

Un congrès pédagogique, scientifique et ... culturel

An educational, scientific and ... cultural conference

Le Congrès international francophone de pédagogie des sciences de la santé, édition 2025 (CIFPSS 2025), organisé par la Société internationale francophone d'éducation médicale (SIFEM), se tiendra à l'Université d'Orléans du 26 au 28 mai 2025. Il s'annonce comme un événement incontournable pour la communauté francophone des sciences pour la santé. Avec des thématiques variées, des échanges sur les pratiques qui viennent bouleverser la pédagogie et des activités culturelles, cet événement ambitionne de dépasser les succès des éditions précédentes tout en posant les jalons des pratiques éducatives de demain.

Un congrès riche et diversifié

Le congrès sera organisé autour de plusieurs formats pour répondre aux attentes des participants :

- des communications orales : présentations interactives permettant aux chercheurs et enseignants d'exposer leurs travaux ;
- des posters scientifiques : espaces d'échange pour valoriser les initiatives et projets novateurs ;
- des ateliers thématiques : séances participatives sur différents sujets permettant de partager des expériences et de développer des compétences

Une attention particulière sera portée à la valorisation des travaux académiques des étudiants en sciences de l'éducation et en sciences pour la santé, à travers des présentations spécifiques, encourageant leur participation active à la vie pédagogique et scientifique.

L'ensemble de ces activités s'inscrivent dans la continuité des expériences réussies des précédents congrès, avec une approche participative et collaborative.

A Orléans, le lundi matin sera ouvert pour organiser des rencontres par les groupes thématiques de la SIFEM ou des groupes d'adhérents souhaitant se regrouper autour de sujets spécifiques : des salles et une pause-café seront à disposition. Nous sommes à l'écoute de vos propositions concernant des thèmes que vous jugez opportuns et pertinents. N'hésitez pas à nous contacter pour en discuter !

Trois grands axes thématiques structurants

Au regard de leur actualité et en tenant compte des retours d'évaluation des précédentes éditions, le comité scientifique a identifié trois axes principaux qui structureront les activités du congrès :

- L'implantation, régulation et révision des curriculums de formation en santé : enjeux, défis et opportunités
- La formation à l'interprofessionnalité en santé
- La supervision en contexte de formation

Ces thèmes feront l'objet d'une part, de conférences, de débats ou de tables rondes, planifiés par le comité scientifique et organisés en séances plénières, d'autre part, de séances de communications orales ou affichées, ou d'ateliers, sélectionnées à partir des propositions reçues en réponse à l'appel à contributions. Une problématisation est proposée pour chacun de ces thèmes dans les pages qui suivent.

En complément de ces orientations thématiques privilégiées, des contributions libres permettront d'explorer de nombreux autres défis pédagogiques émergents, tels que, par exemple, l'intelligence artificielle, l'usage de la simulation en santé ou encore le recours à la didactique professionnelle pour penser les programmes.

Un cadre culturel et convivial

Pour allier travail et bien-être, le comité d'organisation et son équipe locale vous proposeront des activités optionnelles en lien avec le riche patrimoine de la région en plus du traditionnel gala qui se passera sur la Loire (fleuve inscrit au patrimoine mondial de l'UNESCO) :

- parcours à vélo le long de la Loire, expérience sportive et naturelle en activité précongrès le dimanche 25 mai 2025 ;
- visite guidée du Château de Chambord, monument emblématique de la région, prévue le mercredi 28 mai après la clôture du congrès.

Ces moments permettront de créer des liens, de favoriser la mise en réseau des participants dans un contexte informel et convivial et, qui sait, de donner à chacun l'envie de prolonger leur séjour en autonomie dans la région.

Une démarche inclusive, ouverte et solidaire

Afin de garantir une participation la plus large possible, le congrès maintiendra des tarifs préférentiels pour les étudiants, les adhérents de la SIFEM et les participants issus des pays du Sud. Cette initiative témoigne de l'engagement de la SIFEM à promouvoir une science ouverte et accessible au plus grand nombre.

Un rendez-vous pour l'avenir

En mobilisant enseignants, chercheurs, étudiants et professionnels, ce congrès entend répondre aux défis pédagogiques actuels tout en anticipant ceux de demain. Il symbolise une opportunité unique de construire ensemble les bases d'une éducation en santé adaptée aux enjeux et défis de nos sociétés.

Soyez nombreux à nous rejoindre à Orléans pour cet événement exceptionnel, qui promet d'être un moment fort de réflexion, d'échange et d'enrichissement collectif.

Eric Blond, Président de l'Université d'Orléans,
Etienne Panchout, Président du Comité d'organisation du CIFPSS 2025,
Marie-Claude Audétat, Présidente du Comité scientifique du congrès
Anne Demeester, Présidente de la SIFEM.

Implantation, régulation et révision des curriculums de formation en santé : enjeux, défis et opportunités

Setting up, regulating and revising health training curricula: issues, challenges and opportunities

L'implantation, la régulation ou la révision en profondeur de curriculums de formation en santé, qu'elles soient liées à la création de nouvelles facultés ou de nouveaux instituts de formation, ou à des réformes institutionnelles et structurelles, liées par exemple à des processus d'universitarisation des formations dans certains milieux, s'inscrivent dans un contexte global de transformation des besoins de santé publique, des attentes sociétales, des besoins des populations mais aussi des avancées en sciences de l'éducation. Ces changements représentent à la fois des enjeux, des défis et des opportunités pour (re)penser la formation des professionnels dans des systèmes de santé en changement (1).

Un premier enjeu concerne l'adaptation de la formation aux besoins de santé publique et des populations, qui répond à l'exigence de responsabilité sociale des institutions (2). En effet, l'évolution des maladies chroniques, le vieillissement de la population, et les inégalités d'accès aux soins imposent une révision des curricula pour aligner les compétences des futurs professionnels avec ces besoins. La pédagogie médicale est citée par exemple comme un levier d'action pour adapter le système de santé au réchauffement climatique (3).

Un autre enjeu est celui de l'intégration des nouvelles technologies éducatives. Les réformes doivent bénéficier de toutes les potentialités de la simulation en santé, de la réalité virtuelle et de l'intelligence artificielle. Toutefois, il s'agit d'éviter l'écueil d'une « gadgétisation » inefficace des ressources concernées, l'objectif final devant rester centré sur les bénéfices pour les étudiants et pour les patients. On peut ainsi s'interroger sur la pertinence d'utiliser la réalité virtuelle pour l'enseignement et l'apprentissage du raisonnement clinique quand le recours à des formats plus conventionnels permet aux étudiants des performances supérieures (4).

Enfin, des enjeux non négligeables sont liés aux évolutions sociales et sociétales, qui affectent profondément les étudiants de nos institutions, par exemple au regard du besoin de retrouver du sens dans l'exercice des professions de la santé (5) ou d'être soutenu sur le chemin de l'acquisition de l'identité professionnelle (6). On note également une attente toute particulière quant à l'instauration d'un partenariat avec les enseignants et d'une rétroaction plus effective (7), en lien avec le constat que les curriculums ne sont pas toujours adaptés à ces besoins et nécessitent dès lors une évolution.

Face à ces enjeux, la résistance au changement des organisations est certainement un des défis les plus importants à relever. En effet, on observe régulièrement que les enseignants

et les institutions opposent des mécanismes de défense, souvent liés à un attachement aux méthodes traditionnelles, qu'encouragent parfois des contraintes administratives et budgétaires, tel qu'en constitue par exemple le maintien de l'heure de cours magistral comme seule unité de compte de l'activité d'enseignement au sein de l'université française (8).

Le maintien de l'équité et de l'accessibilité des étudiants aux formations de santé quelles que soient leur origine ou leur situation socio-économique est aussi un défi qui apparaît dès la « sélection » des étudiants en filière santé (9).

Enfin, la coordination à assurer entre acteurs institutionnels, gouvernance des universités et des hôpitaux, et les professionnels est complexe. Pourtant, la réussite des réformes repose sur la collaboration entre toutes les parties prenantes, y compris les maîtres de stage et superviseurs cliniques exerçant en secteur libéral, dont les priorités peuvent être extrêmement différentes.

Face à de tels enjeux et de tels défis, il convient donc de questionner en quoi les moments d'implantation, de régulation ou de révision des curriculums de formation professionnelle en santé sont des opportunités à saisir pour répondre aux défis d'un monde en constante évolution. Pour ce faire, il est utile de mobiliser adéquatement, dans une perspective intégrative, le levier de la formation fondée sur les données probantes (*evidence-based education*), à l'instar de la manière dont l'avènement de la médecine fondée sur les données probantes (*evidence-based medicine*) avait permis de re-problématiser sur des bases innovantes l'inter-relation « recherche-pratique-formation ».

Références

1. Fernandez N. La pédagogie médicale : levier de transformation de systèmes de santé en changement. *Pédagogie Médicale* 2017;18:45-6.
2. Hatem M, Sanou A, Millette B, de Rouffignac S, Sebbani M. La responsabilité sociale en santé : référents conceptuels, valeurs et suggestions pour l'apprentissage. Une revue méthodique et systématique de la littérature. *Pédagogie Médicale* 2022;23:27-48.
3. Sarfati M, Trecourt A. La pédagogie médicale en écologie et santé environnementale : un levier d'action durable. *Ann Pathol* 2024;44:323-30.
4. Bonnin C, Pejoan D, Ranvial E, Marchat M, Andrieux N, Fourcade L et al. Immersive virtual patient simulation compared with traditional education for clinical reasoning: a pilot randomised controlled study. *J Vis Commun Med* 2023;46:66-74
5. Frajerman A, Morvan Y, Krebs MO, Gorwood P, Chaumette B. Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2019;55:36-42.

6. Boet S, Etherington C, Dion PM, Desjardins C, Kaur M, Ly V, et al. Impact of coaching on physician wellness: A systematic review. PLoS One 2023;18:e0281406.
7. Desy JR, Reed DA, Wolanskyj AP. Milestones and Millennials: A Perfect Pairing-Competency-Based Medical Education and the Learning Preferences of Generation Y. Mayo Clin Proc 2017;92(2):243-50.
8. Mocquet B. Évolution du cours magistral : vers une négociation didactique entre acteurs. Distances et médiations des savoirs 2024 [On-line]. Disponible sur : <https://journals.openedition.org/dms/10287>
9. Detroz P, Loye N. Sélection des futurs médecins : sur quelles bases empiriques ? Pédagogie Médicale 2018;19:37-50.

Formation à l'interprofessionnalité en santé : où en sommes-nous ?

Interprofessional health education: where do we stand?

La collaboration interprofessionnelle en santé fait aujourd'hui l'objet de recommandations convergentes et réitérées. Afin d'y préparer les professionnels de santé concernés, l'Organisation mondiale de la santé a préconisé l'éducation interprofessionnelle dès 1978 (1). En lien avec d'autres organisations, notamment le *Centre For The Advancement Of Interprofessional Education*, elle a publié en 2010 un cadre de référence (2) qui en formalisait les enjeux et qui identifiait plusieurs conditions pour son développement.

L'éducation interprofessionnelle est ainsi perçue comme constituant une réponse pertinente à l'exigence de qualité des soins et de sécurité des patients, à la complexification des problèmes de santé et à l'évolution des types de soins mais aussi à la pénurie des professionnels de santé. Corollairement, il est désormais admis que l'éducation interprofessionnelle devrait être une composante obligatoire des programmes de formation des professionnels de la santé, qu'elle devrait viser des résultats d'apprentissages explicites et évalués, en lien avec les compétences requises pour son exercice, qu'elle devrait être proposée par des professionnels expressément formés dans ce champ et qu'enfin, les effets des dispositifs curriculaires et pédagogiques qui y sont dédiés devraient être régulièrement documentés.

Un tel consensus apparent masque cependant des réalités fort différentes. Concernant l'exercice professionnel, on observe, d'un côté, un développement croissant d'organisations qui structurent l'offre de soins de santé en favorisant la collaboration et la coopération professionnelles. C'est le cas, par exemple, des maisons de santé pluriprofessionnelles, des réseaux de santé ou de diverses unités cliniques thématiques. Force est de constater, parallèlement, que la mise en œuvre effective d'un travail collaboratif et authentiquement interprofessionnel semble parfois en rester, dans certains milieux, au stade du discours de bonne volonté ou du constat de sa nécessité.

Plusieurs problèmes éducationnels liés à ces aspects sont identifiés. Alors que l'interprofessionnalité suggère des rapports égaux entre professionnels qui visent un même but, des schémas hiérarchiques persistent entre les différents acteurs, qui se révèlent être des obstacles puissants à une véritable concertation et à la prise de décisions dont la responsabilité serait solidairement portée. Plusieurs chercheurs considèrent ainsi que les rapports de pouvoir et d'autorité qui sont en jeu entravent les projets de formation dédiés à l'interprofessionnalité en santé, notamment parce que ces derniers menacent le pouvoir des médecins en redistribuant les rôles professionnels ; corollairement, ils estiment que ces dimensions devraient désormais être intégrées à la réflexion sur l'éducation interprofessionnelle en santé (3, 4). La hiérarchisation concerne également, au premier chef, l'interaction

« patient-soignant », qui reste profondément asymétrique alors même que la reconnaissance des savoirs des malades s'est imposée comme un fait social, soutenant l'émergence de la figure du patient-partenaire et la légitimité de la reconnaissance de son agentivité (5).

Les réflexions didactiques et pédagogiques concernant les orientations que devraient prendre les dispositifs curriculaires et les dispositifs pédagogiques dédiés à la formation interprofessionnelle en santé s'efforcent de prendre en compte les différentes questions qui sont ainsi soulevées. Au-delà des formats à mettre en place et des différentes ressources à mobiliser pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation concernées, les cadres conceptuels et méthodologiques qui sont à construire ou à approfondir concernent les différentes conditions de possibilité d'un agir collectif. Sont ainsi interrogées les différentes valeurs sur lequel se fondent les collectifs de soin (dimension axiologique), les contingences liées aux contextes singuliers (dimension pragmatique), ainsi que les finalités et les fondements du soin lui-même (dimensions ontologique et éthique). Il convient aussi d'examiner la question du patient et de son rôle central dans le dispositif d'éducation à l'interprofessionnalité (6).

Les différentes contributions (conférences plénières, ateliers, communications orales ou affichées) qui seront retenues en lien avec la problématique de l'interprofessionnalité seront l'occasion d'explorer ces différents questionnements.

Références

1. World Health Organization (WHO). Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata. Geneva: WHO, 1978.
2. World Health Organization (WHO). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: WHO, 2010.
3. Olson RE. (2015). How would an egalitarian health care system operate? Power and conflict in interprofessional education. *Med Educ* 2015;49:353-4
4. Paradis E & Whitehead CR. Louder than words: power and conflict in interprofessional education articles, 1954-2013. *Med Educ* 2015;49:399-407.
5. Jouet E, Las Vergnas O, Noël-Hureau E. (sous la direction de). Nouvelles coopérations réflexives en santé. Paris : Editions des archives contemporaines, 2014
6. Aiguier G. Du constructivisme au naturalisme : enjeux d'une refonte épistémologique de la formation à la collaboration interprofessionnelle. *Pédagogie Médicale* 2023;24:1-5

Supervision formative : entre aspects fondamentaux et perspectives...

Supportive supervision: between conceptual frameworks and perspectives...

Nos expériences de supervision de même que la littérature nous ont permis de constater que les cliniciens ne deviennent pas superviseurs en vertu de leur seule expertise clinique ; une approche réflexive de nos pratiques de supervision dans nos différents contextes contribue sans aucun doute à favoriser l'excellence de l'enseignement clinique.

En formation professionnelle en santé, il est aussi acquis que la supervision ne se focalise pas uniquement sur la vérification des connaissances, mais également sur le développement progressif en contexte clinique de toutes les compétences dont les apprenants auront besoin dans leur métier (1) ; dans ce contexte, les différentes techniques de supervision, telle que par exemple la rétroaction (*feedback*), sont des méthodes qui ont fait leurs preuves et qui permettent aux apprenants de développer et d'améliorer de façon continue leurs performances (2, 3, 4, 5).

De nombreuses publications et, en conséquence, de nombreuses formations se sont focalisées sur la mise en évidence des techniques et stratégies relatives à une supervision ou une rétroaction de qualité (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14). Parmi ces stratégies, nous pouvons distinguer notamment : l'importance d'une culture établie de la supervision directe et indirecte dans le milieu (15), l'observation des apprenants dans l'exécution de la tâche, la crédibilité et la répétitivité de ces rétroactions, de même que la diversité des superviseurs (16, 17).

Ces dernières années, les recherches sur la rétroaction ont mis l'accent sur la nécessité d'une transition d'un modèle plus ancien favorisant avant tout la transmission d'informations (18), (tel que le fameux modèle de la « critique enrobée » (*feedback sandwich* ou *lemon cookie*, par exemple), vers un nouveau cadre conceptuel favorisant le dialogue entre l'apprenant et l'enseignant, tel que le modèle Pendelton, par exemple (19, 20).

Les recherches actuelles se concentrent davantage sur l'impact de la rétroaction et les enjeux relatifs à la mise en œuvre des objectifs d'apprentissage par l'apprenant (21). La littérature récente en matière de rétroaction souligne donc le rôle déterminant et la responsabilité des enseignants pour former une alliance pédagogique avec leurs apprenants, pour instaurer un climat d'apprentissage sûr, et pour promouvoir la réflexivité en ce qui concerne leurs performances (22).

Encore plus récemment, les publications mettent l'accent sur l'importance de tenir compte de la nature socioculturelle des interactions lors de la rétroaction (18, 22, 23).

Dans cette perspective, lors de ce congrès, nous allons revisiter quelques modèles de supervision, nous explorerons aussi les enjeux culturels relatifs à la supervision, enfin, nous nous questionnerons sur les aspects générationnels et leurs implications sur nos pratiques.

Références

1. Frank J, Snell L, Sherbino J, Boucher A, . Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins. Ottawa: Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.
2. Boud D. Feedback: ensuring that it leads to enhanced learning. *Clin Teach* 2015;12:3-7.
3. Ende J. Feed-back in Clinical Medical Education. *JAMA* 1983;250:777-81.
4. Hesketh EA, Laidlaw JM. Developing the teaching instinct, 1: Feedback. *Med Teach* 2002;24:245-8.
5. Ramani S, Krackov SK. Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical environment. *Med Teach* 2012;34:787-91.
6. Cantillon P, Sargeant J. Giving feedback in clinical settings. *BMJ* 2008;337:1292-94.
7. Hewson MG, Little ML. Giving feedback in medical education: verification of recommended techniques. *J Gen Intern Med* 1998;13:111-6.
8. Milan FB, Parish SJ, Reichgott MJ. A model for educational feedback based on clinical communication skills strategies: beyond the “feedback sandwich”. *Teach Learn Med* 2006;18:42-7.
9. Sargeant J, McNaughton E, Mercer S, Murphy D, Sullivan P, Bruce DA. Providing feedback: exploring a model (emotion, content, outcomes) for facilitating multisource feedback. *Med Teach* 2011;33:744-9.
10. Wood BP. Feedback: a key feature of medical training. *Radiology*. 2000;215(1):17-9.
11. Branch WT, Jr., Paranjape A. Feedback and reflection: teaching methods for clinical settings. *Acad Med* 2002;77(12 Pt 1):1185-8.
12. Burgess A, van Diggele C, Roberts C, Mellis C. Feedback in the clinical setting. *BMC Med Educ* 2020;20:460.
13. Norcini J. The power of feedback. *Med Educ* 2010;44:16-7.
14. Veloski J, Boex JR, Grasberger MJ, Evans A, Wolfson DB. Systematic review of the literature on assessment, feedback and physicians’ clinical performance: BEME Guide No. 7. *Med Teach* 2006;28:117-28.
15. Henderson M, Phillips M, Ryan T, Boud D, Dawson P, Molloy E, et al. Conditions that enable effective feedback. *Higher Education Research & Development* 2019;38:1401-16.