

**Les bases pédagogiques  
de la formation en  
groupes professionnels**

P. RAYNAL

FMC -Versailles 19-20 mai 2006



# Pédagogie

Apprendre : Dès XI<sup>ème</sup> siècle, double sens

. Acquérir des connaissances pour soi

. Donner à autrui des connaissances

Apprendre est naturel pour l'homme.

Parcours éducatifs marqués par les difficultés.

Il n'existe pas de structure mentale spécifique de l'apprentissage.

Apprentissage: mise en jeu de différentes aptitudes du cerveau pour traiter les informations.

- discriminer
- identifier
- conserver
- récupérer
- associer ...

Plusieurs théories pédagogiques se sont développées pour acquérir les connaissances, les enseigner.

## 1. Enseignement normatif :

→ A prévalu en Europe jusqu'au siècle des Lumières

- . Transmission de faits et de règles
- . Relation d'autorité de maître à élève
- . Cours magistral

→ Utile acquisition connaissances factuelles  
nécessité partage même objectif, conceptions

## 2. Théorie comportementaliste (Behaviorisme)

- . Tout est affaire de conditionnement (Pavlov)
  - . Apprentissage : modifications des comportements sous l'effet de stimuli adéquats venant de l'environnement. La réponse attendue est récompensée, les autres pénalisées.
  - Intérêts : acquisition d'attitudes stéréotypées, attirer l'attention de l'enseignant sur l'apprenant, interrogation sur la nature des savoirs à transmettre.

# Domination de la pédagogie entre les deux guerres

## Excès du Behaviorisme

*« Donnez moi une douzaine d'enfants bien portants, bien conformés, et mon propre milieu spécifique pour les élever, et je garantis de prendre chacun au hasard et d'en faire n'importe quel type de spécialiste existant : docteur, juriste, artiste, commerçant et même mendiant et voleur, sans tenir compte de ses talents, penchants, tendances, capacités, de sa vocation ni de la race de ses ancêtre. »*

**John B WATSON 1925**

**Principal théoricien du behaviorisme**



### 3. Courant constructiviste

- . Domine la réflexion pédagogique
- . Né de la notion d'interaction entre le sujet et son environnement.
- . **Modèle centré sur l'apprenant**, encourage son autonomie, l'enseignant devient médiateur des savoirs et facilitateur des apprentissages.
- . Objectif de l'enseignement : dépassement du sujet/lui-même, de l'élève par rapport au maître.

# Acquisition des connaissances pour les médecins



Centre de Sociologie et Démographie Médicales  
Enquête 1993

Principaux moyens de formation médicale continue

## Spécialistes

### Généralistes

- . 95% Presse médicale
- . 72% Manuels
- . 64% délégués médicaux
- . 63% FMC associative

- . 93% presse médicale
- . 82% Congrès
- . 78% Manuels
- . 50% FMC hospitalière
- . 49% Fréquentation H
- . 37% FMC associative



Il y a 40 ans, la  $\frac{1}{2}$  vie des connaissances médicales  
**20 ans**

Actuellement, la  $\frac{1}{2}$  vie des connaissances médicales  
**5 ans**

Croissance exponentielle des données

Lecture, accès à l'ensemble des données : impossible

Nécessité d'en faire la synthèse → RPC

# Recommandations pour la Pratique Clinique RPC) (Guidelines Anglosaxons)

-----

Les conclusions d'une RPC ne modifient pas le taux de césariennes alors que les médecins indiquaient à l'issue de la RPC que leurs pratiques allaient être sérieusement modifiées par le consensus.

**Lomas J et al. N. Engl.J. Med 1989; 321:1306-11**

Groupe de médecins ; Nouvelle stratégie thérapeutique reconnue utile  
→ 75% avertis et favorables , seuls 15% l'adoptent rapidement.

**Stross JK et al. JAMA 1989; 262:2121-23**

- . Les médiocres résultats des RPC ont été constamment observés (**Worrall G et al. CMAJ. 1997; 156:1705-12**)
  - . L'actualisation et la synthèse des connaissances est utile mais non suffisante.
- développement de stratégies à adopter pour que les médecins **s'approprient** les RPC.

# FMC

- . Qualité des soins : obligation déontologique
- . Ordonnances de 1996 → obligation légale de la FMC
- . Obligation de moyens (le médecin doit prouver qu'il a suivi des actions de formation)
- . Pas obligation de résultats (il n'est pas demandé de prouver ses compétences ou sa compétences)

- . Il est actuellement bien admis que **les approches pédagogiques traditionnelles**, fondées sur les enseignements magistraux et théoriques **sont sans effet sur le changement des pratiques des médecins.**

**Davis D et al. JAMA 1995; 274: 700-5**

**Grol R et al. BMJ 1998; 317: 858-61**

**Stross JK et al. Annals Intern Med 1999;131:304**



# FMC en groupes professionnels

- . Ateliers de formations et d'implications personnelle
- . Groupe de lecture
- . Groupe de paroles autour d'un cas
- . Groupe de présentation de cas
- . Ateliers d'écriture
- . Journées d'étude, réunions scientifiques, colloques

## Analyse de la littérature **FMC**

Ministère du travail et des affaires sociales ; Institut d'études des politiques de santé  
3000 articles 1992 à 1996

-----

- . Pas de niveau de preuve suffisant pour conclure que la diffusion de matériels éducatifs n'a pas d'effets sur la pratique médicale
- . Pas de preuve d'efficacité des séminaires, exposés, qq soient les modalités pédagogiques.
- . « Audit-feedback » : présentation et discussion de la pratique avec un collègue ou dans un groupe  
⇒ impact limité sur la pratique clinique

- « Reminders » : rappels au moment de la décision (support papier, feuilles de prescription, informatique, téléphone ...)  
⇒ moyens d'intervention sur les pratiques cliniques, efficacité++
  
- Les « leader d'opinion » (professionnels de santé désignés par leurs collègues comme influents en terme de formation)  
⇒ impact démontré sur la pratique clinique

Pour aboutir à un changement réel des pratiques médicales, la FMC doit :

- . Etre interactive et participative
- . Etre centrée sur la résolution de problèmes concrets
- . Les médecins fondent leur choix et décisions sur des preuves scientifiques.
- . Répondre aux besoins (exprimés et identifiés) par les médecins
- . Prendre en compte tous les facteurs influençant les pratiques des médecins

# Groupe d'échange de pratique

## Groupe de pairs