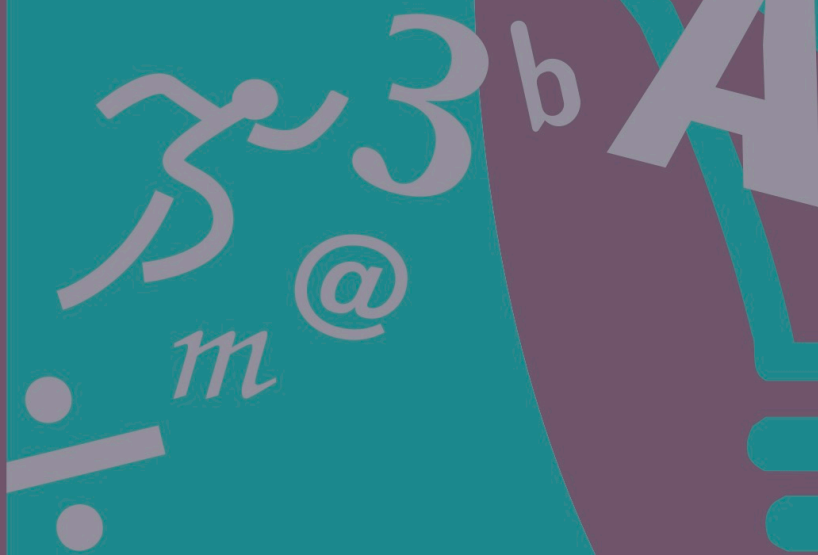




VARIA





Comité de rédaction

Catherine Audrin HEP Vaud
Isabelle Caprani, IFFP
Pierre-François Coen, HEP Fribourg
Stefano Losa, SUPSI
Fabio Di Giacomo, HEP Valais
Deniz Gyger Gaspoz, HEP BEJUNE
Christophe Ronveau, UNIGE/ FPSE
Edmée Runtz-Christan, CERF, Université de Fribourg
Bernard Wentzel, HEP Valais

Comité scientifique

Bernard Baumberger, HEP Lausanne
Jonathan Bolduc, Université d'Ottawa
Gérard Sensevy, IUFM de Bretagne
Cecilia Borgès, Université de Montréal
Pierre-Philippe Bugnard, Université de Fribourg
Evelyne Charlier, Facultés universitaires Notre Dame de la Paix de Namur
Serge Dégagné, Université Laval
Marc Demeuse, Université de Mons-Hainaut
Ferran Ferrer, Université autonome de Barcelone
Jacques Ducommun, HEP BEJUNE
Jean-François Desbiens, Université de Sherbrooke
Hô-A-Sim Jeannine, IUFM de Guyane
Thierry Karsenti, Université de Montréal
Jean-François Marcel, Université de Toulouse II
Matthis Behrens, IRDP
Lucie Mottier Lopez, Université de Genève
Danièle Périsset Bagnoud, HEP du Valais
Philippe Le Borgne, IUFM de Franche-Comté
Sabine Vanhulle, Université de Genève

Coordinateur du N°24

Pierre-François Coen

Rédacteur responsable

Pierre-François Coen / coenp@edufr.ch

Secrétariat scientifique

Sarah Boschung / boschungsa@edufr.ch

Secrétariat de la revue

Revue « Formation et pratiques d'enseignement en questions »
Haute école pédagogique de Fribourg
Rue de Morat 36
CH - 1700 Fribourg

Edition

Conseil académique des Hautes écoles romandes en charge de la formation
des enseignants.e.s (CAHR)



Varia

Numéro coordonné par
Pierre-François Coen

TABLE DES MATIERES

<i>Quel rôle donner aux émotions dans la formation et l'enseignement ?</i> Philippe Gay et Rebecca Shankland	7
<i>Une lecture de l'enseignement des sciences physiques dans le Plan d'études romand à la lumière d'une comparaison avec les programmes français</i> Laurence Marty et Florence Ligozat	17
<i>Vers une approche didactico-pédagogique de l'apprentissage authentique en milieu clinique</i> Sonia Soussi, Abdelmajid Naceur et Dominique Berger	41
<i>Cinq modèles d'intégration du numérique en formation initiale des enseignants. Une analyse et quelques réflexions</i> Christiane Caneva	59
<i>Croyances des futurs enseignants concernant l'acquisition des connaissances chez leurs élèves et représentations de l'enseignement. Adaptation de deux échelles à visée de formation formative</i> Gabriel Kappeler et Philippe A. Genoud	83



Vers une approche didactico-pédagogique de l'apprentissage authentique en milieu clinique

Sonia SOUSSI¹ (École Supérieure des Sciences et Techniques de la Santé et Université Tunis-El Manar, Tunis, Tunisie), **Abdelmajid NACEUR**² (École doctorale didactiques, sciences de l'enseignement, Métiers de l'Éducation et de la Formation (DISEMEF) et Laboratoire : Éducation, Cognition, TICE et Didactique (ECOTIDI), France) et **Dominique BERGER**³ (École Supérieure du Professorat et de l'Éducation. Université Claude Bernard Lyon 1 et Laboratory Health Services and Performance Research (HESPER), France)

Le cursus de formation des étudiants, futurs professionnels de la santé, est organisé selon l'ingénierie de l'alternance. Les stages représentent les lieux de résurgence optimale des « savoirs ». Les interactions relatives aux situations d'apprentissage en milieu clinique sont spécifiques. La compréhension de leurs particularités réside essentiellement dans l'élaboration des modèles didactique et/ou pédagogique. L'objectif de notre article est de proposer un modèle didactico-pédagogique à cet apprentissage basé sur les principes du triangle de Houssaye (1988) ainsi qu'une perspective d'apprentissage et d'enseignement contextualisée spécifique, comme définie par Frenay et Bédard (2004).

Mots-clés : apprentissage en milieu clinique, savoirs, transposition didactique, triangle didactico-pédagogique

Introduction

Bien que la notion d'apprentissage remonte à une époque très ancienne, les tentatives de compréhension de ses dynamiques demeurent jusqu'à nos jours une question centrale de recherche dans le domaine de l'enseignement et de la formation. Du point de vue épistémologique, ce qui semble émerger de façon récurrente des différentes analyses conduites par les chercheurs reste essentiellement dans la compréhension des particularités des processus de chaque enseignement et plus précisément dans l'élaboration d'un modèle didactique et/ou pédagogique propre à chaque discipline (Beitone et Legardez, 1995 ; Biagioli, 2014 ; Julio 1989).

1. Contact : soussi.sonia66@gmail.com

2. Contact : psynaceur@yahoo.fr

3. Contact : dominique.berger@univ-lyon1.fr



Dans le domaine de l'enseignement des sciences de la santé, d'une manière générale, le cursus de formation des étudiants est organisé selon l'ingénierie de l'alternance. A l'École supérieure des sciences et techniques de la santé de Tunis (ESSTST), la formation universitaire des futurs professionnels de la santé axe une partie de leur formation théorique organisée au sein des écoles, et une partie vers la formation pratique sous forme de stages réalisés aux Centres hospitalo-universitaires.

Perrenoud (2001) définit l'alternance comme le «va-et-vient» entre deux lieux de formation : l'un par un institut de formation initial, l'autre par une application sous forme de stage. Dans cette formation en alternance, la mise en situation est prépondérante et permet d'appréhender le métier dans ses contradictions, entre l'idéal théorique (savoirs transmis et expérimentés dans la salle de cours) et le contexte d'exercice du métier (Pentecouteau, 2012). «L'alternance permet d'acquérir ce qui ne s'apprend pas à l'école et qui pourtant constitue l'essentiel de la compétence» (Geay & Sallaberry, 1999, p. 8).

Dans un contexte d'apprentissage en milieu clinique, les situations d'apprentissage sont authentiques et complexes puisqu'elles sont réelles et uniques à chaque patient. Elles sont suffisamment riches pour confronter l'apprenant à la réalité de la vie professionnelle (traitement de cas concrets, de prestations de soins qui s'adressent au patient, à son entourage et à ses besoins). L'étudiant est donc amené avant d'agir à estimer, organiser et mobiliser aussi bien ses acquis antérieurs que ses expériences vécus. Le professeur de l'enseignement clinique, à qui l'école a confié la mission de l'accompagnement des étudiants, porte ainsi une responsabilité dans le développement de la professionnalisation des apprenants.

En résumé, les interactions relatives aux situations d'apprentissage en milieu clinique sont déterminées par le statut particulier attribué «aux savoirs», le contexte et les acteurs concernés. Cette particularité incite l'enseignant clinicien à exprimer une visée claire sur les spécificités didactico-pédagogiques des stages en milieu clinique trop souvent considérées comme déficientes (Vanpee, Frenay, Godin & Bédard, 2010). En ce sens, Gatto et Ravestein (1996) ont clairement ciblé «une carence en termes de recherche et de littérature concernant la didactique des sciences de la santé» (p. 1). Dans le domaine de l'apprentissage en milieu clinique la notion de pédagogie et d'ingénierie des dispositifs est parfois reléguée à l'arrière-plan, se positionnant comme un «allant de soi».

De plus l'alternance est organisée à l'ESSTST selon une logique de découpage disciplinaire où l'enseignant se voit chargé essentiellement d'appliquer et de compléter les savoirs proposés par l'école.

Dès lors, une réflexion sur la conception d'un modèle didactico-pédagogique spécifique à l'apprentissage en milieu clinique s'impose. Ce modèle semble nécessaire d'une part pour aider les enseignants cliniciens (définir clairement les particularités de la dynamique de cet apprentissage par rapport aux «savoirs»), et d'autre part pour entrevoir les difficultés que peuvent rencontrer les différents acteurs concernés. Effectivement, plusieurs fois soulignée par certains auteurs (Beitone et Legardez, 1995; Mercier, Schubauer



et Sensevy, 2002), la didactique facilite la compréhension des significations et des situations diverses de l'enseignement, conjuguant les contraintes personnelles des acteurs, les facteurs contextuels et l'inscription des savoirs dans un contexte institutionnel donné. En effet, « en fonction de chaque enjeu de savoir à enseigner et à apprendre et des processus transpositifs qui les déterminent, il fallait que chaque didactique éprouve sa pertinence en isolant ses problématiques de recherche prioritaires et en produisant son propre système conceptuel pour concevoir de nouvelles pratiques, pour comprendre et expliquer les phénomènes d'enseignement/apprentissage relatifs aux savoirs dont elle prétendait assurer la responsabilité » (Mercier et al., 2002, p. 7).

Pour aborder le sujet des particularités de l'acte pédagogique en milieu clinique selon une démarche structurée et dans un cadre théorique fondé, notre réflexion se base sur la perspective d'apprentissage et d'enseignement contextualisée authentique (AECA), comme elle a été définie par Frenay et Bédard (2004) et sur les principes didactiques du modèle conceptuel de Houssaye (1988). Les objectifs essentiels de notre article visent à :

- proposer un modèle didactico-pédagogique appuyé sur la perspective de AECA et les principes du triangle de Houssaye (1988),
- définir les principaux acteurs de ce modèle ainsi que leurs rôles spécifiques.

Cadre conceptuel

Apprentissage et enseignement contextualisé authentique

Pour fournir une perspective à notre réflexion sur le modèle didactico-pédagogique proposé, la perspective d'apprentissage et d'enseignement contextualisée authentique a valeur d'appui tel que défini par Frenay et Bédard (2004). La conception d'AECA fait référence à l'approche constructiviste. Cette conception présente aussi des liens avec le concept d'apprentissage expérientiel qui met l'accent sur le processus de l'apprentissage défini et expliqué par plusieurs auteurs (Bertrand, 1993; Tardif, 1998; Harrington et al., 2003, cités par Vierset, Frenay et Bédard, 2015). Faisant référence à la perspective de l'AECA, celle-ci s'intéresse conjointement aux rôles de l'enseignant ou du superviseur de stage (posture d'accompagnement) et aux rôles de l'étudiant-apprenant-stagiaire dans sa formation (posture d'apprentissage).

Enfin, ce cadre s'appuie sur deux grands principes pédagogiques qui sont d'une part, l'authenticité du contexte (la contextualisation des apprentissages) et d'autre part le compagnonnage cognitif (Frenay et Bédard, 2004).

Le classique triangle de Houssaye (1988)

Le classique triangle de Houssaye (1988) est un des outils les plus fréquemment utilisés depuis longtemps dans l'analyse des éléments fondamentaux qui entrent en jeu dans le processus de l'enseignement. Ainsi, selon ce chercheur, tout acte pédagogique correspond à une interaction entre trois sommets d'un triangle : le savoir, l'apprenant et l'enseignant (voir figure n° 1).



Ce modèle rend compte de trois types de relations nécessaires à chaque acte pédagogique qui doit être analysé en termes d'interaction bipolaire, excluant le troisième pôle. De ce fait, la relation est didactique quand on privilégie le rapport enseignant-savoir, elle est pédagogique si on favorise le rapport enseignant-apprenant, et enfin elle est une relation d'apprentissage, si on se concentre sur le rapport apprenant-savoir.

«La situation pédagogique peut être définie comme un triangle composé de trois éléments, le savoir, le professeur et les élèves, dont deux se constituent comme sujets tandis que le troisième doit accepter la place du mort ou, à défaut, se mettre à faire le fou [...] Faire acte pédagogique, c'est, parmi le savoir, le professeur et les élèves, choisir à qui l'on attribue la place du mort» (Houssaye, 1988, p. 233).

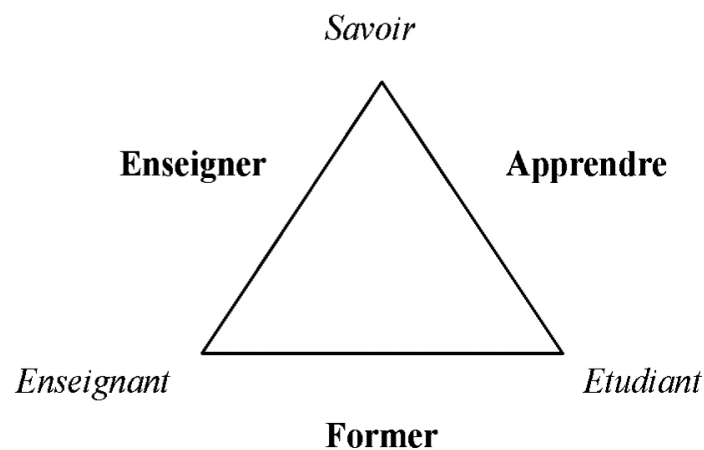


Figure n° 1 : Le classique triangle pédagogique de Houssaye (1988)

Le modèle explicatif d'une séquence pédagogique de Houssaye (1989) représente un cadre de référence qui a été largement utilisé par plusieurs chercheurs didacticiens dans l'analyse des fonctionnements et le dysfonctionnement des phénomènes d'enseignement et d'apprentissage. En effet, sa conception concise le rend aisément applicable à plusieurs contextes et domaines d'enseignement. D'ailleurs, ce modèle a été développé dans le domaine des sciences économiques par les deux chercheurs Beitone et Legardez (1995). Les auteurs ont introduit à la conception du triangle classique le concept du « contrat didactique ». Dans un contexte d'apprentissage virtuel, Faerber (2002) a inclus la notion de groupe comme pôle à part entière dans une nouvelle forme tétraédrique. Quant à Lombard (2007), il a étendu le triangle classique en un tétraèdre pédagogique, plaçant la technologie de l'information et de communication comme un quatrième pôle appelé « dispositif cyber-prof ». On pourrait multiplier les exemples de modèles de transpositions didactiques, mais les exemples cités suffisent pour reconnaître l'importance de la conception classique de Houssaye dans le développement des réflexions sur les spécificités didactiques et pédagogiques propres à chaque discipline.



Réflexion didactique sur l'apprentissage en milieu clinique

Définitions de la didactique des disciplines

Les interrogations des didacticiens de différentes disciplines sur leurs pratiques d'enseignement témoignent de la pluralité des définitions attribuées à la didactique. Certains auteurs définissent la didactique comme une science rigoureuse qui s'intéresse à la production, à la diffusion et à l'apprentissage des connaissances ainsi qu'aux institutions et aux activités qui les facilite (Brousseau, 1988). Dans la même logique, Johsua et Dupin la considèrent comme «une science, qui étudie pour un domaine particulier, les phénomènes d'enseignement, les conditions de la transmission de la culture propre à une institution et les conditions de l'acquisition de connaissances par un apprenant» (Johsua & Dupin 1993, p. 2). Mercier (2002) de son côté, considère la didactique comme une science, car elle rend possible l'émergence de significations dans les situations d'enseignement diverses, elle envisage conjointement les contraintes personnelles des acteurs, les facteurs contextuels et l'inscription des savoirs dans un contexte institutionnel donné. Dans un cadre d'enseignement des sciences économiques, Beitone et Legardez (1995) définissent la didactique comme l'analyse des conditions de la construction des savoirs. Nombreux aussi les auteurs qui se sont focalisés en particulier sur les méthodes de traitement et de transmission des connaissances dans leurs définitions. Ainsi, Julio (1989), précise qu'il ne s'agit pas de dégager des lois générales, comme tente de faire la psychologie, mais de s'intéresser à la manière dont l'élève traite un contenu et une situation donnée (Julio, 1989, p. 77). Dans son dictionnaire personnel disponible sur le site Web, Mérieux (s.d.) définit la didactique comme un : «effort rationnel de transmission des connaissances à tous les hommes. Aujourd'hui, on parle plutôt «des didactiques» des différentes disciplines qui travaillent sur les conditions de leur enseignement». De son côté Biagioli (2014) considère la didactique comme «l'étude des processus de transmission et d'appropriation des connaissances dans ce qu'elles ont de spécifique quant à leur contenu et quant à la relation de ce dernier avec les ressources et l'environnement des acteurs» (Biagioli, 2014, p.50).

Cette brève exposition de définitions de la didactique, bien qu'elles soient indifférenciées, elles s'accordent massivement sur trois aspects : le contexte ; le domaine de l'enseignement et le processus spécifique de l'acquisition des connaissances propre à chaque discipline.

De ce fait, l'apprentissage sur les lieux de stage est une discipline qui offre, dans un contexte particulier, l'acquisition de connaissances et de compétences dans une dynamique distincte de celle des disciplines enseignées dans les salles de classe. Ainsi il s'avère légitime de penser à une analyse didactico-pédagogique qui respecte d'une part les conditions essentielles du processus de construction des différents types de «savoirs» en milieu clinique et d'autre part qui prend en considération toutes les formes interactives humaines des acteurs en jeu.



Spécificités didactiques de l'apprentissage en milieu clinique

Bien que l'apprentissage en milieu clinique soit également désigné comme l'apprentissage sur les lieux de stage, cette dernière appellation nous semble trop générale et peut être employée en dehors de notre champ d'études. Nous nous en tiendrons à la première, plus propice à l'apprentissage des sciences de la santé, puisqu'elle revêt une très grande importance dans la formation des étudiants de la santé, quels que soient la spécialité et le niveau d'études. C'est une forme de confrontation de l'étudiant face à des situations complexes, à la fois authentiques et diversifiées, qui exigent une approche active, orientée vers l'analyse et la construction de ses propres savoirs. Ainsi, l'apprenant est considéré comme un acteur principal qui détient une base de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être. Il est considéré comme capable de mobiliser ses « savoirs » pour agir efficacement en situation de diagnostic des problèmes, élaborer des stratégies de solutions, prendre des décisions, etc. (Perrenoud, 2001). Par ailleurs, on peut déduire qu'il s'agit bien d'un apprentissage particulier. Cette particularité peut être envisagée sur trois plans.

D'abord sur celui des savoirs. Il s'agit d'un apprentissage basé sur l'alternance où l'étudiant est appelé à créer des liens entre la théorie et la pratique. Il repose sur le transfert des connaissances déclaratives et procédurales vers des connaissances conditionnelles. Il s'agit d'une forme de « communication et d'application des connaissances théoriques, techniques, organisationnelles et relationnelles. Il se déroule dans un milieu susceptible d'offrir à l'étudiant l'occasion de situer ses connaissances dans une vue d'ensemble réelle auprès des patients et lui permet de passer de la théorie à la pratique » (Phaneuf, 2012, p. 1, cité par Rochon, 2013). Ensuite, il faut considérer également le contexte général socioculturel, économique et éducationnel, ainsi que le contexte spécifique (milieu clinique) dans lesquels l'étudiant évolue. Et enfin, il s'agit de tenir compte de la dimension humaine et surtout des aspects affectifs, moraux, éthiques, déontologiques, qui se rapportent à l'apprenant, au patient, à l'enseignant et à toute l'équipe soignante. Dans ce contexte particulier d'apprentissage, des interrogations subsistent quant au processus et à la typologie des savoirs à construire et aux particularités didactiques et pédagogiques qui leur sont corollaires.

Transposition didactique des savoirs en savoirs pratiques en milieu clinique

Le concept de la transposition didactique (TD) a été défini pour la première fois par le didacticien des mathématiques, Yves Chevallard (1985). Ce concept renvoie au processus où l'enseignant avec son expérience, son expertise et ses compétences essaye d'adapter le « savoir » à enseigner visé (transposition didactique externe) vers un « savoir » apte à enseigner (transposition didactique interne). Plus précisément, la TD a été définie comme : « un contenu de savoir ayant été désigné comme savoir à enseigner subit dès lors un ensemble de transformations adaptatives qui vont le rendre apte



à prendre place parmi les objets d'enseignement» (Chevallard, 1985, p. 39). La TD est une «activité par laquelle un savoir «savant» est transformé de manière à pouvoir être enseigné à des apprenants plus ou moins novices en la matière» (Clerc, Minder et Roduit, 2006, p.1).

On note que couramment et dans la plupart des dispositifs de formation conventionnels, cette activité consiste à une transposition des «savoirs savants» disciplinaires vers un «savoir à enseigner» afin d'assurer leurs acquisitions par l'apprenant. Cependant, dans un contexte de formation pratique en sciences de la santé, le processus de TD entièrement consacré aux «savoirs» appris sur les bancs des classes ne représente que le «mi-chemin» de la chaîne de la transposition des «savoirs» nécessaires à l'acquisition des compétences envisagées.

Dans cette perspective, on présume que l'analyse de la TD dans ce contexte fait partie d'un champ plus étendu. Par ailleurs, elle doit toucher à toutes les opérations cohérentes au cursus de la formation généralement prodiguée entre un enseignement académique théorique et un apprentissage pratique vécue sous forme d'expériences professionnelles accompagnées. Ainsi, les «savoirs savants» ne représentent pas le seul cadre de référence. D'ailleurs, Perrenoud (1998) rapporte qu'il s'agit d'un phénomène qui dépasse de loin les écoles et les disciplines d'enseignement. Dans ce cas, elle doit toucher à toutes les opérations inhérentes au cursus de la formation prodiguée entre un enseignement académique préalable et expérience pratique vécue. Ainsi, les «savoirs savants» ne sont pas le seul cadre de référence. Perrenoud (1998) rapporte qu'il s'agit d'un phénomène qui dépasse largement les écoles et les disciplines d'enseignement. Dans ce sens, le processus de la TD doit couvrir toute la trajectoire des transformations que subissent les «savoirs» avant d'aboutir aux compétences cliniques.

Le chemin de ce processus, partant des savoirs savants pour parvenir aux savoirs d'action (mobilisés, mis en action et transférés), devient alors plus laborieux et plus complexe.

D'ailleurs, Bernard et Reyes (2001) ont mis l'accent sur l'utilité en pédagogie de distinguer les savoirs savants (scientifiques, apanage des chercheurs, experts et spécialistes), des savoirs à enseigner (sous-ensemble des savoirs savants jugés utiles dans un apprentissage) et des savoirs enseignés (savoirs à enseigner effectivement abordés dans une session de formation pratique). En analysant le cadre de la didactique professionnelle de l'apprentissage sur le lieu de travail, Pastré, Mayen et Vergnaud (2006) ont rapporté à leur tour qu'il s'agit bien «d'articuler de façon très forte deux dimensions qui ne vont pas forcément ensemble : la dimension théorique et la dimension opératoire. La dimension théorique est très importante, car c'est grâce à elle qu'on essaie d'éviter un discours empirique qui se contenterait de relater un certain nombre d'opérations réussies d'analyse, sans en marquer ni les fondements ni les limites. Mais la dimension opératoire est tout aussi essentielle» (p.151).



De même l'acquisition «des savoirs» dans le contexte de la formation de base en sciences de la santé subit un ensemble de transformations adaptatives qui répondent à une dynamique complexe se rapprochant de celle rapportée par Pastré et ses collègues. Théoriquement, on peut admettre que la didactique de l'apprentissage en milieu clinique cherche à articuler deux sources de «savoir»: une source théorique et une source pratique. La source théorique est située sur une trajectoire qui commence par la transposition des «savoirs savants» disciplinaires en «savoirs appropriés», alors que la source pratique débute par la transposition des «savoirs appropriés» en «savoirs d'actions» pour se terminer par l'acquisition des compétences nécessaires.

Ce processus peut être schématisé d'une façon globale, sous forme d'une chaîne de transposition didactique des «savoirs en action» (voir figure n° 2).

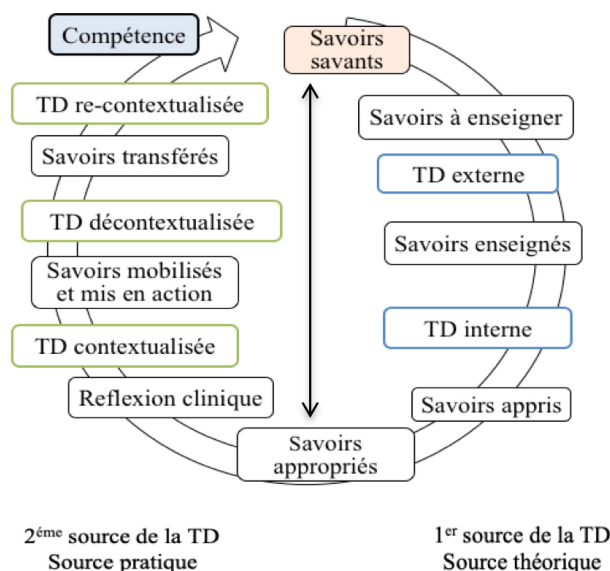


Figure n° 2: Chaîne de la transposition didactique des savoirs savants vers les savoirs pratiques en situation des soins en milieu clinique (* TD: transposition didactique).

Bien que la TD des «savoirs savants» en «savoirs appropriés» soit importante, voire même nécessaire, pour s'enchaîner avec la TD des «savoirs appropriés» en «savoirs d'actions», elle ne fera pas aujourd'hui l'objet de notre questionnement. Les propos de notre étude seront délibérément limités à la deuxième partie dénommée dans notre article «source pratique».

Dans cette partie, nous proposons trois types de transposition didactique: 1) une TD contextualisée: elle concerne la démarche réflexive concernant les «savoirs appropriés» et leurs liens avec les données de la situation clinique rencontrée; 2) une TD décontextualisée: elle se rapporte aux transformations adaptatives que subissent les «savoirs appropriés» afin de les mobiliser et de les mettre en action selon la situation en question et 3) une TD ré-contextualisée: elle s'adresse à l'ensemble de modifications nécessaires pour un transfert performant des connaissances acquises vers d'autres situations professionnelles (voir figure n° 2).



Qu'il y ait donc une deuxième étape décisive sur le parcours de la transformation des «savoirs» en milieu clinique, nul n'en doute. Cependant, cette schématisation de la chaîne de la TD de la formation en alternance ne doit pas être conçue comme une simple juxtaposition sous forme d'association d'acquisition pratique en milieu clinique et de théorie en institutions. Particulièrement, que le dispositif de l'alternance vise non seulement à articuler les savoirs théoriques et savoirs pratiques, mais il offre aussi à l'étudiant l'opportunité de développer ses capacités de raisonnement et de savoir-faire opérationnels qui ne peut se développer que sur terrain devant la richesse et la complexité des situations authentiques professionnelles.

L'apprentissage en milieu clinique représente un champ disciplinaire qui renvoie à un contexte et un ensemble de règles didactiques et pédagogiques spécifiques. Dans ce cas, le stage apparaît alors comme une discipline parmi d'autres (Perrenoud, 2001 ; Pentecouteau, 2012). Dès lors, on peut admettre que dans le cadre de la formation des professionnels de la santé, l'élargissement de la théorie de la transposition vers les «savoirs pratiques» est une démarche indispensable si on prend au sens strict une perspective de développement de ce domaine. D'ailleurs, Perrenoud (1998) a souligné que pour former intellectuellement les compétences de référence et l'articulation théorie-pratique dans les formations professionnelles, le concept de transposition didactique est un outil indispensable assistant la poursuite de notre réflexion sur la dynamique et les contextes de construction des savoirs en action (Perrenoud 1994 ; 1996 b, c et d, cité par Perrenoud 1998).

Du triangle de Houssaye au triangle de l'apprentissage des soins authentiques

Le concept de transposition didactique est riche et nous offre entre autre l'occasion de réfléchir et d'analyser nos pratiques professionnelles usuelles. Il questionne les professeurs sur leurs pratiques d'enseignement au sein des institutions, mais à plus forte raison encore sur les pratiques des enseignants cliniciens en situation d'enseignement d'apprentissage en milieu clinique. Ce champ constitue, comme mentionné précédemment, une réalité pédagogique et didactique spécifique. Par ailleurs, le modèle ici proposé s'efforce de respecter les particularités se rapportant au contexte et à la dynamique d'acquisition des «savoirs en action». Notons d'abord que chaque situation d'apprentissage en milieu clinique s'enrichit naturellement d'une composante centrale réservée au patient et à sa situation de soins. Par conséquent, l'introduction de cette composante fondamentale dans notre modèle explicatif relatif aux séquences pédagogiques d'apprentissage authentiques va entraîner des transformations sur la conception classique du triangle de Houssaye.

En fait, la spécificité de chaque patient avec sa situation de soins en qualité de pivot central et en tant que plaque régénératrice de toute dynamique cognitive, va générer des modifications de rôles et d'interactions entre les trois pôles en rapport à l'apprenant, au savoir et à l'enseignant. La dynamique du



processus de l'apprentissage sera toujours animée par les situations spécifiques générées par chaque patient, vécues par l'apprenant et accompagnées par l'enseignant. Suivant Perrenoud (1998) «le transfert des connaissances n'est pas automatique, il s'acquiert par l'exercice et une pratique réflexive, dans des situations qui donnent l'occasion de mobiliser des «savoirs» (p. 4).

Dès lors, chaque situation de référence oriente et détermine «la typologie» des connaissances à mobiliser et la nature des interactions entre les différents acteurs (voir figure n° 3).

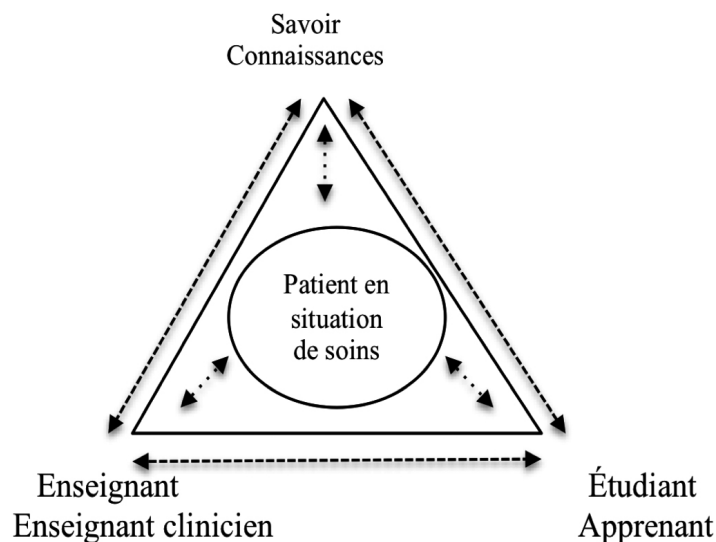


Figure n° 3: triangle pédagogique des situations d'apprentissage des soins en milieu clinique.

Partant de ce modèle, nous tenterons de définir brièvement les caractéristiques spécifiques des fonctions des acteurs du triangle pédagogique impliqués dans les situations d'apprentissage de soins en milieu clinique en essayant d'illustrer en quoi la didactique des interactions dans ce type d'apprentissage contraint les formes d'interaction des autres disciplines.

Les particularités du triangle pédagogique des situations d'apprentissage des soins en milieu clinique

Patient en situation de soins

Notion de «patient partenaire» comme une stratégie de qualité de la formation

Donner une voix aux patients est une pratique en plein essor dans les sciences de la santé. La notion de «patient partenaire» et la notion de «partenariat de soin» sont les résultats d'une évolution historique et d'un contexte social spécifique (Pellacia, 2016). Les retombées positives de l'implication des patients dans le processus des soins sont prouvées par la réussite des démarches thérapeutiques des traitements dans plusieurs spécialités médicales et paramédicales. D'ailleurs, leurs participations informelles



ont été introduites par les anglophones même en cursus universitaires. Par exemple, à l'Université de Middlesex (Centre of Excellence in Teaching and Learning) les usagers sont impliqués en se basant sur leurs expériences dans la conception, l'animation et l'évaluation des cursus, comme le Service User and Carer Symposium. Les usagers sont également membres des jurys pour les examens finaux des formations en soins infirmiers (Jouet et al., 2010). Ces mêmes auteurs rapportent qu'en France, la notion de « patient » formateur comme mode d'enseignement a été intégrée auprès des écoles d'infirmières, puis propagée auprès des facultés de médecine depuis 1992. Cela fait plus de vingt ans que l'Université de Paris 7 a envisagé ce type d'intervention lors de sessions de formation continue. Vu l'intérêt de leurs interventions, les patients sont intégrés dès 1997 dans les cursus d'enseignements initiaux, dont ils deviendront une spécialité à part entière.

On note que d'un point de vue stratégique, en relation avec l'amélioration de la qualité des soins et leurs enseignements, l'idée de l'implication des patients dans le processus des soins est une activité bien considérée dans la pratique collaborative et dans l'implantation du programme de formation interprofessionnelle (Pellacia, 2016).

Notre réflexion est en adéquation avec cette approche, mais elle est abordée sous un angle plus restreint et conforme au bon déroulement d'une situation pédagogique.

Accorder une place centrale au patient et ses besoins dans une situation didactico-pédagogique d'apprentissage est une position qui vise à aborder d'une manière spécifique, les particularités de la dynamique du processus d'acquisition des « savoirs en action ».

Notion de patient comme axe central générateur des « savoirs en action »

Dans tout enseignement théorique coutumier, la dynamique de l'action éducative est basée sur l'interaction entre les contenus disciplinaires, l'étudiant et l'enseignant. Il va de soi que la planification de la séance sera bien préparée et organisée au préalable par l'enseignant.

Dans un contexte d'apprentissage pratique en milieu clinique, la dynamique de toute action d'apprentissage est organisée en fonction de chaque patient et de sa situation problématique. Par conséquent, les nouveaux « savoirs » se créent en fonction des situations rencontrées sur le terrain, loin d'être prévues et planifiées dans leur totalité en amont, c'est là que réside alors l'intérêt de l'acquis.

C'est ainsi que l'acte pédagogique dans cet environnement spécifique est basé sur une interaction dynamique combinée entre le patient et sa propre « situation de soins » : l'apprenant, avec ses connaissances et ses expériences antérieures, et le professeur clinicien avec sa capacité à soutenir l'apprenant dans sa réflexion et ses interventions.

Dans notre proposition de triangle didactico-pédagogique spécifique à l'apprentissage en milieu clinique, le patient et sa situation problématique sont au centre de toute interaction entre les trois pôles. Chaque situation de soins représente ainsi un axe générateur et stimulateur de toute relation



avec les apprenants, l'enseignant clinicien ainsi que les «savoirs». Par ailleurs, la situation de soins de chaque patient est placée au centre du triangle comme un carrefour de toutes les interactions entre les différents acteurs du triangle pédagogique. La transposition didactique proposée rend compte de trois types d'interactions entre les trois pôles dans une dynamique pluri-directionnelle. Elles sont caractérisées par des va-et-vient en passant continuellement, et dans tous les cas, par le patient et sa situation problématique spécifique (voir figure n° 3).

Cette dynamique de relation est radicalement différente de celle conçue par le triangle pédagogique de Houssaye (1988) et celle des autres disciplines. Enseigner une profession en science de la santé se différencie nettement de l'enseignement de la langue française, des mathématiques ou des sciences par exemple. Le rôle de l'enseignant est généralement d'intégrer le «savoir savant», dénommé «la source théorique ou la première TD» (voir figure n° 2). Pour l'apprentissage en milieu clinique le processus d'apprentissage s'avère plus complexe. Il s'intéresse à tout type de savoirs ainsi qu'aux expériences de l'apprenant. Plus précisément, devant les situations professionnelles authentiques; riches et complexes rencontrées par l'apprenant, le rôle de l'enseignant devient un rôle d'accompagnateur de l'étudiant dans son approche intellectuelle, ses attitudes et ses actions. Ainsi, l'accent est déplacé de l'enseignement des «savoirs» vers le soutien et le développement de la capacité de l'étudiant à mobiliser les «connaissances» nécessaires et leurs applications dans des situations de soins réelles évoquées par chaque patient.

Le but principal de chaque enseignant est donc d'amener l'étudiant à mobiliser, à mettre en action et à appliquer ses connaissances sur d'autres situations.

Cette conception nous permet de nous interroger sur la question de la mobilisation des savoirs dans les situations des soins.

Du camp des savoirs aux champs des connaissances

Le savoir représente «le premier déterminant de l'action didactique conjointe, il est même l'enjeu de la relation didactique» (Sensevy, 2011, p. 152, cité par Boivin-Delpieu et Bécu-Robinault, 2015). Dans la schématisation de la transposition didactique au sens restreint, le «savoir savant» est perçu comme le savoir de référence. Il s'agit d'une construction sociale et culturelle, qui vit dans une institution et qui, par nature, est un texte (ce qui ne veut pas dire qu'il soit toujours matériellement écrit). Ainsi, le savoir devient dépersonnalisé, décontextualisé, détemporalisé. Il est généralement formulé, formalisé, validé et mémorisé (Laparra & Margolinas, 2010). Cette définition rejoint celle de Bernard et Reyes (2001) élaborée dans le contexte de l'apprentissage en médecine, où les auteurs renvoient le terme «savoirs» au contenu socialement validé comme le programme d'enseignement, les ouvrages, publications etc... Ils considèrent que les «savoirs», dans un domaine culturel ou d'activité donnée, sont décrits, stabilisés et institués.

Certes, le savoir savant est essentiel et sa légitimité est bien reconnue comme source solide dans l'enseignement des sciences de la santé, mais nous pensons que d'autres savoirs transformés en connaissances puis en



compétences interviennent lors de l'apprentissage des soins. Les savoirs liés à l'environnement et au contexte de soins sont à considérer, à mobiliser, et à transférer par l'apprenant. D'ailleurs, Tiberghien (2003), propose de faire une différence entre les connaissances mobilisées dans l'activité et le savoir savant tel qu'il apparaît dans les textes de référence. Dans le cadre de la théorie, les situations Laparra et Margolinas (2010), définissent la connaissance comme tout ce qui interfère dans l'équilibre entre le sujet et le milieu, ce que le sujet met en jeu quand il investit une situation. Dans ce sens Bernard et Reyes (2001), considèrent le concept de connaissances comme un concept très large, qui inclut à la fois des connaissances du corps, des connaissances dans l'action, des connaissances de l'interaction, des connaissances mémorisées, etc. On parle alors de connaissances qui font référence au sujet lui-même; ce sont les savoirs intégrés par l'apprenant dans ses représentations. Au terme d'un processus actif de construction, elles sont par nature même, individuelles (Bernard & Reyes 2001).

Si on admet que dans un contexte d'apprentissage authentique de soins, le statut attribué aux savoirs en jeu a une implication spécifique inhérente à chaque apprenant, il faut aussi admettre qu'il reste en lien étroit avec chaque patient. Ce qui implique la mobilisation d'une diversité de «savoirs» qui vont être intégrés de ce fait par l'étudiant sous forme de connaissances.

Les situations authentiques uniques à chaque patient jouent un rôle déterminant dans l'orientation de l'apprenant, dans sa réflexion, et dans son parcours cognitif de mobilisation des différents «savoirs». Devant ce changement pédagogique et didactique, se présente le questionnement sur le rôle de l'apprenant dans ce processus d'apprentissage.

L'étudiant en milieu clinique est un apprenant actif

Dans un contexte d'apprentissage en milieu clinique, le rôle de l'étudiant dans le système didactique classique se trouve complètement changé et remis en question. L'étudiant n'est plus dans un contexte d'enseignement théorique, il est désormais mis à l'épreuve face aux situations professionnelles authentiques mettant en jeu ses capacités à construire des connaissances d'actions efficaces afin de remédier aux besoins de chaque patient et chaque problème rencontré. Selon Pastré (2006), les situations de travail sont considérées comme des séquences d'apprentissage, qui vont servir de référence à tous ceux qui sont en position d'apprendre. «En effet, pour l'employeur, pour le tuteur comme pour le stagiaire, l'objectif essentiel est que l'apprenant maîtrise le plus rapidement possible la situation spécifique dans laquelle il est engagé en tant que stagiaire et en tant que producteur» (Pastré, 2006, p. 189).

Le rôle de l'apprenant devient alors primordial et décisif dans le processus d'apprentissage et dans l'acquisition des compétences pratiques nécessaires. Il doit être amené à devenir un praticien capable d'analyser les situations authentiques et complexes rencontrées, de prendre des décisions et mener des interventions efficaces et appropriées. Il démontre ainsi l'appropriation d'une compétence en manifestant la capacité à faire face de



manière adéquate à une situation problématique semblable où les attitudes, les valeurs, les comportements, les habiletés, les techniques organisationnelles, relationnelles et les conduites propres à cette compétence sont mises à contribution dans une synergie d'action (Phaneuf, 2004). Le rôle de l'apprenant est bel et bien actif. Dès lors, comment l'enseignant peut-il le soutenir dans cet effort ?

L'enseignant accompagnateur conseiller de l'étudiant dans son apprentissage

Comme pour l'étudiant, le rôle de l'enseignant en milieu clinique est fortement modifié. Il devient le conseiller de l'apprenant dans son processus d'apprentissage et d'acquisition des compétences. Il s'agit d'un suivi auprès de chaque étudiant, exigeant plusieurs autres fonctions que celle de l'enseignement. De ce fait, son appellation en est drastiquement modifiée : il devient enseignant clinicien, tuteur, encadreur, accompagnateur, etc. Implicitement, toutes ces appellations connotent toujours plus de proximité et plus d'interactions dans le cheminement avec l'apprenant. L'enseignant clinicien est un professionnel de la santé. Expert dans son domaine, il accompagne l'apprenant à développer des capacités et compétences cognitives et techniques, et à s'approprier des valeurs propres à l'être humain et à la profession. Il doit être éducateur autant qu'enseignant en prenant en compte les besoins, les représentations et les capacités de chaque étudiant. L'enseignant doit maintenir un équilibre entre : « [...] confiance et surveillance, compréhension et empathie ; autonomie et soutien ; respect des capacités et orientation et évolution vers l'initiative personnelle et la compétence. » (Phaneuf, 2012, cité par Rochon, 2013, p. 17). En dehors de la responsabilité pédagogique et didactique de planification et d'organisation des situations d'apprentissages (Vanpee et al., 2010) et en dehors de son rôle d'évaluateur, un rôle de conseiller doit désormais être assimilé par l'enseignant dans ce type d'apprentissage. À ce niveau, Bernard et Reyes (2001) rapportent qu'il est important pour l'enseignant clinicien, d'une part, de prendre conscience de l'existence de connaissances implicites comme les règles de comportement face à un malade, d'empathie, de communication ... et d'autre part, de s'intéresser à la nature des savoirs qui leur correspondent afin de les transformer explicitement dans son enseignement dans le but d'aider l'étudiant à prendre conscience de leur importance dans l'acte de soins.

Enfin, à travers notre réflexion on peut conclure que le schéma d'un cours de classe est profondément modifié, laissant place à un contexte d'apprentissage dynamique réel et complexe. Ainsi, les acteurs concernés, patient, apprenant et enseignant seront confrontés à des situations problématiques à résoudre en collaboration dans un espace inter-humain.

Ce contexte spécifique va redéfinir les rôles et les interactions dans un cadre didactico-pédagogique très particulier.



Conclusion

Dans ce présent article, nous avons tenté de répondre à notre objectif principal qui consiste essentiellement à proposer un modèle didactico-pédagogique spécifique au véritable apprentissage en milieu clinique. On a choisi tout d'abord de mettre l'accent sur la singularité de cette discipline qui cherche à articuler deux sources de «savoir» : une source théorique et une source pratique. Notre réflexion a été délibérément limitée à la deuxième source de TD qui se rapporte aux «savoirs appropriés» et leur mise en action.

Dans un deuxième temps, afin d'apporter un éclairage sur les particularités de l'enseignement/apprentissage en milieu clinique et fournir une perspective à notre réflexion sur le modèle didactico-pédagogique proposé, nous nous sommes appuyés sur les principes de la métaphore du triangle de Houssaye (1988) et sur la perspective d'apprentissage et d'enseignement contextualisée comme définie par Frenay et Bédard (2004).

D'autre part, le modèle proposé définit tout acte pédagogique d'apprentissage semblable à un espace de trois acteurs d'un triangle comportant : l'apprenant, le patient et les connaissances avec une considération centrale à la situation authentique particulière à chaque patient.

Cette nouvelle conception va générer la modification des rôles et des interactions des trois pôles. Notre réflexion sur les éventuelles interactions entre l'apprenant, l'enseignant, les connaissances et le patient, malgré son importance, ne sera pas relatée dans le présent texte. Compte tenu de l'importance de ce thème dans notre vision générale, elle fera l'objet d'un second article complémentaire.

En conclusion, on considère que l'instrumentation du domaine de l'enseignement et l'apprentissage en milieu clinique par de tels dispositifs et modèles didactico-pédagogique ne peuvent être que bénéfiques. Ils peuvent aider les enseignants dans leur démarche à mieux repérer les obstacles de ce type d'apprentissage et à analyser son fonctionnement et son dysfonctionnement. D'autant plus que l'enseignement à l'ESSTST est inscrit dans une approche de maîtrise qui laisse peu de place à l'initiative de l'enseignant sur les terrains de stage. Il est organisé selon une logique de partage des objectifs de formation où les enseignants cliniciens se voient chargés de compléter et d'appliquer les «savoirs» proposés par l'École. Par ailleurs, notre réflexion nous encourage comme des enseignants cliniciens de proposer des modifications des objectifs institutionnels en donnant de l'importance à ceux qui surgissent sur les lieux des stages et ressentis par l'étudiant. Donner de l'importance aux situations rencontrées en adoptant une alternance intégrative permet à l'étudiant de découvrir les éléments constitutifs des compétences professionnelles à acquérir.

Enfin, notre effort à rassembler les significations sur un modèle didactico-pédagogique doit être considéré comme une réflexion qui reste largement interprétative et qui mérite inévitablement des reprises et des approfondissements.



Références

- Beitone, A., & Legardez, A. (1995). Enseigner les sciences économiques : pour une approche didactique. *Revue française de pédagogie*, 112(1), 33-45.
- Bernard, J. L., & Reyes, P. (2001). Apprendre, en médecine (1re partie). *Pédagogie médicale*, 3(2), 163-169. Repéré à <http://www.sfap.org/system/files/apprendre-en-medecine-partie1.pdf>
- Biagioli, F. (2014). Didactique(s) : un singulier-pluriel. Réactions aux points de vue développés. *Éducation et didactique*, 8(1), 45-51. Repéré à <https://journals.openedition.org/educationdidactique/1870>
- Boivin-Delpieu, G., & Bécu-Robinault, K. (2015). Influence des postures épistémologiques sur l'action professorale : les phases de la Lune au cycle 3. *Recherches en didactique des sciences et des technologies*, 12, 25-58.
- Brousseau, G. (1986). Fondements et méthodes de la didactique des mathématiques. *Recherches en didactique des mathématiques*, 7(2), 33-115.
- Chevallard, Y. (1985). *La transposition didactique : du savoir savant au savoir enseigné*. Grenoble, France : La Pensée Sauvage.
- Clerc, J. B., Minder, P., & Roduit, G. (2006). *La transposition didactique*. Document non publié. Lausanne, Suisse : Haute école pédagogique du canton de Vaud. Repéré à <http://lyonelkaufmann.ch/histoire/MHS31Docs/Seance1/TranspositionDidactique.pdf>
- Faerber, R. (2002). Le groupe d'apprentissage en formation à distance : ses caractéristiques dans un environnement virtuel. Dans F. Larose, & T. Karsenti (dir.), *La place des TIC en formation initiale et continue* (pp. 99-128). Sherbrooke, Canada : Édition du CRP.
- Frenay, M., & Bédard, D. (2004). Des dispositifs de formation universitaires s'inscrivant dans la perspective d'un apprentissage et d'un enseignement contextualisés pour favoriser la construction de connaissances et leur transfert. Dans A. Presseau, & M. Frenay (dir.) *Le transfert des apprentissages : comprendre pour mieux intervenir* (p. 241-268). Sainte-Foy, Canada : Les presses de l'Université de Laval.
- Gatto, F., & Ravestein, J. (1996). Émergence de la didactique de la santé. Repéré à <http://www.inrp.fr/biennale/7biennale/Contrib/longue/225.pdf>
- Geay, A., & Sallaberry, J. C. (1999). La didactique de l'alternance ou comment enseigner dans l'alternance? *Revue française de pédagogie*, 128, 7-15.
- Houssaye, J. (1988). *Théorie et pratique de l'éducation scolaire (I) : le triangle pédagogique (2^e éd, vol.1)*. Berne, Suisse : Peter Lang.
- Johnsua, A., & Dupin, J-J. (1993). *Introduction à didactique des sciences et des mathématiques*. Paris, France : PUF.
- Julo, J. (1989). *La didactique, c'est quoi exactement? Cahiers de Beaulieu, 7*. Rennes, France : Université de Rennes-I.
- Laparra, M., & Margolinas, C. (2010). Milieu, connaissance, savoir. Des concepts pour l'analyse de situations d'enseignement. *Pratiques*, 145-146, 141-160. Repéré à <http://journals.openedition.org/pratiques/1534>.
- Lombard, F. (2007). Du triangle de Houssaye au tétraèdre des TIC : comprendre les interactions entre les savoirs d'expérience et ceux de recherche. Dans B. Charlier, & D. Peraya (dir.), *Transformation des regards sur la recherche en technologie de l'éducation* (p. 137-155). Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Mercier, A., Schubauer, L. M., & Sensevy, L. G. (2002). Vers une didactique comparée. *Revue française de pédagogie*, 141, 5-16.
- Pastré, P., Mayen P., & Vergnaud, G. (2006). La didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*, 154, 145-198.
- Pellacia, T. (dir). (2016). *Comment (mieux) former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Perrenoud, P. (1998). La transposition didactique à partir de pratiques : des savoirs aux compétences. *Revue des sciences de l'éducation*, 24 (3), 487-514. doi:10.7202/031969ar
- Perrenoud, P. (2001). Articulation théorie-pratique et formation de praticiens réflexifs en alternance. Dans P. Lhez, D. Millet, & B. Séguier (dir.), *Alternance et complexité en formation : éducation, santé, travail social* (p. 10-27). Paris, France, Seli Arslan Repéré à https://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2001/2001_32.html
- Pentecouteau, H. (2012). L'alternance dans une formation professionnelle universitaire. De l'idéal épistémologique aux contradictions pédagogiques. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, 28(1), 1-13. Repéré à <https://journals.openedition.org/ripes/605>



- Rochon, S. (2013). Formation des nouvelles enseignantes sur l'encadrement des stagiaires : effet sur la qualité de l'évaluation (Mémoire de maîtrise en sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec). Repéré à <http://depot-e.uqtr.ca/6936/1/030586116.pdf>.
- Tracey, M. W., Hutchinson, A., & Grzebyk, T.Q. (2014). Instructional designers as reflective practitioners : developing professional identity through reflection. *Educational Technology Research and Development*, 62(3), 315-334.
- Vanpée, D., Frenay, M., Godin, V., & Bédard, D. (2010). Ce que la perspective de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques peut apporter pour optimiser la qualité pédagogique des stages d'externat. *Pédagogie médicale*, 10(4), 253-266. doi:10.1051/pmed/20090330
- Vierset, V., Frenay, M., & Bédard, D. (2015). Quels critères utiliser pour questionner la qualité pédagogique des stages cliniques? *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, 31(2), 1-21. Repéré à <https://journals.openedition.org/ripes/976>