

Didactique professionnelle, analyse du travail, analyse de l'activité des étudiants et des professionnels de santé : un large champ de recherche en éducation à investir

Professional didactics, job analysis, analysis of student and healthcare professional activity: a wide field of educational research to be explored

La didactique professionnelle vise, entre autres, à analyser le déploiement de la compétence des acteurs en situation professionnelle, afin d'informer le développement de cette compétence pour en faire un objet d'enseignement et d'apprentissage. À ce titre, l'article de Guyet et Saillot [1], qui paraît dans la présente livraison de la revue, permet d'imaginer comment appliquer ce cadre d'analyse aux étudiants en cours de formation professionnelle en santé, et plus particulièrement en physiothérapie. Cet article permet d'envisager les collaborations dans un « rapport gagnant-gagnant » entre les perspectives mobilisées respectivement par le champ des formations professionnelles en santé et celui des sciences de l'éducation dans le cadre de la recherche, de l'enseignement et de l'amélioration continue des pratiques professionnelles. Sans investir en détail le cadre théorique de la didactique professionnelle, nous profitons de la publication de cet article pour aborder les points d'intérêts de la didactique professionnelle pour l'éducation médicale.

Didactique disciplinaire et didactique professionnelle

La didactique disciplinaire et la didactique professionnelle se complètent plus qu'elles ne s'opposent [2]. Les didactiques disciplinaires cherchent à comprendre la construction et l'appropriation des connaissances par la personne en activité [3]. Elles sont « *totale­ment centrées sur l'acquisition, la construction et la transmissions de savoirs, ont du mal à saisir le sujet dans son activité; et quand elles y parviennent, le sujet dont il est question est un sujet épistémique, qui sait dire « je sais » (ou « je ne sais pas »), mais qui ne sait pas dire « je peux » (ou « je ne peux pas »)* » [4]. La didactique professionnelle ajoute au concept de didactique disciplinaire celui de « *pouvoir agir* », lié à la compétence. Le sujet passe de « *je peux* » ou « *je ne peux pas* » à « *je suis capable* » ou « *je ne suis pas capable* » [4]. La construction de ressources modelées par l'expérience

permet de développer son pouvoir d'agir. Finalement la didactique professionnelle se centre sur l'activité, sur la compétence et sur le sujet en activité. Pour ce qui nous concerne en éducation médicale, ce sujet qui déploie un certain savoir-agir est l'étudiant en santé ou le professionnel de santé. Dans leur article, Guyet et Saillot proposent justement d'accéder au pouvoir d'agir des étudiants physiothérapeutes en deuxième année d'études.

Le processus de raisonnement clinique : une activité constructive et productive

Une distinction peut être faite entre activité productive et activité constructive. Le sujet transforme le réel lors d'une activité productive, alors que dans l'activité constructive le sujet se transforme lui-même et développe son pouvoir d'agir [5]. Lors d'une activité constructive, « les compétences ne sont plus ressources, mais objet de l'activité » [4]. Comme pour tout sujet en activité constructive, le professionnel de santé et/ou l'étudiant mobilise des savoirs explicites et implicites qu'il s'approprie et qui, en retour, le façonnent. L'appropriation de ces savoirs peut être si intime ou internalisée que la personne peut même éprouver des difficultés à accéder à ces savoirs via la verbalisation. Dans le cas du raisonnement clinique, cela se manifeste notamment par la difficulté à expliquer les motifs ou les savoirs implicites qui sous-tendent les prises de décisions [3,6]. Un tel constat n'a, en soi, rien de nouveau puisque, dès 1974, Piaget expliquait qu'il existe un décalage entre la réussite face à une situation et la compréhension de cette réussite par le sujet [7]. Les étudiants en physiothérapie présentent d'ailleurs cette même difficulté d'explicitation de l'implicite qui sous-tend l'activité, comme en témoignent les résultats du travail de Guyet et Saillot [1].

Par ailleurs, lorsque la démarche de didactique professionnelle analyse l'activité constructive, ce n'est pas la production du résultat qui est recherchée mais le

cheminement pour y parvenir. Prenons l'exemple de l'activité réflexive qu'est le processus de raisonnement clinique pour illustrer cette démarche. L'analyse de l'activité constructive du sujet (de l'étudiant ou du professionnel de santé) tente de mettre au jour le cheminement pour parvenir à mieux appréhender la mise en œuvre des actions appropriées à la situation clinique et non uniquement le résultat du processus de raisonnement clinique, comme pour une activité productive. Autrement dit, l'analyse productive propose l'étude du diagnostic (diagnostic médical, kinésithérapique, infirmier...) réalisée par le professionnel de santé tandis que l'analyse constructive s'intéresse plus particulièrement aux processus cognitifs et interactifs intégrés au savoir-agir complexe de raisonnement clinique ayant permis la formalisation de ce diagnostic.

Ces deux analyses ne sont pas antagonistes mais complémentaires. Elles se retrouvent dans la supervision clinique et dans l'apprentissage du raisonnement clinique. En effet, la compréhension des difficultés de la mise en œuvre du raisonnement clinique et de celles liées à l'appropriation de ce savoir-agir par l'apprenant est en phase avec une analyse constructiviste de cette activité. En abordant le raisonnement clinique dans une perspective d'analyse constructive, on envisage de comprendre cette activité dans ses dimensions implicites. Une telle approche devrait permettre de développer des stratégies de remédiations appropriées et efficaces, qui sont plus en phase avec la nature de cette compétence [8,9]. Nous pourrions formuler le postulat que tout enseignant ou superviseur clinique est de fait habitué à analyser l'activité de l'étudiant et utilise, sans peut-être en avoir pleinement conscience, les outils de la didactique professionnelle pour faciliter l'apprentissage du raisonnement clinique. C'est ce que Guyet et Saillot ont effectué dans leur recherche, en analysant la rencontre des étudiants en physiothérapie avec les patients.

Le modèle opératif du clinicien (étudiant ou professionnel de santé) comme objet d'analyse

La didactique professionnelle s'intéresse également au lien entre l'apprentissage et l'activité. Il s'agit de repérer le « modèle opératif » utilisé par la personne pour réaliser l'activité. Un tel modèle est défini comme « une représentation construite, généralement de façon implicite, par un acteur pour orienter et guider son action » [4]. Ce « modèle opératif » correspond alors à la stratégie personnelle de l'individu pour réagir et agir en situation. Analyser et chercher à comprendre l'activité de différentes personnes confrontées à une même situation pour observer comparativement les options d'intervention et les stratégies d'intervention choisies par les personnes permet d'aboutir à la structure conceptuelle de la situation. Il s'agit donc de révéler les invariants déterminants présents dans la situation.

Plusieurs recherches en pédagogie de la santé ont utilisé la didactique professionnelle pour produire des structures conceptuelles de situation [10–12]. Ces recherches utilisent l'entretien d'auto-confrontation comme méthode permettant la conceptualisation dans l'action et la détermination des invariants liés à la résolution de problème. Pelaccia *et al.* conseillent l'usage de vidéos du point de vue du sujet en complément d'un point de vue englobant la scène entière pour effectuer cette auto-confrontation et permettre l'explicitation des prises de décisions du clinicien [13]. Guyet et Saillot ont utilisé d'autres données pour accéder à ces invariants. Ces données sont constituées essentiellement de traces écrites dont certaines s'apparentent à un contenu de portfolio. C'est là l'originalité de la démarche des auteurs pour aboutir à la conceptualisation dans l'action.

La conceptualisation résulterait d'un « processus dialectique de résolution de contradictions entre ce que le sujet sait déjà, de manière « théorique », et les caractéristiques des situations auxquelles il doit faire face [...], les connaissances théoriques s'intégr[ant] aux connaissances acquises par l'expérience » [14]. En effet, les sujets doivent effectuer un diagnostic ou bilan de la situation, qui s'effectue en prélevant avec parcimonie les informations dans la situation. De fait, les recherches sur le raisonnement clinique démontrent que les experts prélèvent peu d'informations dans les situations cliniques tandis que les novices en prélèvent beaucoup. Ces deux processus d'élaboration du raisonnement clinique entraînent des difficultés qui se présentent de manières différentes entre experts et novices. D'un côté le risque de fermeture prématurée d'hypothèse augmente chez les experts. De l'autre côté, les difficultés de priorisation sont particulièrement fréquentes chez les novices [15].

Ce sont les concepts pragmatiques ou invariants de la prise de décision que la didactique professionnelle cherche à révéler. Ils sont construits dans l'action pour la guider [4]. Ces invariants sont transmis aux novices par les professionnels lors des stages ou lors des enseignements dans le cadre d'activité telles que les ateliers de raisonnement clinique, les formations par concordance ou par des dispositifs tel que celui présenté par Guyet et Saillot par exemple.

Pastré explique qu'« il y a des concepts pragmatiques issus directement de la pratique et des concepts pragmatiques par transformation de concepts scientifiques et techniques en concepts organisateurs » [4]. Dans le domaine du soin, il y a fort à parier que les recommandations de bonnes pratiques demandent à être pragmatiques. Ces concepts pragmatiques et pragmatiques cohabitent et permettent l'activité du professionnel de santé. En effet, les concepts scientifiques sont intégrés par les cliniciens lors de l'activité de soin. Ils sont transformés par l'activité clinique. Les pragmatiser revient finalement à les rendre pratiques et utilisables lors du processus de raisonnement clinique.

Dans le contexte des professions de santé, la structure conceptuelle de situation devient alors un outil à la disposition des pédagogues pour accompagner les étudiants

dans la réalisation de l'activité clinique, pour permettre d'accéder à l'activité constructive des professionnels de santé, pour atténuer la dissonance cognitive pouvant intervenir lors de la prise de conscience de l'écart entre le prescrit (les recommandations internationales en santé, par exemple) et le réel (l'utilisation de ces recommandations dans la complexité des situations cliniques). Guyet et Saillot utilisent l'interaction patient-étudiant et la mutualisation des expériences étudiantes de cette interaction pour révéler des invariants [1]. Les données récoltées pourraient servir à améliorer la formation des étudiants en physiothérapie, car la connaissance des modèles opératifs étudiants est un pré requis à la transposition didactique.

La transposition didactique

La transposition didactique a été étudiée principalement, à l'origine, pour les mathématiques [16,17]. Deux étapes s'y succèdent. Tout d'abord, la transposition externe permet de passer d'un savoir savant à un objet à enseigner. Ensuite, la transposition didactique interne permet de passer d'un objet à enseigner à un objet d'enseignement. Joshua propose d'étendre cette notion de transposition didactique aux savoirs experts [18] quand Arzac *et al.* parlent eux de savoirs professionnels [19]. Ces savoirs sont un ensemble de connaissances partagées par les cliniciens (étudiants et professionnels) et utilisés dans la pratique. Une citation de Perrenoud est particulièrement applicable à l'éducation médicale : « une conceptualisation forte des savoirs experts paraît très importante pour les didactiques des formations professionnelles et des disciplines dont la référence principale est une pratique artistique, artisanale, langagière, corporelle ou sportive. Elle peut aider ces disciplines à se libérer de la tentation de se mettre en quête des savoirs savants dont la seule fonction serait de redorer leur blason dans le monde scolaire. » Il ajoute que « les savoirs des experts ne sont pas jugés à l'aune d'une validité théorique mais de leur efficacité pratique. Leur pertinence pour l'action importe davantage que leurs fondements scientifiques. Or, cette pertinence est constamment remise en question par l'évolution des paradigmes, de l'éthique, des technologies, et de l'organisation du travail » [17]. Ces propos rejoignent les concepts d'*evidence-based medicine*, d'*evidence-based practice* et d'*evidence-based education* en proposant un abord complexe et multiréférentiel de l'activité clinique ou de l'activité d'enseignement en santé, à la jonction entre les données probantes de la science, les jugements de valeurs des sujets sur laquelle s'exerce l'activité (étudiants ou patients) et les jugements de valeurs de sujets effectuant l'activité de soin ou d'enseignement.

Finalement, l'objectif de l'utilisation de la didactique professionnelle serait alors comme le propose Wittorski [20] de décloisonner les milieux de l'enseignement et du travail et la modélisation des situations professionnelles en effectuant la traduction de ces savoirs étudiants et/ou professionnels en savoirs à enseigner et à intégrer dans la modélisation de l'approche par compétences proposée par Van Loon & Parent [21].

La didactique professionnelle semble donc être un champ de recherche à investir en pédagogie de la santé à la fois par l'analyse de l'activité d'apprentissage des étudiants mais aussi par l'analyse de l'activité des professionnels de santé dans l'objectif de permettre la révélation des savoirs pratiques issus de l'expérience, optimisant l'accompagnement à l'apprentissage du processus raisonnement clinique. L'article de Guyet et Saillot [1] propose l'utilisation de données issues des stages pour identifier les savoirs de la pratique professionnelle des étudiants. Il constitue une piste intéressante pour stimuler le processus de professionnalisation des étudiants en santé.

Etienne PANCHOUT^{1,*} 

Joseph-Omer DYER² 

¹Kinésithérapeute, Équipe de Recherche Contextes et Acteurs de l'éducation (ÉRCAÉ) – Équipe d'accueil (EA 7493), Université d'Orléans, Orléans, France

²École de réadaptation, Groupe interdisciplinaire de recherche sur la cognition et le raisonnement professionnel (GIRCoPRo), Faculté de médecine, Université de Montréal (Québec), Montréal, Canada

*Mailto : etiennepanchout@gmail.com

Références

- Guyet D, Saillot E. Un dispositif de Formation initiale innovant sur la réflexivité des masseurs-kinésithérapeutes en situation clinique. *Pédagogie Médicale* 2023 : <https://doi.org/10.1051/pmed/2024005>.
- Vergnaud G. Au fond de l'action, la conceptualisation. In: *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris: PUF, 1996.
- Rabardel P. Principes pour la constitution d'une didactique professionnelle. In: M Merri (Dir.). *Activité humaine et conceptualisation*. Questions à Gérard Vergnaud. Toulouse: Presses universitaires du Midi, 2007:87-90.
- Pastré P. *La didactique professionnelle : approche anthropologique du développement chez les adultes*. Paris: PUF, 2011.
- Samurçay R, Rabardel P. Modèles pour l'analyse de l'activité et des compétences, propositions. *Recherches en didactique professionnelle*. Toulouse: Octarès, 2004:163-80.
- Weill-Fassina A, Pastré P. Les compétences professionnelles et leur développement. In: P Falzon (sous la direction de). *Ergonomie*. Paris: PUF, 2004:213-31.
- Piaget J. *Réussir et comprendre*. Paris: PUF, 1974.
- Audétat MC, Laurin S, Dory V, Charlin B, Nendaz M. Diagnostic et prise en charge des difficultés de raisonnement clinique. *Guide AMEE no 117 (version courte) – Première partie: supervision du raisonnement clinique et diagnostic pédagogique*. *Pédagogie Médicale* 2017;18:129-38.
- Laurin S, Audétat MC, Sanche G. Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique – IV. Les difficultés de raisonnement clinique à l'étape du raffinement et du traitement des hypothèses : les difficultés de priorisation. *Pédagogie Médicale*. 2012;13:109-14.
- Charlin B, Lubarsky S, Millette B, Crevier F, Audétat MC, Charbonneau A, *et al.* Clinical reasoning processes: unravelling complexity through graphi graphical representation. *Med Educ* 2012;46(5):454-63.
- Panchout E. La modélisation de la structure conceptuelle du triage par raisonnement clinique en situation d'accès direct du kinésithérapeute et les rôles sociaux de diagnostics d'exclusion, d'inclusion et d'orientation. *Résultats de recherche et recommandations*.

- La kinésithérapie devient par l'identification et la formation à de nouveaux savoirs experts une profession médicale à compétences définies au service de l'accès aux soins, de la qualité des soins et de la sécurité des patients. [Thèse pour l'obtention du doctorat d'université – Epistémologie, didactique, éducation et formation]. Montpellier: Université Paul Valéry – Montpellier 3, 2022 [On-line]. Disponible sur : <https://hal.science/tel-03811381>.
12. Faucher C. Développement d'un modèle de raisonnement clinique par son explicitation auprès d'optométristes de deux niveaux d'expertise contrastants. *Rech Qual* 2012;31:79-107.
 13. Pelaccia T, Tardif J, Tribey E, Charlin B. A Novel Approach to Study Medical Decision Making in the Clinical Setting: The "Own-point-of-view" Perspective. *Acad Emerg Med* 2017;24:785-95.
 14. Vidal-Gomel C, Rogalski J. La conceptualisation et la place des concepts pragmatiques dans l'activité professionnelle et le développement des compétences. *Activités* 2007;04:49-84. [On-line]. Disponible sur : <https://journals.openedition.org/activites/1401>.
 15. Audétat MC. L'identification et la remédiation des difficultés de raisonnement clinique en médecine (État des pratiques, recherche d'outils et processus pour soutenir les cliniciens enseignants) [Thèse en vue de l'obtention du grade de Ph. D. en sciences biomédicales, option générale]. Montréal: Université de Montréal, 2011 [On-line]. Disponible sur : <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/6224>.
 16. Chevallard Y. La transposition didactique du savoir savant au savoir enseigné. Grenoble: La pensée sauvage, 1985.
 17. Perrenoud P. La transposition didactique à partir de pratiques : des savoirs aux compétences. *Rev Sci Educ* 1998;24:487-514.
 18. Joshua S. Le concept de transposition didactique n'est-il propre qu'au mathématique ? In: C Raisky et M Caillot (sous la direction de). *Au-delà des didactiques, le didactique. Débats autour de concepts fédérateurs*. Bruxelles: De Boeck Université, 1996:61-73.
 19. Arsac G, Chevallard Y, Martinand JL, Tiberghien A (sous la coordination de). *La transposition didactique à l'épreuve*. Grenoble: La pensée sauvage, 1994.
 20. Wittorski R. La professionnalisation. *Savoirs* 2008;17:9-36.
 21. Van Loon K, Parent F. Développer une ingénierie de la professionnalisation et des compétences dans les organisations de santé : l'exemple d'un référentiel de compétences en kinésithérapie. In: F Parent & J Jouquan (sous la direction de). *Penser la formation des professionnels de la santé*. Bruxelles: De Boeck Supérieur, 2013:179-204.

Citation de l'article : Panchout E, Dyer J-O. Didactique professionnelle, analyse du travail, analyse de l'activité des étudiants et des professionnels de santé : un large champ de recherche en éducation à investir. *Pédagogie Médicale* 2024;25;1-4