaît très tôt au cours de l'interrogatoire et de l'examen du patient ; tel symptôme exprimé appelle une nouvelle question à la recherche d'un autre symptôme ou conduit l'examen à la recherche d'un signe physique. Ce processus itératif pondère les diverses hypothèses qui ont surgi à l'esprit par réactivation d'un réseau complexe de connaissances. Les médecins hiérarchisent alors ces hypothèses selon leur caractère plus ou moins vraisemblable dans le contexte clinique du moment. Cette vraisemblance est une probabilité.

La volonté de minimiser l'incertitude diagnostique dépend de la balance bénéfice/risque d'une éventuelle thérapeutique et s'inscrit dans le cadre plus général de la décision médicale. Progresser dans le processus diagnostique nécessite d'aller quérir une nouvelle donnée qui peut être un symptôme, un signe ou le résultat d'un examen dit complémentaire. Ces trois types de données relèvent du même concept de test diagnostique. La vraisemblance de l'hypothèse au vu du résultat du test sera ainsi soit augmentée (peut-être suffisamment pour la « confirmer »), soit diminuée (à tel point de « l'infirmier », voire de l'exclure), soit encore inchangée. Cette probabilité post-test – mais on aura compris qu'il n'en va pas différemment selon qu'il s'agisse d'un résultat d'examen biologique ou morphologique ou d'un nouveau signe clinique –, dépend tout autant de la probabilité estimée avant la réalisation du test que des caractéristiques du test.

La probabilité pré-test peut être estimée implicitement, de manière purement qualitative, ou évaluée semi-



*Décision médicale
ou la quête de l'explicite*
Alain Junod,
avec la collaboration
de Mathieu Nendaz
2003

336 pages
32 €, 56 CHF
ISBN : 2-88049-201-7
Genève : Editions
Médecine et Hygiène

*Cet ouvrage a reçu le
prix Prescrire 2004
du livre médical et
pharmaceutique*

quantitativement (faible, forte ou intermédiaire). C'est tout l'intérêt des scores cliniques que de proposer une telle approche objective des données qui contribuent à notre jugement clinique. L'ouvrage propose à cet égard une compilation tout à fait inédite de multiples scores cliniques à visée diagnostique ou à visée pronostique, qui rendra d'éminents services aux lecteurs, tant dans leur activité clinique que dans leur activité d'enseignant. Il en situe aussi fort bien les limites. La théorie probabiliste appliquée à la démarche diagnostique a une vertu, mise en exergue dans le titre de l'ouvrage, la quête de l'explicite. Son légitime objectif de quantification doit cependant être tempéré par les limites méthodologiques actuelles de l'évaluation des caractéristiques des tests et des scores cliniques

Et puis, il reste le malade, parfois « problématique » et avec qui il faut désormais partager la décision, comme le rappelle judicieusement l'auteur. A l'aide de nombreux exemples opportunément choisis (le diagnostic de la maladie thrombo-embolique veineuse, la prévention des accidents vasculaires cérébraux au cours de la fibrillation atriale, par exemple), Alain Junod nous convainc

que, derrière ce foisonnement méthodologique, la question centrale est bien de nature éthique (au nom de quoi décider ?). En nous prenant par la main pour aborder les notions parfois rébarbatives de valeur prédictive, de rapport de vraisemblance, d'utilité, de qualité de vie, de rapport coût/efficacité ou coût/utilité, en examinant les divers outils à notre disposition (nomogramme de Fagan, courbes ROC, etc.), il nous invite en fait à ne jamais nous départir du sens critique dont l'exigence est au cœur de l'approche clinique désormais véhiculée par le concept d'*evidence-based medicine*. Voilà assurément un bien beau défi pour tous les enseignants et pédagogues en charge de la formation de leurs futurs confrères, qui sont aussi... leurs futurs médecins.

La rédaction



Cees Van der Vleuten

Psychologue de formation, Cees van der Vleuten était à la recherche d'un poste de recherche en psychométrie, lorsqu'il entra par pur hasard à la faculté de médecine de l'Université de Maastricht en 1982. Dès le début, il fut fasciné par le système d'apprentissage par problème et par le dévouement à l'éducation des personnes qui le développaient. Il s'agissait d'un parfait mélange de médecins et de professionnels de l'éducation travaillant au développement du curriculum et, plus tard, à la recherche en éducation. Cette atmosphère ouverte et stimulante n'était pas limitée à Maastricht. C. Van der Vleuten l'a rencontrée dans toute la communauté des éducateurs médicaux à travers le monde, retrouvant la même attitude de soutien et d'interdisciplinarité. Il est ainsi devenu très impliqué en éducation médicale et cela ne changera probablement plus jamais. Il a d'ailleurs décrit son expérience de chercheur en éducation dans le champ de la médecine¹ et a invité la profession médicale à étendre au domaine de l'éducation son habituel intérêt envers la recherche.

Quelle est, selon vous, votre réalisation la plus importante dans le cadre de la formation médicale ? En particulier, quelle fut votre expérience personnelle dans l'introduction de l'apprentissage par problème (APP) dans votre faculté ?

Eh bien, avant tout, l'APP a été introduit en 1974, bien avant que je n'arrive à Maastricht. Cependant, j'ai été rapidement séduit par l'élégance de cette méthode d'ins-truction. Il est irrésistible de voir et prendre conscience de la façon dont les étudiants travaillent dans un environnement APP. Ils sont parfaitement capables de prendre en charge leur propre apprentissage. Travailler en groupe avec des pairs est extrêmement stimulant et les étudiants deviennent réellement motivés intrinsèquement envers l'acquisition du savoir. Ils ont du plaisir et ils apprennent. Que peut-on souhaiter de mieux ?

Cependant, je pense qu'avec les années, je suis devenu encore plus impressionné par d'autres choses. L'APP est une méthode et non un but en soi. Ce que nous essayons de faire, c'est ajuster au mieux notre approche pédagogique aux apprentissages des étudiants. À partir d'actions continues d'évaluation et de recherche nous accumulons des connaissances sur la façon dont nous pouvons améliorer notre approche. C'est en fait comparable à notre démarche professionnelle de la pratique médicale : nous aimons améliorer nos actions cliniques grâce à l'utilisation de données probantes.

Maastricht entreprend actuellement le troisième renouveau à grande échelle de son curriculum dans les 30 ans de son existence². Nous en savons actuellement beaucoup plus sur la nature de l'apprentissage humain qu'il y a 30 ans et nous pouvons structurer nos environnements pédagogiques pour faciliter l'apprentissage. Nous osons maintenant diverger largement de la structure originelle de

l'APP. Par exemple, nous avons réussi à engager les étudiants dans une combinaison fascinante de travail en groupe tutorial et d'apprentissage en milieu clinique. Un important programme d'acquisition d'habiletés en laboratoire est en cours, bien intégré à l'enseignement théorique. Nous avons également développé un programme d'évaluation complet avec une approche portant à la fois sur les processus et les résultats, avec des mesures quantitatives et qualitatives dans ces deux aspects. Je pourrais continuer et vous donner ainsi bien d'autres exemples. Quand vous m'interrogez plus spécifiquement sur le « quoi » et le « pourquoi » de nos choix, je pense pouvoir vous fournir des réponses fortement ancrées sur les données de la recherche et sur les théories de l'éducation.

Je pense donc que la plus grande contribution de Maastricht n'est pas la mise en place de l'APP, mais la poursuite du développement de l'APP et, plus important encore, sa contribution à la science de l'éducation médicale. Cette science a progressé notablement dans les dernières décades. Je suis très fier d'être co-éditeur d'un livre en deux volumes intitulé « *International Handbook of Research in Medical Education* »³. Il a reçu le prix de la meilleure publication de l'année attribué par l'*American Educational Research Association*. La raison de l'attribution de ce prix est que ce livre est réellement une balise qui décrit tout ce que, en tant que communauté d'éducateurs médicaux, nous avons réalisé en quelques décades de recherche et de développement.

Quelles étaient selon vous les raisons qui ont amené à l'introduction de cette nouvelle méthode pédagogique ?

Quand l'APP fut introduit en 1974, la Faculté de médecine de Maastricht représentait le premier programme de formation d'une université nouvellement créée qui désirait rompre avec la tradition. L'éducation traditionnelle était

perçue comme n'étant plus capable de satisfaire les besoins des soins de santé moderne et de la société. Les pionniers de ce temps ont eu l'opportunité de mettre en place une nouvelle faculté dans un contexte non handicapé par le poids de l'histoire antérieure. Ils ont opté pour une approche pédagogique radicalement nouvelle et une orientation délibérée du programme de médecine envers les besoins de la communauté⁴. C'était une époque de protestation et de révolte envers les structures et les autorités existantes. Cependant, dans la perspective de ce que nous savons maintenant à propos de l'éducation médicale, le choix d'aller vers l'APP n'est plus du tout un signe de radicalisme, mais plutôt un choix hautement rationnel d'éducation moderne qui est entièrement en accord avec les conceptions contemporaines de la théorie de l'éducation. Bien qu'il y ait beaucoup à dire à propos des éléments objectifs en faveur de l'APP, ce que je ne ferais pas ici, de très nombreux programmes à l'intérieur et à l'extérieur de la médecine utilisent l'APP de nos jours. Ils forment parfaitement d'excellents diplômés qui réussissent fort bien dans leurs emplois. L'Université de Maastricht est maintenant une université néerlandaise de taille moyenne ($\pm 12\ 000$ étudiants) comportant sept facultés différentes qui toutes utilisent l'APP comme méthode d'enseignement⁵. La plupart des programmes de l'université se classent invariablement parmi les tous premiers dans les évaluations nationales et de nombreux étudiants viennent spécialement à Maastricht en raison du système APP. Naturellement, ceci constitue de l'information non scientifique, mais qui contribue à montrer que l'APP est une stratégie viable qui peut conduire au succès.

Quelles sont les difficultés ou obstacles qu'il a fallu vaincre ?

Il ne fait aucun doute pour moi que l'obstacle le plus important à surmonter, quand on veut introduire l'APP ou tout autre changement en éducation, c'est l'ignorance. La plupart des enseignants et des gestionnaires en éducation médicale ignorent tout simplement tout le savoir accumulé en matière d'éducation. La notion intuitive généralisée est qu'il suffit d'être un bon expert de contenu dans un champ professionnel particulier pour devenir un bon enseignant. Nous avons tous été formés de la même façon, de sorte que nous continuons automatiquement à reproduire les méthodes de nos propres enseignants. C'est un contraste frappant avec la façon dont nous sélectionnons et formons les gens dans les carrières professionnelles (n'importe quelle spécialité clinique par exemple) ou pour la recherche, dans lesquelles plusieurs années de formation sont requises pour devenir un professionnel certifié. Ce n'est pas le cas en éducation. De plus, la carrière et les systèmes de promotion dans les universités tendent typiquement à récompenser la recherche plutôt

que l'enseignement et échouent à fournir des incitatifs à l'engagement dans les activités éducatives. Tout changement éducatif fait face à une résistance, mais une grande part de cette résistance provient de la simple ignorance. De sorte que pour introduire l'APP, je commencerais à former les enseignants et montrer clairement que l'éducation est un domaine professionnel dans lequel on peut apprendre beaucoup (et avec beaucoup de plaisir). Idéalement, la structure organisationnelle devrait également récompenser de telles activités.

Après de nombreuses années d'expérience, quelles leçons en retirez-vous ?

Eh bien, je pense que la leçon la plus utile que j'ai pu apprendre, c'est la vertu de la patience. Le changement éducatif survient lentement et requiert une culture adéquate. Cette culture change rapidement cependant, et votre revue en est un excellent exemple. Originellement, c'était plutôt les pays anglophones qui étaient particulièrement actifs en éducation, mais de nos jours l'éducation est à l'agenda de la plupart des pays occidentaux. J'attends beaucoup d'une plus grande participation des pays francophones dans notre communauté internationale.

Quels conseils donneriez-vous à des collègues qui envisagent une telle réforme ?

Mon conseil est double : premièrement fournir à tous les enseignants une formation d'éducateur médical et deuxièmement ne pas tenter de réinventer la roue. Le premier conseil (former les enseignants) découle directement de ce que je viens de dire à propos de la nécessité de les professionnaliser, tout en augmentant leurs connaissances et leur compréhension en éducation médicale. Le second conseil signifie que l'on doit s'appuyer sur l'expérience des autres. L'APP, les laboratoires d'habiletés, les stratégies d'évaluation, les programmes d'assurance qualité, l'utilisation éducationnelle de l'ordinateur et des technologies de l'information, les programmes de formation professorale, les stratégies de mise en place du changement etc. sont tous des domaines dans lesquels il existe énormément d'expérience accumulée à travers le monde. S'inspirer et s'adapter représente une meilleure stratégie que de vouloir faire les choses de son côté.

Quelle est votre meilleure expérience (ou le moment vous ayant apporté le plus de satisfaction) en tant que formateur ?

Ce qui me satisfait le plus c'est d'être capable d'exciter les gens en matière d'éducation médicale. Par exemple, nous avons un cours en début d'été dans lequel les gens viennent du monde entier pour en apprendre plus à propos de l'APP

et de l'éducation médicale en général⁶.

Chez certaines personnes, pendant ces cours, un nouveau monde apparaît et ils deviennent totalement excités. Mon plaisir n'est pas tant de promouvoir Maastricht ou l'APP, mais d'amener les gens à penser « éducation ». Je réalise alors à quel point j'« adore » être un enseignant.

Quelle est votre plus mauvaise expérience ?

Ma plus mauvaise expérience a été une démonstration de groupe tutorial d'APP qui fut un échec total. L'APP avait été introduit dans une faculté de médecine dentaire et les dentistes voulaient montrer à la faculté de médecine ce qu'était l'APP. Ils organisèrent un symposium dans lequel un groupe d'enseignants dentaires simulaient une session de groupe tutorial. Pour une quelconque raison, ils craignaient d'exposer leurs étudiants à ce qu'il considéraient comme étant un événement très stressant. La démonstration fut désastreuse. Ils ne pouvaient se mettre d'accord sur quoi que ce soit et il n'y avait aucun ordre dans le groupe. Le public devint visiblement et progressivement très sceptique. Un groupe d'étudiants dentaires intervint finalement et prit en charge la session tutoriale. Naturellement, ils travaillèrent très bien. Le public était totalement captivé ; on aurait pu entendre une mouche voler. Ceci représente un parfait contraste et l'exemple d'un paradoxe éducationnel que je rencontre souvent en pratique. Dans les ateliers sur l'APP, la capacité des étudiants à s'adapter à une approche éducative, totalement nouvelle pour eux, est souvent mise en question. Ma réponse est invariablement la même : ne vous inquiétez pas pour vos étudiants, inquiétez-vous de votre corps enseignant.

Quels sont, selon vous, les grands enjeux de la formation médicale pour aujourd'hui et demain ?

L'apprentissage en milieu clinique est un des enjeux éducationnels du futur. La réforme éducative a jusqu'ici surtout touché l'apprentissage prégradué et tout particulièrement sa partie théorique (avec l'APP notamment). L'apprentissage à l'externat et dans les programmes de spécialité est réalisé sur le modèle de l'apprenti et il s'agit d'une composante majeure d'un programme intégral de formation médicale. Toutefois, dans une perspective éducationnelle, l'apprentissage en milieu clinique représente une boîte noire et nous en savons très peu sur ce qui s'y passe. La recherche montre que beaucoup de choses sont moins efficaces que nous l'imaginons et il y a une large place pour l'amélioration. La manière dont nous avons professionnalisé l'éducation, en commençant par la formation prégradué va établir l'agenda d'une réforme éducative des autres parties du continuum de l'éducation médicale.

Pourriez-vous faire quelques propositions concrètes ?

En voici quelques unes :

- un programme avec des objectifs en termes de compétences et de résultats (incluant la compétence à enseigner aux autres) bien définis ;
- des moments structurés d'apprentissage, d'enseignement, de réflexion ;
- des superviseurs entraînés / des enseignants cliniciens qui fournissent un encadrement et un support longitudinal ;
- des moments fréquents de *feedback*, basés sur les tâches réalisées en milieu clinique ;
- un programme d'évaluation tout au long de la formation dans lequel les apprenants jouent un rôle actif ;
- la création d'une organisation éducative qui comporte un système efficace d'évaluation de programme et d'assurance qualité (incluant du *feedback* pour les enseignants et un système de récompense pour l'engagement et l'excellence en éducation).

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Je pense que l'éducation médicale a fait d'énormes progrès pendant les 50 dernières années. Cette réalisation a été, au moins partiellement, rendue possible par la création en éducation médicale d'une communauté de pratique, développant une science de l'instruction et la mettant dans le même temps en place dans les actions (pratiques) éducatives. Je suis conscient que les choses prennent plus de temps que ce que nous, éducateurs, souhaiterions. Mais je ne connais pas, en éducation, d'autres disciplines dans lesquelles il y ait autant de plateforme d'échanges d'information (journaux, conférences) qu'en médecine, plateformes, dans lesquelles il y a échange d'information en éducation. Amener plus de gens au sein de cette communauté est ce vers quoi nous voulons tendre. C'est également probablement aussi le but même de votre revue. Félicitations.

Traduction de B. Charlin

Références

1. Van der Vleuten, C.P.M. (1995) *Evidence-based education. Advances in Physiology Education*, 14, S3
2. <http://www.fdg.unimaas.nl/bib/curriculum2001/home.htm>.
3. Norman, G.R., Van der Vleuten, C.P.M. & Newble, D.I. (Eds.) (2002) *International Handbook of Research in Medical Education. Vol I & II. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.*
4. <http://www.the-networktuftu.org>
5. <http://www.unimaas.nl>.
6. <http://www.summernotepbl.org/>