

## AT 01

**Le code d'éthique du CQDPCM : ce que vous devez savoir**

*Claude Guimond, Anne-Patricia Prévost*

Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins du Québec, Canada  
Contact : cguimond@fmoq.org

**Contexte** : Si vous êtes impliqué dans l'organisation d'activités de Développement Professionnel Continu (DPC) au Québec, vous avez certainement entendu parler du nouveau code d'éthique du conseil québécois de développement professionnel continu des médecins (CQDPCM). Le CQDPCM est un organisme sans but lucratif qui a pour mission de promouvoir et de favoriser le DPC au Québec. Ses mandats sont bien décrits sur son site Web [www.cqdpccm.ca](http://www.cqdpccm.ca). Les membres réguliers du CQDPCM sont : le Collège des médecins du Québec, le Collège québécois des médecins de famille, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, les médicaments novateurs du Canada, Médecins francophones du Canada, l'Université de Montréal, l'Université de Sherbrooke, l'Université Laval et l'Université McGill. En outre, l'Association canadienne de protection médicale y est membre associé.

**Objectifs** : Au terme de l'atelier, les participants pourront décrire l'évolution du code d'éthique du CQDPCM au fil des ans ; discuter des principaux changements du nouveau code ; et appliquer les changements nécessaires au respect du code dans l'organisation des activités de DPC dans son milieu.

Au fil des ans, le CQDPCM a réussi à dégager un consensus sur de nombreuses questions d'intérêt relatives au DPC. Le nouveau code d'éthique, consensus du groupe de travail, a été adopté par tous les organismes agréés en DPC au Québec et est en application depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Les principaux changements sont en lien avec les principes directeurs suivants du code : la transparence, l'approche méthodique, les biais potentiels, l'indépendance des personnes-ressources et la déclaration de conflits d'intérêts potentiels. Un autre changement important porte sur la rémunération des personnes ressources.

**Déroulement** : Atelier interactif - capsules théoriques intercalées de périodes de travail individuel ou en groupe restreint

**Discussion** : Cet atelier permettra aux participants de respecter le code d'éthique dans l'organisation de leurs activités de DPC. Pour les participants non québécois, l'atelier leur permettra de bénéficier de l'expérience des organisateurs présents et éventuellement élaborer leur propre code d'éthique au sein de leur organisation.

**Référence**

[www.cqdpccm.ca](http://www.cqdpccm.ca) (site consulté le 24 février 2016).

**Mots-clés** : Éthique, développement professionnel continu, biais potentiel

## AT 02

**Une modélisation du processus de raisonnement clinique pour soutenir le développement du raisonnement clinique à toutes ses étapes**

*Nathalie Caire Fon, Françoise Crevier, Anne Charbonneau, Marie-Claude Audétat, Bernard Millette*

Faculté de médecine, Université de Montréal, Canada  
Contact : nathalie.cairefon@umontreal.ca

**Contexte** : Le raisonnement clinique est un processus utilisé par les cliniciens dans le but de résoudre des problèmes de santé et de poser les actions appropriées. Ce processus implique que les cliniciens puissent effectuer rapidement et avec une grande aisance plusieurs tâches cognitives complexes qui sont la plupart du temps implicites. Une modélisation du processus de raisonnement clinique (MPRC) a permis de mettre en lumière l'ensemble des tâches cognitives qui le sous-tendent. En rendant explicite chacune des étapes de ce processus complexe, nous pensons que les apprenants pourront mieux se l'approprier et les enseignants mieux soutenir son développement.

**Objectifs** : L'objectif de l'atelier est de permettre aux participants de s'approprier cette modélisation du raisonnement clinique (MPRC) et de pouvoir avec ce cadre conceptuel planifier des activités d'apprentissage qui soutiennent le développement du raisonnement clinique à toutes ses étapes.

**Déroulement** : Cet atelier sera interactif. Les participants travailleront individuellement et en petits groupes. À l'aide de vignettes cliniques et de vidéos, les participants découvriront l'ensemble des étapes de ce processus. Par la suite, à l'aide de vignettes pédagogiques, les difficultés de raisonnement clinique fréquemment rencontrées à certaines étapes seront abordées. Pour finir, en utilisant la « MPRC » comme grille d'analyse, les participants identifieront les étapes du processus qui sont peu ou mal enseignées dans leur milieu, puis ils réfléchiront à des stratégies éducatives pour remédier à la situation.

**Référence**

Charlin B, Lubarsky S, Millette B, Crevier F, Audétat M-C, Charbonneau A, Caire Fon N, Hoff L, Bourdy C. Clinical reasoning processes: unravelling complexity through graphical representation. *Med Educ* 2012;46:454-463.

**Mots-clés** : Raisonnement clinique

**Clientèle cible** : Enseignants cliniciens des diverses professions de la santé, superviseurs de stage et résidents ayant déjà eu des expériences de supervision clinique. Cet atelier s'adresse aussi aux responsables de cours du niveau pré et post gradué.

## AT 03

**Comment aider les étudiants en sciences de la santé à développer leur intuition ?***Thierry Pelaccia, Valérie Dory*

Faculté de médecine de Strasbourg, France ; Université McGill, Canada

Contact : pelaccia@unistra.fr

**Contexte** : Le raisonnement clinique est considéré comme l'un des déterminants majeurs de la compétence des professionnels de santé, notamment des médecins. C'est la raison pour laquelle il s'agit d'une thématique de recherche très explorée dans le domaine de l'éducation médicale. L'importance de l'intuition dans la prise de décisions est aujourd'hui largement reconnue. Pourtant, dans les pratiques d'enseignement, il s'agit encore fréquemment d'une dimension de l'expertise qui fait l'objet d'une attention modeste, notamment en raison du fait qu'elle est considérée comme peu rationnelle, peu scientifique et peu objectivable.

**Objectifs** : L'atelier a pour but de permettre aux enseignants de comprendre la place de l'intuition dans la prise de décisions et de mettre en œuvre des stratégies permettant d'améliorer le raisonnement intuitif des apprenants. Les objectifs d'apprentissage sont les suivants :

- 1) Identifier la place de l'intuition dans le raisonnement clinique et son articulation avec les autres processus de raisonnement ;
- 2) Identifier la façon dont l'intuition fonctionne et se construit chez l'individu ;
- 3) Mettre en œuvre des stratégies d'enseignement permettant de favoriser l'apprentissage du raisonnement intuitif.

**Déroulement** : L'atelier reposera sur une alternance entre travaux de groupe et exposés interactifs. Deux travaux de groupe sont planifiés. Le premier doit permettre aux participants d'identifier la façon dont un professionnel de santé raisonne lorsqu'il doit résoudre un problème, ainsi que la place de l'intuition dans la résolution de ce problème. Le second a pour but de conduire les participants à identifier, sur la base de leurs pratiques actuelles, les stratégies permettant de mieux aider les étudiants à développer la dimension intuitive de leur raisonnement et à améliorer leurs capacités à prendre des décisions.

**Messages clés** :

- 1) les apprenants doivent savoir ce qu'est le raisonnement clinique et connaître la place de l'intuition dans le raisonnement ;
- 2) les apprenants doivent être encouragés à mobiliser à la fois des processus de raisonnement intuitifs et analytiques ;

- 3) les rétroactions doivent permettre d'identifier les hypothèses générées précocement et les informations utilisées pour générer ces hypothèses.

**Références**

Pelaccia T, et al. An analysis of clinical reasoning through a recent and comprehensive approach: The dual-process theory. *Med Educ Online*, 2011;16.

Croskerry P. Critical thinking and reasoning in emergency medicine. In: Croskerry P et al, eds. *Patient safety in emergency medicine*. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

**Mots-clés** : Raisonnement clinique, prise de décisions, intuition

**Clientèle cible** : Enseignants en santé

## AT 04

**Les formations par concordance (FpC) : des méthodes d'apprentissage en ligne pour préparer à la complexité et l'incertitude de la pratique***Bernard Charlin, Nicolas Fernandez*

CPASS, Faculté de médecine, Université de Montréal, Canada

Contact : bernard.charlin@umontreal.ca

**Contexte** : Les institutions éducatives préparent insuffisamment à la complexité et l'incertitude de la pratique. Les formations par concordance (FpC) consistent en une brève description de situation professionnelle authentique suivie par des questions que se posent les professionnels expérimentés du domaine dans ce type de situation. Il a été préalablement demandé à un panel d'experts du domaine de répondre aux questions et de justifier leurs réponses. Le participant répond en ligne aux questions. Les réponses sont captées par une échelle de Likert. Dès qu'il a répondu le participant voit à l'écran :

- 1) les réponses du panel ;
- 2) les justifications données par ces experts ;
- 3) les messages-clés rédigés par une autorité du domaine.

La FpC a été testée sur plus de 900 étudiants, de différents niveaux et dans des domaines très différents. Cette méthode d'apprentissage s'appuie sur la théorie de l'apprentissage cognitif. Elle donne accès au raisonnement de professionnels expérimentés placés dans la même situation.

**Objectifs** : À la fin de l'atelier les participants seront aptes à :

- 1) Décrire les principes éducatifs des FpC ;
- 2) Concevoir un cas de format FpC et décrire les étapes requises pour le mettre en ligne ;
- 3) Citer les réactions des étudiants quant à cette nouvelle approche.

**Déroulement** : Deux exemples de FpC seront présentés :

- 1) Formation au raisonnement clinique chez des étudiants de 1<sup>ère</sup> année (hématologie) ;
- 2) Développement du jugement professionnel et éthique (étudiants à l'externat). Les participants discuteront et commenteront les principes éducationnels et le fonctionnement général des FpC présentées.

Les participants devront alors élaborer un cas et discuteront des exigences requises pour en faire un système de formation en ligne. Les données collectées auprès de plus de 900 étudiants qui ont expérimenté la méthode seront présentées. Les participants apporteront leurs propres réactions devant ce type d'apprentissage. Un tiré à part sera remis pour aider les participants à élaborer leurs propres cas.

**Mots-clés** : Raisonnement, incertitude, formation en ligne, réflexivité

**Clientèle cible** : Les professionnels de la santé de tout champ intéressés par une méthode innovatrice de formation en ligne qui prépare les étudiants à s'adapter aux situations complexes et incertaines auxquelles ils auront à faire face dans la pratique clinique. Les formations de FpC en ligne peuvent être utilisées en formation pré-graduée, en résidence et en formation professionnelle continue.

## AT 05

### Comment contrer les obstacles de la communication en pédagogie des sciences de la santé ?

*Boubaker Kermiche, Naouel Chibout, Mouhamed Ridha Guedjati, Salah Ferhi*

Faculté de médecine Hadj Lakhdar Batna, Algérie  
Contact : kermicheboubaker@yahoo.fr

**Contexte** : La communication pédagogique est principalement axée sur l'échange d'information, ces échanges se font dans les deux sens, entre enseignant/apprenant et entre apprenants. Or le succès de ces échanges dépend bien de plusieurs facteurs, certains sont liés aux possibilités techniques de communiquer, d'autres sont liés à la capacité réciproque de comprendre les messages et d'autres peuvent être rattachés aux attitudes que les interlocuteurs ont les uns par rapport aux autres. Pour être efficaces les enseignants doivent réduire au minimum ces obstacles et suivre une stratégie pertinente et pragmatique afin d'assurer une communication compréhensible, et une formation adéquate et permettre une lucidité de passage de leurs messages éducatifs tant en formation médicale initiale qu'en développement professionnel continu.

**Objectifs** : Au terme de l'atelier, les participants seront en mesure de :

- 1) Identifier les méthodes et techniques de communication pertinentes pour atteindre les objectifs de leurs communications.

- 2) Initier à un mode de communication sans confusion sémantique.
- 3) Aider à minimiser le niveau de codage des messages et à améliorer les capacités de compréhension du contenu de leur communication.
- 4) Initier à l'application du test de lisibilité de close pour vérifier que le niveau de complexité des textes convienne aux destinataires de la communication.

**Déroulement** : Atelier interactif par petits groupes

#### Références

Paivendi S. Apprendre à l'université Collection : Pédagogie en développement. Editeur : De Boeck, September 2015.  
Loisier J. Guide de communication éducative et choix technologique en formation à distance (Reade ; www.refad.ca) mars 2009.  
Prozesky D, Revue de santé oculaire communautaire/volume5/ numéro5/janvier 2008.  
La communication : Support d'enseignement du DIU de pédagogie des sciences de la santé, CRAME Bordeaux 2 on ligne [<http://www.crame.u-bordeaux2.fr/documentation/index.html#communication>].

**Population cible** : Acteurs de l'éducation en santé.

## AT 06

### Une certitude en médecine : la nécessité de gérer et intégrer l'incertitude clinique

*Bernard Martineau, Steve Balkou*

Faculté de médecine et des sciences de la santé,  
Université de Sherbrooke, Canada  
Contact : Bernard.Martineau@USherbrooke.ca

**Contexte** : L'incertitude est omniprésente à tous les niveaux de nos décisions cliniques. On vit de l'incertitude avec nos patients depuis le début de notre pratique et on la vit aussi avec nos étudiants. Elle nous amène dans des zones d'inconfort que nous cherchons à éviter.

**Objectifs** : Au terme de l'atelier, les participants seront en mesure de :

- 1) Reconnaître l'importance de l'incertitude dans leur vie professionnelle ;
- 2) Partager et gérer l'incertitude comme professionnel ou résident ;
- 3) Utiliser l'incertitude comme un outil pédagogique en clinique ;
- 4) Utiliser l'incertitude comme un outil de collaboration patient-médecin.

**Déroulement** : Dans le cadre de cet atelier, les participants pourront partager leurs expériences, évaluer leur niveau de

tolérance à l'incertitude et échanger sur les stratégies qu'ils utilisent pour y faire face. Par la suite, ils auront l'occasion d'observer un exemple de gestion de l'incertitude dans leur relation médecin-patient.

#### Références

Sanche G, Caire Fon N. Quand l'incertitude s'en mêle : travailler sans filet, *Médecin du Québec* 2010;5:37-41.

Audetat MC, Laurin L. Clinicien et superviseur...même combat ! *Médecin du Québec* 2010;5:53-57.

**Mots-clés** : Incertitude, supervision, clinique

## AT 07

### La gestion du temps et de sa carrière

*François Goulet*

Direction de l'amélioration de l'exercice, Collège des médecins du Québec, Canada

Contact : fgoulet@cmq.org

**Contexte** : Dans la vie trépidante des enseignants et cliniciens des sciences de la santé, quelles sont les valeurs et les priorités à mettre à l'agenda ? Comment concilier les vies professionnelle et personnelle ? Comment mieux planifier sa carrière à court et moyen terme ?

**Objectifs** : Au terme de l'atelier le participant sera en mesure de :

- 1) Faire concorder son emploi du temps à ses valeurs en utilisant des aides à la gestion du temps ;
- 2) Développer des habiletés dans la gestion des documents administratifs et cliniques, téléphones, réunions et formulaires ;
- 3) Développer un plan de carrière ;
- 4) Planifier des objectifs de carrière à court terme (1 an) et à long terme (5 ans).

**Déroulement** : À l'aide de courts scénarios, des travaux en petits groupes et en dyades, les participants devront réfléchir quant à la gestion actuelle de leur temps ainsi que planifier à court et moyen termes leur avenir professionnel.

**Discussion/conclusions** : Mieux gérer son temps ça s'apprend ; il est important de réfléchir et planifier sa carrière de professeur universitaire

#### Référence

Patel H, Puddester D. The Time management guide: a practical Handbook for physicians by physicians. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons, 2012.

**Mots-clés** : Gestion du temps ; gestion de sa carrière

## AT 08

### Une démarche réaliste pour intervenir auprès des stagiaires qui ne reconnaissent pas leurs difficultés

*Suzanne Laurin, Luc Côté*

Faculté de médecine, Université de Montréal, Canada

Contact : suzanne.laurin@umontreal.ca

**Contexte** : Une stratégie souvent utilisée par les cliniciens enseignants au moment de formuler une rétroaction au stagiaire consiste à lui demander d'abord comment il évalue sa performance. Cette technique qui facilite la tâche lorsque le stagiaire est conscient de ses forces et difficultés, place parfois le clinicien enseignant en position difficile surtout quand le stagiaire minimise ses lacunes ou les nie. Dans ces situations, le clinicien enseignant ne sait souvent pas comment s'y prendre pour que le stagiaire prenne conscience de ce qu'il doit améliorer et qu'il se mobilise pour y arriver.

**Objectifs** : Au terme de l'atelier, les participants seront en mesure de :

- 1) Clarifier les notions d'autocritique et d'autoévaluation et départager le vrai du faux à partir de la littérature scientifique ;
- 2) Proposer une démarche réaliste pour intervenir auprès des stagiaires minimisant ou niant leurs difficultés.

**Déroulement** : Présentation interactive des données de recherche à propos de l'autocritique et de l'autoévaluation. Proposition d'une démarche structurée pour aborder les stagiaires qui ne reconnaissent pas leurs difficultés. Travail en petits groupes à partir de situations de supervision pour formuler des hypothèses diagnostiques et proposer des interventions ciblées.

**Résultats** : La capacité d'autocritique n'est pas une compétence généralisable et les cliniciens enseignants devraient consacrer leur énergie à soutenir le développement de la compétence plutôt que d'essayer d'améliorer l'autocritique de leurs stagiaires.

#### Références

Audetat MC, Laurin S, Sanche G. Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique. I. Un cadre conceptuel pour identifier les problèmes de raisonnement clinique chez les étudiants. *Pédagogie Médicale* 2011;12(4):223-229.

Côté L. Réflexion sur une expérience de supervision clinique sous l'angle de l'alliance pédagogique *Pédagogie Médicale* 2015;16(1):79-84.

Dory V, de Foy T, Degryse J. L'auto-évaluation : postulat préalable, finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique ? Clarifications conceptuelles et pistes pour une application en éducation médicale. *Pédagogie Médicale* 2009;10(1):41-53.

Eva K, Regehr G. "I'll Never Play Professional Football" and Other Fallacies of Self-Assessment. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 2008;28(1):14-19.

Telio S, Ajjawi R, Regehr G. The "Educational Alliance" as a Framework for Reconceptualizing Feedback in Medical Education. *Acad Med* 2015;90:609-14.

Vaughn L, Baker R, T : DW. The problem learner. *Teaching and Learning in Medicine* 1998;10(4):217-22.

**Mots-clés :** Autocritique, diagnostic pédagogique, rétroaction

## AT 09

### Formation en santé communautaire : comment allier apprentissage mutuel et interdisciplinarité

*Maryse Guay, Judith Archambault, Stéphanie Lanthier-Labonté, Amin Mesbahi, Nina Nguyen, Ginette Sika*

Faculté de médecine et des sciences de la santé,  
Université de Sherbrooke, Canada

Contact : Maryse.Guay@USherbrooke.ca

**Contexte :** Le stage en santé communautaire de l'Université de Sherbrooke est obligatoire pour les étudiants de 4<sup>ème</sup> année de formation médicale prédoctorale. Ce stage de 4 semaines vise à favoriser une meilleure compréhension de la pratique en santé publique, et à rendre l'externe compétent dans cette discipline. Parmi ses objectifs spécifiques de stage, l'externe doit : Collaborer à la conception, à l'application ou à l'évaluation d'une intervention en santé publique et agir en complémentarité avec les ressources du réseau de la santé et renforcer les collaborations professionnelles.

En août 2015, devant le phénomène d'hésitation à la vaccination et en réponse aux demandes des infirmières vaccinatrices, un groupe de 4 étudiants a élaboré, donné et évalué une formation brève sur l'entretien motivationnel (EM) adapté à la vaccination. Sous la supervision d'un médecin résident et d'un professeur médecin spécialiste en santé publique, la formation a été donnée 5 fois auprès de 37 infirmières. Après une partie théorique sur 4 des principes de l'EM, la partie pratique était sous forme de jeux de rôles en trio (parent hésitant—vaccinatrice—observateur).

**Objectifs :** À la fin de l'atelier, le participant pourra apprécier le stage d'externat en santé communautaire dans une perspective d'apprentissage mutuel, décrire son déroulement et appliquer certains principes de l'EM.

**Déroulement :** Avec le concours des participants, les animateurs reproduiront la formation donnée par les externes :

- 1) Questionnaire pré-atelier ; La présentation du stage et du contenu théorique de la formation ;
- 2) Jeux de rôle en petit groupe de participants pour pratiquer l'EM auprès d'un patient réticent ; Discussions et échanges en petit groupe sur les jeux de rôle ; Questionnaire post-atelier ;
- 3) Retour en grand groupe : présentation des résultats de l'évaluation (devis pré/post) ; échanges et questions.

**Conclusion et messages clés :** Le format d'apprentissage-enseignement interdisciplinaire a permis aux externes d'atteindre non seulement leurs objectifs de stage en améliorant leurs compétences en communication, en EM et en santé publique, mais aussi de contribuer à la formation des vaccinatrices qui à leur tour ont fait bénéficier les externes de leur savoir construit auprès des parents hésitants.

#### Références

Miller WR, Rollnick S. Traduit par P. Michaud et D. Lécallier. L'entretien motivationnel, aider la personne à engager le changement, 2<sup>e</sup> édition, InterEditions, Paris, 2013.

Shershneva M, Carnes M, Bakken LL. A Model of Teaching-Learning Transactions in Generalist-Specialist Consultations. *The J. of Continuing Education in the Health Professions* 2006;26(3):222-229.

**Mots-clés :** Apprentissage mutuel, vaccination, entretien motivationnel

## AT 10

### Éviter le piège de la fermeture prématurée pédagogique

*Marie-Claude Audétat, Valerie Dory, Suzanne Laurin*

Faculté de médecine, Université de Montréal, Université McGill, Canada et Université de Genève, Suisse

Contact : marie-claude.audetat@unige.ch

**Contexte :** Les difficultés de raisonnement clinique affectent entre 5 et 15 % des étudiants des facultés de médecine. Ces difficultés sont souvent identifiées tardivement dans le parcours de la formation, et c'est un véritable enjeu pour les cliniciens enseignants que d'aller au-delà de leur première impression pédagogique d'une difficulté d'un stagiaire et de procéder à une démarche de diagnostic pédagogique. L'utilisation d'une taxonomie des difficultés de raisonnement clinique peut aider les cliniciens enseignants à formuler des hypothèses pédagogiques et appliquer un raisonnement pédagogique rigoureux pour mieux identifier les difficultés de leurs stagiaires.

**Objectifs :** S'appuyant sur le parallèle entre les raisonnements clinique et pédagogique, nous proposerons une démarche dynamique de diagnostic pédagogique des difficultés de



raisonnement clinique. A partir de situations concrètes et d'exemples, nous inviterons les participants à générer des hypothèses pédagogiques et à élaborer un diagnostic différentiel des difficultés de raisonnement clinique.

**Cadre théorique présenté :** Nous nous appuyons sur une taxonomie des difficultés de raisonnement clinique développée à l'Université de Montréal, ainsi que sur le concept de script pédagogique, tel que présenté par Irby.

**Déroulement :** Présentation interactive des concepts suivie de travaux de groupe à partir de vignettes pédagogiques en lien avec des manifestations concrètes de difficultés de raisonnement clinique chez des stagiaires.

**Conclusions et messages clés :** Une démarche rigoureuse de diagnostic pédagogique, fondée sur la génération et la vérification d'hypothèses, permet de mieux cerner les difficultés des stagiaires. L'utilisation d'un référentiel de difficultés de raisonnement clinique soutient le développement de scripts pédagogiques nécessaires à la formulation d'une rétroaction utile et pertinente.

#### Références

Audétat MC, Laurin S, Sanche G. Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique. I. Un cadre conceptuel pour identifier les problèmes de raisonnement clinique chez les étudiants. *Pédagogie Médicale* 2011;12(4):223-229.

Irby DM. Excellence in clinical teaching : knowledge transformation and development required. *Medical Education* 2014;48:776-784.

Audétat M, Laurin S, Sanche G, Béique C, Caire-Fon N, Blais J, Charlin B. Clinical reasoning difficulties: A taxonomy for clinical teachers. *Medical Teacher* 2013;35(3):e984-e989.

Côté L, Gingras N. Réponses et cadres conceptuels des cliniciens enseignants lors de discussions de cas avec des internes en psychiatrie. *Pédagogie Médicale* 2013;14(3):169-186.

**Mots-clés :** Diagnostic pédagogique, scripts pédagogiques, difficultés de raisonnement clinique, génération d'hypothèses pédagogiques

AT 11

## Renouveau curriculaire : un parcours de professionnalisation médicale à l'Université de Sherbrooke

*Ghislaine Houde, Ann Graillon, Evelyne Cambrou-Goulet, Sylvie Mathieu, Eve-Reine Gagné*

Faculté de médecine et des sciences de la santé,  
Université de Sherbrooke, Canada

Contact : ghislaine.houde@usherbrooke.ca

**Contexte :** Le programme de médecine de l'Université de Sherbrooke a entrepris le développement d'un nouveau curriculum fondé sur 6 grandes orientations : l'agir avec compétence, une approche généraliste, le décloisonnement disciplinaire, la collaboration, la flexibilité et une gestion efficace. Le curriculum a été construit sous la forme d'un parcours de professionnalisation, mettant l'accent sur le développement de l'agir compétent dans des situations professionnelles variées représentatives de la pratique médicale (soins, promotion, formation, gestion et recherche). Des cibles de formation de complexité croissante ont été définies pour chacune des situations professionnelles. Ces cibles font appel à des situations/problèmes de santé qui structurent le programme et balisent l'acquisition de connaissances fondamentales et cliniques ainsi que le développement d'habiletés cliniques professionnelles et de collaboration. Des mises en situations permettant à l'étudiant de mettre en pratique l'ensemble des apprentissages en situation authentique et des activités de réflexion sur le développement de la pratique professionnelle sont déployées de manière longitudinale dans le programme pour soutenir le développement de l'agir compétent.

**Cadre théorique :** Le cadre de référence sur les parcours de formation à visée professionnelle de l'Université de Sherbrooke inspiré des travaux de LeBoterf et une démarche de développement de programme sous la forme de parcours de professionnalisation du Service de soutien à la formation de l'Université de Sherbrooke.

**Objectifs :** Décrire les particularités d'un parcours de professionnalisation et ce qui le différencie des autres approches par compétences. Identifier les principales caractéristiques d'un parcours dans le renouveau curriculaire à Sherbrooke. Dégager des grands principes pour le choix des activités d'apprentissage et d'évaluation cohérentes avec une approche de parcours de professionnalisation.

**Déroulement :** L'atelier comprendra deux périodes de présentation interactive alternées avec des périodes d'échanges et d'analyse au sujet du parcours de professionnalisation et des distinctions entre les approches par compétences, des activités d'apprentissage proposées, ainsi que des principes d'évaluation en cohérence avec le parcours de professionnalisation.

**Conclusion :** Le parcours de professionnalisation supporte la construction d'un curriculum novateur répondant mieux aux besoins des patients et des communautés. Ce programme plus signifiant et explicite pour l'étudiant facilite l'apprentissage de ressources acquises en « juste-à-temps » et intègre une immersion clinique précoce, des activités de simulation, la rétroaction, une pratique réflexive encadrée et une évaluation centrée sur l'apprentissage.

#### Référence

LeBoterf G. Construire les compétences individuelles et collectives, Édition EYROLLES, 2013.

**Mots-clés :** Révision curriculaire, développement des compétences, parcours de professionnalisation

## AT 12

### Responsabilité sociale et facultés de médecine du Québec : Où en sommes-nous ? Où allons-nous ?

*Paul Grand'Maison, Julien Poitras, Réjean Duplain, Saleem Razack, Éric Lachance, Joël Ladner, Ahmed Maherzi*

Faculté de médecine des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Canada

Contact : paul.grandmaison@usherbrooke.ca

**Contexte** : La responsabilité sociale (RS) des facultés de médecine interpelle leur direction et l'ensemble des personnes qui y œuvrent dans le but de mieux répondre aux besoins de santé des populations à servir en tenant compte des différences et des particularités. Qu'en est-il pour les facultés dans les pays à haut niveau de revenu comme le Québec où plusieurs initiatives déjà mises en place sont vues comme des modèles ? Peut-on aller plus loin ? Les facultés de médecine du Québec ont reconfirmé leur engagement envers leur RS. Plus récemment, elles ont même créé un groupe provincial à ce sujet pour maximiser le partage d'informations, promouvoir la RS, élaborer des projets communs, positionner le Québec comme un milieu à l'avant-garde de la RS. Les actions des facultés doivent tenir compte de leur historique, de leur spécificité et de l'évolution de la société québécoise et des besoins de santé.

**Cadre théorique** : Le Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine (2010) a présenté un cadre théorique sur la RS. Ce cadre a été accepté par l'ensemble des intervenants au niveau mondial. Ses 10 recommandations interpellent les facultés qui doivent analyser leur performance par rapport à celles-ci. Les directions des facultés sont interpellées tout comme chacun de leurs professeurs. L'objectif est triple : une faculté socialement responsable, des professeurs et des étudiants socialement responsables, un impact maximal pour répondre aux besoins.

**Buts et objectifs visés** : L'atelier permettra aux participants de :

- 1) S'approprier le concept de RS des facultés de médecine ;
- 2) Partager comment chacun se sent interpellé à titre de professeur d'une faculté ;
- 3) Échanger sur des actions de RS des facultés québécoises et sur leurs propres actions (facultaires et personnelles) ;
- 4) Inscrire l'initiative québécoise dans le mouvement international de RS ;
- 5) Réfléchir sur les priorités d'actions en collaboration pour les prochaines années.

**Déroulement** : Courtes présentations sur la RS et quelques actions des facultés de médecine québécoises. Échanges interactifs entre les participants à partir de thèmes et questions proposés

par les animateurs. Réflexion personnelle. Identification commune de leçons et éléments synthèse.

**Conclusion et messages clés** : Si la RS interpelle les facultés, incluant celles de pays à revenu élevé. Elle interpelle tous et chacun des professeurs et membres qui y œuvrent et qui ont un rôle faisant en sorte que « leur faculté est et devienne toujours plus socialement responsable ».

#### Référence

<http://healthsocialaccountability.org/> (site consulté le 24 février 2016).

**Mots-clés** : Responsabilité sociale, rôle des professeurs

## AT 13

### Former en santé mondiale : qu'en est-il pour les professeurs ?

*Carol Valois, Véronique Foley, Joël Ladner, Janie Giard, Chloé de Bellefeuille, André-Jacques Neusy, Paul Grand'Maison*

Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Canada

Contact : carol.valois@usherbrooke.ca

**Contexte** : De plus en plus, les facultés introduisent des activités de formation portant sur le domaine de la santé mondiale (SM) à leurs étudiants. Ce domaine touche à la fois la santé internationale et les interventions locales auprès de populations diverses, vulnérables, mal-desservies, auprès desquelles les déterminants de la santé notamment les différences culturelles jouent un rôle majeur. L'augmentation des activités interpelle un nombre de plus en plus grand de professeurs qui se doivent de soutenir l'apprentissage des étudiants en SM et les responsables de la formation des professeurs.

**Cadre théorique** : La formation des professeurs est une condition sine qua non pour assurer le succès de l'intégration de nouveaux contenus dans les programmes de formation. Cette formation, couvre de nouveaux apprentissages tant au niveau des contenus professionnels que par l'ajout d'approches pédagogiques pour favoriser l'apprentissage par les étudiants. Elle peut s'intégrer dans des activités de formation professorale déjà existantes ou en parallèle.

**Objectifs** : L'atelier permettra aux participants de :

- 1) Être sensibilisé à l'importance de la formation professorale en SM ;
- 2) Partager leur expérience comme professeur ou formateur de professeurs à cet égard ;
- 3) Discuter des besoins de formation professorale ;

- 4) Identifier des modalités d'enseignement qu'ils pourraient mettre en place dans leur milieu de formation ;
- 5) Initier des collaborations entre les facultés.

**Déroulement** : L'atelier utilisera une approche interactive d'apprentissage avec de courtes présentations, des réflexions personnelles, des partages d'expérience et de discussions entre les participants et d'élaboration de synthèses des apprentissages.

**Conclusion et messages clés** : La formation professorale dans le domaine de la SM est sous-optimale dans la plupart des facultés malgré une nécessité de plus en plus grande de former les étudiants à cet égard. Le besoin de formation des enseignants est aujourd'hui réel. De nouvelles approches de formation doivent être développées, alliant la formation professionnelle et la formation pédagogique, le tout adapté au contexte de chacun des milieux.

**Mots-clés** : Santé mondiale, formation professorale

## AT 14

### Comment enseigner l'analyse critique de la littérature en médecine familiale, au post-gradué

*Jean-Pierre Pellerin*

Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux, centre-sud de l'Île de Montréal, Canada  
Contact : rladouceur@cmq.org

**Contexte** : Dans le contexte d'apprentissage de la pratique de la médecine familiale, les médecins résidents sont appelés à parfaire leur formation et leur pratique par la lecture d'articles scientifiques en médecine. Souvent, ils n'ont pas l'occasion ou le temps ou les connaissances nécessaires afin de bien évaluer ou apprécier la portée clinique de leur lecture et son influence dans leur propre pratique clinique.

**Objectifs** : Cet atelier interactif permettra de démystifier les principaux aspects qui rendent rébarbatifs la lecture des articles médicaux.

- 1) Rappeler le rôle et l'importance des articles médicaux dans la pratique de la médecine familiale ;
- 2) Donner quelques outils méthodologiques de base afin d'évaluer le mieux possible un manuscrit scientifique en médecine ;
- 3) Donner un aperçu du mode d'évaluation préconisé auprès des résidents pour le Club d'Analyse Critique (CAC) à Verdun.

**Déroulement** : Nous procéderons par un échange d'informations, d'applications pratiques, de démonstrations et de discussions avec les participants. Concrètement, les informations

partagées concerneront les aspects méthodologiques de la lecture scientifique telle : la structure de l'article, l'identification du schéma expérimental, les techniques d'échantillonnage des sujets, l'analyse statistique et la validité des résultats. Trois exemples seront discutés. Les principes du calcul de la taille de la différence et du chevauchement des distributions « expérimentale et placebo » seront expliqués.

**Résultats** : Nous sommes convaincus que le contenu de cet atelier correspondra aux attentes de la plupart en matière de lecture critique.

**Discussion et conclusions** : Les participants sauront ce qui fait le succès d'un club d'analyse critique

#### Références

- Ebell MH, Woncheol J, Shen Y, et al. Development and validation of the good outcome following attempted resuscitation (Go-Far) score to predict neurologically intact survival after in-hospital cardiopulmonary resuscitation, *JAMA Intern Med*: 2013;173(20):1872-1878.
- Huiguier M, Boëlle P-Y. Biostatistiques pour le clinicien, Paris, Springer-Verlag France, 2013.
- Jolly D, Ankri J, Chapuis F, et al. Lecture critique d'articles médicaux, 2<sup>e</sup> édition, Paris, Elsevier Masson, 2009.

**Mots-clés** : Analyse critique, littérature, enseignement

## AT 15

### La simulation clinique in situ, un atout pour améliorer la collaboration et le travail de l'équipe interprofessionnelle après une situation clinique difficile

*Louise-Andrée Brien, Haj Mohammed Abbad*

Université de Montréal, Canada  
Contact : louise-andree.brien@umontreal.ca

**Contexte** : La simulation clinique in situ (SCIS) est une simulation qui se déroule en milieu de travail. C'est une stratégie pédagogique utilisée pour renforcer des compétences professionnelles, interprofessionnelles et organisationnelles d'une équipe de soins (1,2). Puisque la simulation se déroule dans le contexte quotidien de pratique des participants, la signifiante, l'intégration et le transfert des apprentissages sont facilités, et malgré le réalisme de l'environnement, la SCIS apporte un aspect sécuritaire qui facilite l'expérimentation (pas de vrai patient, pas de conséquences si erreurs). Les milieux qui utilisent cette stratégie sont surtout les départements de soins critiques, et généralement dans le but de répondre à un constat d'erreurs fréquentes ou pour préparer l'équipe à des événements exceptionnels (désastre, écloison de maladie infectieuse,



etc.) (1). Toutefois, l'expérience des animateurs de l'atelier montre que la SCIS peut être utilisée avantageusement dans d'autres milieux, en rétrospective de situations cliniques problématiques vécues par les différents professionnels d'une équipe de soins.

**Objectifs** : Sensibiliser les participants à l'utilisation de la SCIS : quelles situations s'y prêtent ; comment préparer et intégrer l'ensemble de l'équipe dans le processus de développement de la simulation ; comment créer un scénario qui répond aux intentions pédagogiques visées, et comment planifier le débriefing.

**Déroulement** : Alternance de travail en petits groupes et de discussions en plénière. Le partage des expériences et des idées de chacun seront au cœur de l'activité. Avec l'aide des animateurs de l'atelier, les participants auront à élaborer les grandes lignes d'une SCIS à partir d'un événement clinique vécu avec difficulté par une équipe interprofessionnelle. Ils seront tout d'abord invités à partager leurs expériences d'une telle situation, puis à réfléchir sur les situations qui pourraient bénéficier d'une SCIS comme stratégie de questionnement et d'amélioration des pratiques. Ils auront ensuite à faire l'ébauche d'une SCIS en tenant compte de différents paramètres proposés.

#### Références

Rosen MA, Hunt EA, Pronovost PJ, Federowicz MA, Weaver SJ. In situ simulation in continuing education for the health care professions: a systematic review. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 2012;32(4):243-254.

Sørensen JL, Navne LE, Martin HM, Ottesen B, Albrechtsen CK, Pedersen BW, et al. Clarifying the learning experiences of healthcare professionals with in situ and off-site simulation-based medical education: a qualitative study. *BMJ Open* 2015;5(10):e008345.

**Mots-clés** : Simulation clinique, collaboration interprofessionnelle

## AT 16

### Pratique réflexive : outils et objets de réflexion pour l'enseignant

*Ann Graillon, Diane Clavet*

Faculté de médecine et des sciences de la santé,  
Université de Sherbrooke, Canada  
Contact : ann.graillon@usherbrooke.ca

**Contexte** : L'approche réflexive est de plus en plus au cœur des préoccupations en éducation médicale. On la retrouve notamment bien présente dans le continuum de la formation

médicale en appui au développement des compétences, à la rétroaction efficace et au développement professionnel. Or, les professeurs qui encadreront cette approche auprès de leurs étudiants, ont souvent peu de notions « théoriques » sur ce concept pédagogique. L'intuition et la pratique réflexive personnelle servent ici souvent de base de connaissances sur le sujet. Nous proposons d'inclure l'approche réflexive comme démarche complémentaire de formation professorale permettant ainsi aux participants de vivre cette démarche réflexive de l'intérieur et de pouvoir en comprendre le potentiel et les conditions de succès dans leur démarche d'enseignement et de clinicien réflexif.

**Cadre théorique** : Le concept du « praticien réflexif » de Schön appliqué aux développements des compétences de l'enseignant en position d'encadrer et de modéliser l'approche réflexive en apprentissage.

**But** : Devenir un professeur-clinicien réflexif afin de soutenir les étudiants dans cette démarche réflexive et de poursuivre son développement professionnel à long terme au niveau de l'expertise médicale et professorale.

**Objectifs** : À la fin de l'atelier, le participant sera capable de :

- 1) Énoncer d'une manière attractive les concepts de la pratique réflexive ;
- 2) Décrire des stratégies d'utilisation de la réflexion en formation professorale ;
- 3) Utiliser les concepts de la réflexion guidée afin de concevoir une formation qui intègre des activités de réflexion guidée.

**Déroulement** : Énoncer les objectifs et recenser les pratiques réflexives déjà utilisées en formation par les participants ;

- 1) Présenter le cadre de référence de pratique réflexive guidée par un exposé interactif ;
- 2) Analyser quelques pratiques réflexives utilisées en formation professorale et participer à la création d'une activité de réflexion guidée en petit groupe à partir de consignes d'exercice précises ;
- 3) Amener les participants à identifier individuellement une action de réflexion guidée qu'ils souhaitent mettre en place dans leur milieu suite à l'atelier.

**Conclusion** : Intégrer des approches réflexives en formation professorale permet aux professeurs de mieux comprendre les principes, les bénéfices et les conditions de succès de la réflexion guidée. Ils deviendront alors de meilleurs modèles de rôle réflexif et la soutiendront mieux chez leurs étudiants.

#### Référence

Mann K, Gordon EJ, MacLeod A. Reflection and practice in health professions education: a systematic review. *Advances in Health Science Education* 2009;14:595-621

**Mots-clés** : Pratique réflexive, développement professionnel, réflexion guidée

## AT 17

**La classe inversée, une solution pédagogique miracle ?**

*Naouel Chibout, Boubaker Kermiche, Salah Ferhi, Mohamed Ridha Guedjati*

Faculté de médecine, Université Hadj Lakhdar, Algérie  
Contact : nawelchibout@yahoo.fr

**Contexte** : La classe inversée est une méthode pédagogique qui se décline autour d'activités d'apprentissage réalisées en groupe et en classe favorisant la co-construction ou co-élaboration des apprentissages entre pairs et qui s'appuie sur l'acquisition individuelle des connaissances de cours grâce aux TICE. Mettre en place une démarche de classe inversée est un processus passionnant mais complexe. S'approprier cette démarche implique de la part de l'enseignant une réelle motivation et une croyance dans son bien-fondé et sa mise en œuvre. La classe inversée se veut une proposition de réflexion et d'action pédagogique mais en aucun cas un modèle unique, elle met au centre du dispositif l'apprenant. Il faudra alors, comme dans les méthodes plus traditionnelles, conjuguer avec ces aléas et s'adapter ; s'assurer des prérequis ou du degré d'assimilation avant d'aller plus loin. Ainsi l'enseignant doit-il bien réfléchir avant d'entreprendre le concept de la classe inversée pour ses enseignements ? Il faut donc bien intégrer la problématique de l'incertitude pédagogique.

**Objectifs** : Au terme de l'atelier les participants seront en mesure de :

- 1) Être initié au concept de la classe inversée ; analyser des illustrations pratiques d'expériences antérieures ; et établir une comparaison avec la pédagogie traditionnelle.
- 2) Identifier avec les participants les difficultés quant à l'application de la méthode de pédagogie inversée, en tirer les avantages et les inconvénients de cette pratique.
- 3) Être initié à déterminer l'efficacité de la classe inversée en mesurant le rapport cout(en matière d'effort) / efficacité (en matière de résultats).

**Déroulement** : Atelier interactif par petits groupes

**Références**

Lebrun M. « Essai De Modélisation Et De Systématisation Du Concept De Classes Inversées - Lebrun, Marcel - Blog De M@rcel. » Porte-documents1.pdf. Consultation 22 février 2015.  
Saïdi S. « Réfléchir Avant D'inverser La Classe - Faculté D'éducation », Université De Sherbrooke. 22 avril 2014.  
Aoun A, Jacob M. La Classe Inversée Ou La Réorganisation De L'espace-temps Dans La Dualité Des Paradigmes « Enseigner – Apprendre » / André Aoun, Michel Jacob - Université Toulouse Jean Jaurès (Toulouse II-le Mirail) - Vidéo. Canal-U. - Juin 2013.

**Mots-clés** : Classe inversée, apprentissage, communication

**Population cible** : Acteurs de l'éducation, la santé

## AT 18

**Former des médecins de famille « universitaires » : description et évaluation du programme clinicien érudit de l'Université Laval**

*Miriam Lacasse, Annie St-Pierre, Marie-Hélène Dufour, Laurence Arena-Daigle, Andréane Lalumière-Saindon, Géraldine Layani, Eva Ouedraogo*

Faculté de médecine, Université Laval, Canada  
Contact : miriam.lacasse@mfa.ulaval.ca

**Contexte** : Le choix d'un milieu de pratique en communauté ou en milieu universitaire se dessine au cours de la formation médicale post-graduée. Peu de résidents sont accompagnés dans l'exploration des différentes facettes d'une pratique universitaire : recherche, enseignement et gestion, parallèlement au travail clinique. Le programme clinicien érudit (PCÉ) permet aux résidents d'adopter une démarche de Scholarship pour un projet d'érudition de leur choix leur permettant ainsi une exploration encadrée de la pratique en milieu universitaire.

**Cadres théoriques** : Cet atelier suit les différentes étapes de développement d'un curriculum décrites par Kern (2009) ; l'évaluation de programme sera discutée principalement selon le cadre de Kirkpatrick (1994) et le modèle Context/Input/Process/Product de Stufflebeam (2003).

**Objectifs** : À la suite de cet atelier, les participants seront en mesure de :

- 1) Décrire les besoins de leur milieu en ce qui a trait à la formation en érudition (recherche, enseignement, gestion) ;
- 2) Comparer le cursus du PCÉ offert à l'Université Laval à des formations similaires offertes dans leurs milieux ;
- 3) Réfléchir à l'évaluation de leurs programmes de formation respectifs à partir de l'exemple du PCÉ.

**Déroulement** : Après avoir sondé l'auditoire pour évaluer les besoins de formation en érudition dans leur milieu, un bref exposé parsemé d'échanges avec des diplômées du PCÉ permettra de bien comprendre le cursus et de le comparer à des formations similaires offertes internationalement. Diverses approches suivies pour l'évaluation du PCÉ seront ensuite contrastées sous forme de « débat » afin d'outiller les participants pour l'évaluation de leurs programmes respectifs.

**Conclusions et messages clés** : Le PCÉ de l'Université Laval a été développé en fonction des besoins du réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval afin de former une relève de médecins de famille « universitaires ». Son cursus est adapté aux objectifs de formation de chaque apprenant et couvre à divers degrés les trois facettes d'une pratique universitaire.

L'évaluation d'un tel programme gagne à utiliser diverses approches visant son amélioration continue.

### Références

Kern DE, Thomas PA, Hughes MT. Curriculum Development for Medical Education – A Six-Step Approach (2<sup>e</sup> édition ed.): Johns Hopkins University Press, 2009.

Kirkpatrick DL. Evaluating Training Programs: The Four Levels. San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers 1994.

Stufflebeam DL. The CIPP model of evaluation. In T. Kellaghan, D. Stufflebeam, L. Wingate (Eds.), International handbook of educational evaluation: Springer international handbooks of education, 2003.

**Mots-clés** : Développement de curriculum, évaluation de programme

## AT 19

### La simulation au secours de la gestion

*Andrée Sansregret, Arielle Lévy, Jean-François Hébert, Caroline Tremblay*

CHU Ste-Justine Université de Montréal, Canada

Contact : a.sansregret@videotron.ca

**Contexte** : Le débriefing est un élément essentiel de la simulation. En gestion, une situation ou une rencontre problématique individuelle ou d'équipe peut faire l'objet d'un débriefing au même titre que lors d'une simulation médicale de situation de crise.

**Cadre théorique** : La gestion du conflit interne créé par le désir de fournir des rétroactions directes sur une performance tout en maintenant une relation positive avec les apprenants entraîne de nombreuses stratégies de débriefing dysfonctionnelles. L'utilisation d'outils tels que le « two column case » et le « learning pathway grid » devrait permettre de découvrir les différences entre les bonnes intentions du gestionnaire et l'impact importun sur le collègue ou l'employé (apprenant) représentant l'écart de performance du débriefing. Quand l'écart est clair, il est possible à partir de résultats obtenus, d'analyser les actions actuelles et de découvrir le discours parfois caché, les croyances, les hypothèses ou les schèmes de pensée du débriefing ou gestionnaire.

**But** : Il est donc proposé de transposer les outils pédagogiques de débriefing utilisés en simulation au profit de la gestion.

**Objectifs** : Tirer profit des méthodes d'apprentissage de la simulation en santé pour la gestion. S'initier à l'utilisation d'une grille innovatrice (Learning Pathways Grid) pour améliorer la résolution de conflits dans des situations en gestion.

**Déroulement** : Présentation du cadre théorique, jeux de rôles en grand groupe, présentation des outils pédagogiques (grilles « two column case » ; « learning pathway grid »), jeux de rôles en petits groupes et retour en grand groupe.

**Conclusion** : Cet atelier a pour but de fournir des outils aux gestionnaires pour qu'ils puissent analyser leurs performances en gestion de situations problématiques ou conflictuelles.

### Références

Rudolph JW, Foldy EG, Robinson T, Kendall S, Taylor SS, Simon R. Helping Without Harming: The Instructor's Feedback Dilemma in Debriefing A Case Study. Simulation in Healthcare 2013;8(5):304-316.

Rudolph JW, Simon R, Dufresne RL, Raemer DB. There's no such thing as "nonjudgmental" debriefing: a theory and method for debriefing with good judgment. Simul Healthc 2006;1(1):49-55.

**Mots clés** : Gestion, simulation, débriefing

## AT 20

### Enseigner le rôle du médecin face à la dimension spirituelle de ses patients

*Sharon Hatcher, Christian Bouchard, Martine Gaudreault*

Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Canada

Contact : sharon.hatcher@usherbrooke.ca

**Contexte** : Au cours des dernières années, on parle et on écrit de plus en plus sur l'importance de considérer la dimension spirituelle dans les soins de nos patients. Plusieurs médecins vivent cet aspect de la relation patient-médecin souvent très intuitivement. Comme enseignants, on ressent un malaise à parler à nos résidents d'un sujet paraissant aussi personnel et subjectif.

**Cadre théorique** : L'approche pédagogique prônée dans cet atelier est basée sur la méthode clinique centrée sur le patient, développée par l'équipe de recherche du Centre for Studies in Family Medicine de l'Université Western, en Ontario, Canada. Les notions explorées en lien avec la spiritualité, la santé, et la pédagogie médicale, sont basées sur un recensement de la littérature médicale et sociologique depuis les vingt dernières années.

**Objectifs** : Au terme de l'atelier, les participants seront en mesure de mieux comprendre les répercussions psycho-spirituelles chez le patient qui rencontre son médecin ; s'approprier quelques outils pratiques d'intervention auprès des patients en lien avec leur dimension spirituelle ; apprendre davantage sur le rôle de l'intervenant en soins spirituels ; partager quelques

pistes d'approche pédagogique en lien avec nos résidents qui se préparent pour leur pratique future.

**Déroulement** : Au moyen d'un travail individuel et d'exposés interactifs, le curriculum développé à l'unité de médecine de famille de Chicoutimi, au sein du programme de médecine de famille de l'Université de Sherbrooke, sera discuté. Afin de présenter le thème, les participants seront invités à effectuer un exercice auto-réflexif, partagé en plénière par la suite. Au cours d'exposés interactifs sur les approches cliniques et pédagogiques, des cas cliniques seront partagés. Finalement, des réflexions et rétroactions des résidents sur ce nouveau curriculum seront présentées.

**Messages-clés** : La spiritualité est un élément sous-jacent à la réussite de la démarche clinique centrée sur le patient ; les intervenants en soins spirituels peuvent apporter une contribution importante à l'équipe de professionnels de la santé au service du bien-être du patient ; l'intégration de la spiritualité en pédagogie médicale est un phénomène récent et novateur, méritant une étude plus approfondie.

#### Références

Anandarajah G, Hight E. Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment. *Ann Fam Med*. 2001;63:81-89.  
 Lucchetti G, Lucchetti LG, Puchalski CM. Spirituality in Medical Education: Global Reality? *J Relig Health* 2012;51(1):3-19.  
 Maire P. La Santé autrement. Essai sur la nécessité d'adopter une pratique spirituelle des soins. Jouvence, 2011.

**Mots-clés** : Spiritualité et santé, approche globale

## AT 21

### La dimension éthique d'une prise de décision en équipe interprofessionnelle : le dispositif de l'équipe réfléchissante

*Cécile Bolly, Pierre Firket*

Université catholique de Louvain, Belgique  
 Contact : cecile.bolly@uclouvain.be

**Contexte** : Il y a quelques années, les soins de santé reposaient sur un modèle vertical dont le dépositaire était le médecin. La nature des plaintes trouvait de bonnes réponses dans une médecine singulière, à l'acte. Aujourd'hui, des mutations sociales, économiques et culturelles majeures déstabilisent les déterminants de santé habituels et de nouvelles plaintes émergentes. Elles sont de nature plus complexes et impliquent de nombreuses causes. La réponse médicale se doit d'être, en miroir, pluridisciplinaire et reposer cette fois sur un modèle transversal qui promeut le partenariat entre le patient et les professionnels. Elle nécessite une

compétence systémique et éthique qui s'acquiert par l'exercice d'une pédagogie participative, dans le but de créer des communautés de pratiques interprofessionnelles adaptées au terrain. C'est en effet également au sein de leur propre communauté de pratiques, que les professionnels de la santé expérimentent la rencontre de cultures et de générations différentes. La pertinence d'une pratique interprofessionnelle exige l'acquisition de cette compétence relationnelle qui croise ici culture et génération. L'objectif de cet atelier est de faire découvrir la dimension systémique et les conditions d'ethnicité de la prise de décision dans ce contexte.

**Cadre théorique** : Les références théoriques sont celles du modèle de l'équipe réfléchissante, centré que les questions de l'autonomie et des (inter)dépendances des échanges entre les différents intervenants, celles de l'éthique narrative, qui rappelle l'influence du récit sur la construction de l'identité de chacun, ainsi que celles de la délibération éthique.

**Objectifs** : Proposer un dispositif de travail coopératif permettant :

- 1) De prendre en compte les contingences générationnelles et culturelles liées à l'inter professionnalité ;
- 2) De s'approprier le modèle de l'équipe réfléchissante et d'implémenter dans sa pratique les conditions d'ethnicité qu'il favorise ;
- 3) D'établir des liens avec les différentes étapes d'une délibération éthique ;
- 4) De favoriser la réflexivité des différents acteurs.

**Déroulement** : Travail en sous-groupes à partir d'une vignette clinique mettant en jeu une situation complexe vécue par une équipe interprofessionnelle. Utilisation d'une technique en 6 temps. Mise en perspective de repères éthiques qui permettent à chacun de mieux comprendre son propre mode de prise de décision en situation complexe.

#### Références

Andersen T. The Reflecting Team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work, *Family Process* 1987;26:415-428.  
 Legault GA. Professionnalisme et délibération éthique, Québec, PUQ, 2010.  
 Ricoeur P. Soi-même comme un autre, Paris, Seuil, 1991.

**Mots-clés** : Équipe réfléchissante, prise de décision, éthique, interprofessionnalité, réflexivité

## AT 22

### Supervision axée sur les compétences : comment encourager les apprenants à assumer un rôle actif ?

*Danielle Saucier*

Faculté de médecine, Université Laval, Canada  
 Contact : danielle.saucier@mfa.ulaval.ca



**Contexte :** L'approche par compétences implique que l'apprenant assume la responsabilité de ses apprentissages. Mais comment encourager l'externe ou le résident à jouer un rôle actif au cours des interactions de supervision ? Certaines théories ou modèles en éducation éclairent l'expérience des participants et fournissent des pistes au regard des stratégies d'intervention des superviseurs qui peuvent encourager ou guider les apprenants dans le développement actif de leurs compétences. Ces pistes portent autant des stratégies cognitives d'auto-évaluation et d'autogestion de ses apprentissages, que sur la relation apprenant - superviseur et sur le climat d'apprentissage.

**Objectifs :** Au terme de l'atelier, les participants seront aptes à :

- 1) Explorer des stratégies qui encouragent l'apprenant à assumer en cours de supervision un rôle actif, à partir de quelques théories de l'éducation et de l'expérience des participants.
- 2) Reconnaître les stratégies qui assurent un environnement d'apprentissage propice.
- 3) Explorer diverses interventions qui favorisent chez l'apprenant des stratégies cognitives efficaces.

**Déroulement :** Atelier interactif pour les cliniciens-enseignants d'expérience. Les théories du « cognitive apprenticeship » et de l'apprentissage autorégulé ainsi que sur le modèle R2C2 de rétroaction seront explorés au cours de présentations interactives. Les participants discuteront en petits groupes de stratégies de supervision inspirées par ces théories, en s'appuyant sur leur propre expérience de supervision. Des vignettes et des discussions en plénière permettront de faire ressortir les messages-clés, issus conjointement de la pratique et des écrits recensés.

**Discussion/conclusion :** Le passage vers une formation clinique axée sur les compétences sera facilité par une transformation des stratégies de supervision vers certaines qui encouragent plus particulièrement les apprenants à assumer un rôle actif dans leurs apprentissages. Parmi elles, notons en particulier une rétroaction centrée sur l'apprenant, discutée dans un climat non menaçant, et un « coaching » qui guide vers des stratégies d'autogestion (cognitive et émotive) de ses apprentissages et d'amélioration continue de sa performance.

#### Références

- Stalmeijer R, et al. Clinical teaching based on principles of Cognitive apprenticeship: views of experienced clinical teachers. *Academic Medicine* 2013;88:861-865.
- Brydges R, Butler D. A reflective analysis of medical education research on self-regulation in learning and practice. *Medical Education* 2012;46:71-79.
- Weimer M. *Learner-centered teaching: Five key changes to practice*. John Wiley & Sons, 2013.
- Sargeant J, Lockyer J, Mann K, et al. Facilitated Reflective Performance Feedback: Developing an Evidence- and Theory-Based Model That Builds Relationship, Explores Reactions and Content, and Coaches for Performance Change (R2C2). *Acad Med* 2015; 21 juillet 2015, early online.

**Mots-clés :** Supervision, éducation axée sur les compétences centrées sur l'apprenant

## AT 23

### Comment mettre en place un jeu de rôle pour enseigner la posture éducative à des professionnels de santé ?

*Claude Mahé, Vincent Dumez, Alexandre Berkesse, Morgan Jaffrelot*

Collège des hautes études en médecine (CHEM), France  
Contact : [claudemahe@chem-sante.fr](mailto:claudemahe@chem-sante.fr)

**Contexte :** Le cahier des charges de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) s'est structuré ces dernières années dans plusieurs pays. L'ETP propose aux soignants d'« adopter une manière de travailler qui favorise l'implication du patient dans les décisions et les actions relatives à sa santé ». La formation en ETP permet donc de faire face à un changement de paradigme proche aujourd'hui du counseling « coopératif » dans lequel la personne, guidée et accompagnée par le soignant, prend les décisions. Ainsi le modèle de « participation mutuelle » suppose une forte implication du patient auquel les soignants ne sont pas toujours préparés et formés. L'ETP propose des pistes pour renforcer la collaboration entre le patient et les soignants et « nécessite de la part du soignant des capacités inédites par rapport à la formation médicale traditionnelle ». Or, les formations de la santé sont encore organisées de telle manière que les apports théoriques sont dispensés en salle de cours et les savoirs pratiques, abordés le plus souvent en situation réelle (stage par ex). On ne pourra développer la pratique de l'ETP si on ne développe pas dans le même temps l'offre en formation initiale et continue, avec des méthodes adaptées. La simulation en santé, en est une, avec notamment l'utilisation de jeux de rôle. A certaines conditions, c'est une méthode pédagogique pertinente pour aborder les aspects relationnels au cours des interactions entre les soignants et les patients.

**Cadre théorique :** Ancrage sur un cadre théorique socio constructiviste, favorisant la pratique réflexive des participants. L'ETP est abordée selon le point de vue du patient partenaire des soins.

**Objectifs :** Au terme de l'atelier, les participants pourront expérimenter la posture éducative, en respectant certains paramètres dans la construction des scénarios ; le choix des intentions pédagogiques. Identifier les étapes de préparation et d'animation du jeu de rôle pour favoriser le transfert des apprentissages.

**Déroulement :** 1. L'ETP dans le monde aujourd'hui et tour de table: Qu'est-ce-que la posture éducative ? 2. En groupe, construction de grilles d'observation. 3. Analyse d'un jeu de rôle puis analyse: Le jeu de rôle a permis d'évaluer/d'aborder quels éléments ? 4. Plénière : éléments indispensables pour écrire un jeu de rôle pour aborder la posture éducative. Compléments de



connaissances : place du patient formateur/instructeur dans le débriefing du jeu de rôle.

**Mots-clés** : Simulation, jeu de rôle, éducation thérapeutique, posture éducative

AT 24

## Comment (bien) faire mourir le simulateur dans les programmes d'enseignement des sciences de la santé ?

*Anne Weiss, Morgan Jaffrelot, Thierry Pelaccia*

HERS - Université de Mons, Belgique

Contact : luc\_canautte@hotmail.com

**Contexte** : La simulation est une méthode pédagogique qui permet d'exposer les apprenants à des situations proches de la réalité, dans leur diversité, (et parfois leur rareté), dans un environnement sécurisé, à la fois pour le patient et les professionnels de santé. L'intérêt pédagogique de la mort du mannequin en simulation est un sujet très controversé dans la littérature. Un certain nombre d'auteurs pensent qu'il ne faut jamais faire mourir le mannequin alors que d'autres recommandent cette pratique. Les premiers estiment que le fait de recourir à des scénarii aboutissant à la mort du mannequin augmente le niveau de stress des étudiants impactant de façon négative leurs apprentissages notamment en empêchant le transfert d'informations clés

enseignées lors de la session de simulation. Pour les seconds, le fait de confronter les étudiants à des situations cliniques où le mannequin est amené à présenter une absence de signes vitaux (ASV) les rend plus efficaces dans la gestion de telles situations dans leurs pratiques professionnelles futures.

Des travaux ont parallèlement mis en évidence que les étudiants en médecine et en sciences infirmières ne sont pas satisfaits de l'enseignement qui leur est proposé sur la gestion de la mort et l'annonce de mauvaises nouvelles. Ils se sentent insuffisamment formés et préparés à affronter de telles situations de soins dans la réalité.

**Objectifs** : Au terme de l'atelier, les participants seront en mesure de :

- 1) Identifier des situations professionnelles qui confrontent un étudiant au décès d'un patient, et les cadres conceptuels utiles pour l'enseigner (approche par compétence intégrée, sentiment d'efficacité personnelle, compétences émotionnelles) ;
- 2) Argumenter le choix d'une méthode pédagogique pour enseigner la prise en charge du patient dans ce contexte, et situer le recours à la simulation ;
- 3) Établir des recommandations sur l'utilisation de la simulation pour aborder des compétences en lien avec un patient qui présente une absence de signes vitaux.

**Déroulement** : Lors de cet atelier les participants analyseront une vidéo de simulation et de son débriefing temps individuel, puis temps collectif. Lors de la restitution, les exemples issus de l'analyse de la vidéo seront intégrés dans la présentation des cadres conceptuels considérés comme pertinents pour aborder le décès d'un patient. Enfin, des recommandations seront proposées pour recourir à la mort du simulateur dans un programme d'enseignement des sciences de la santé.