

Par Eric Galam, MCA-MG, UFR Paris 7.  
eric.galam@wanadoo.fr

# Enseigner et optimiser nos pratiques

## De la transposition didactique à la vraie vie

On appelle « transposition didactique » l'effort pédagogique visant à rendre les savoirs transmissibles en les apprêtant de telle sorte qu'ils puissent être compris, appris et retenus. Éliminant de son champ les scories, les incertitudes, le conflit de valeurs et les tensions, cette mise en forme donne de la connaissance une image construite, structurée et quelque peu idyllique. Indiscutablement utile pour clarifier l'enseignement et pour en simplifier les méandres, cette démarche ne rend pas compte de la complexité du réel, surtout lorsqu'elle concerne des disciplines praticiennes comme la médecine générale dont l'enseignement relève en grande partie d'une transposition que l'on peut qualifier de « pragmatique » puisqu'elle se donne pour but de former des praticiens plutôt que des chercheurs.

### DES SAVOIRS DE NATURE DIFFÉRENTE

Ancrée dans les connaissances scientifiques, la médecine n'en reste pas moins une pratique marquée non seulement par des protocoles, des « signes-diagnostic-traitement » ou des « conduites à tenir », mais aussi par de nombreuses hésitations, imperfections, contradictions et donc par des négociations et des prises de risques. Pour décider en situation réelle et dans un contexte d'incertitude relative, le praticien est amené à réfléchir, à peser le pour et le contre et, pour cela, à comprendre et à anticiper les processus mis en œuvre et les actions possibles. Pour ce faire, il mobilise, au fil de l'action, des savoirs non théoriques qui ne se présentent pas comme un système organisé mais comme un ensemble de ressources dans lequel il va puiser, au gré des besoins de l'action et d'une façon sélective et pas toujours optimale. Il s'agit d'un savoir-faire où le savoir est en creux. Pour être transmis, ce savoir doit d'abord être reconnu, décrit et conceptualisé, d'autant que, souvent, le praticien ne sait pas pourquoi il fait ce qu'il fait. De plus, il a tendance à affirmer que ses savoirs d'expérience ne sont pas transmissibles, voire à en nier purement et simplement l'existence.

### Un enseignement sérieux...

Conscients de cette difficulté et portés par le besoin légitime,

d'ailleurs souvent attendu des étudiants, de développer, structurer, consolider et affirmer leur discipline, nombre d'enseignants de la médecine générale sont amenés à vouloir donner d'elle une image digne des autres « vraies » spécialités et à structurer ainsi leur enseignement de manière à ce qu'il ait l'air construit, et donc plus « sérieux ». Même si les enseignements de médecine générale ressemblent de moins en moins à ceux des spécialités classiques – ne serait-ce que parce qu'ils sont axés sur des situations plutôt que sur des pathologies et qu'ils tiennent compte de l'évolutivité de ces situations – ils ont souvent tendance à s'éloigner des pratiques et des savoirs spécifiques de la médecine générale ; ils présentent une image, certes respectable, mais parfois dévitalisée, dénaturée et méconnaissable pour le praticien de terrain.

Voulant transposer le réel pour le rendre intelligible, ils risquent d'en donner une image idéale où, si le médecin sait ce qu'il y a à savoir et fait ce qu'il y a à faire, tout se passe comme il faut dans le meilleur des mondes. Dans la réalité, les situations sont complexes et évolutives, les caractéristiques cliniques ne sont pas complètes, le médecin ne sait pas tout et fait ce qu'il peut, et le patient ce qu'il veut, tandis que les ressources et les recours sont loin d'être toujours disponibles et aussi performants qu'ils le devraient.

Ainsi, l'enseignement est tellement « pédagogique » qu'il reflète moins la réalité que l'idéal qu'on aspire à en présenter.

## ... qui oublie l'essentiel

Cette situation est d'autant plus regrettable qu'elle évacue tout un savoir que la médecine générale est particulièrement à même de mettre en évidence, notamment :

- la connaissance du contexte, et l'aptitude à le prendre en compte : proximité, ouverture, pathologies « extra-médicales », demandes et autonomie du patient, influence de l'entourage, complexité, incertitude, contraintes et imperfections des dispositifs de soins... ;
- la connaissance des stades précoces et terminaux des pathologies et de leurs évolutions les plus fréquentes, et la compétence à prendre en compte dans les prises de décision ;
- la connaissance des critères de décisions et de leur importance relative en fonction du contexte, et l'aptitude à en décrypter les rouages, les éléments de pondération et de suivi, les contraintes et les conséquences ;
- la connaissance de l'épidémiologie, et la prise en compte de son impact sur la lecture et la gestion des signes cliniques ;
- la description et la gestion de nombre de pathologies spécifiques à la lisière de la médecine, qu'elles soient émergentes, « terminales », incomplètes, sociales, psychologiques ou autres.

Si, comme la discipline qui le structure, ce savoir est opératoire, il relève aussi d'éléments de connaissance « pure » qui doivent être reconnus, structurés et « transposés » de manière à être entendus par les étudiants. Il faut aussi évoquer tous les aspects dépendant du savoir-être et donc de l'identité professionnelle et de sa gestion au quotidien par les praticiens. Assumer la surcharge de travail, l'impuissance, la difficulté à prendre des décisions univoques, les menaces d'agression ou la crainte de procédures juridiques, les contraintes administratives, économiques, déontologiques : autant de savoirs et de compétences qui relèvent aussi de la discipline, et donc de son enseignement avec une transposition adaptée.

## DES CONNAISSANCES DÉCLARATIVES, CONDITIONNELLES ET PROCÉDURALES

« *L'apprentissage concerne autant les connaissances déclaratives (théoriques : faits, règles, lois, principes) que les connaissances conditionnelles (le quand et le pourquoi des actions) et procédurales (le comment de l'action et les étapes pour la réaliser)* » selon le 5<sup>e</sup> principe du paradigme constructiviste de l'apprentissage, cité par Jacques Tardif. Il ajoute 2 autres principes, à la base des pratiques évaluatives : interactivité des composantes dans les compétences et contextualisation des compétences. Enfin, il souligne la nécessité pour l'évaluation, de la mise en situation des étudiants lors de « tâches complètes, complexes et significatives » notamment par des scripts de consultation ou des entretiens d'explicitation.

*Une théorie et une pratique des sciences de l'action*, considérées comme source d'un savoir permettant d'être plus efficace, ont été développées par Schon et Argyryst. Pour eux :

- toute action est intentionnelle ;
- il existe souvent un écart entre la théorie pratiquée et la théorie professée : plus la situation vécue est difficile, plus l'action s'éloigne de la théorie ;
- un apprentissage par l'action nécessite de détecter l'écart entre l'intention, l'action mise en œuvre et les effets obtenus pour pou-

voir le réduire.

John Dewey<sup>ref</sup> appelle « expérience » toute situation dans laquelle un individu entre en interaction avec son environnement. Selon lui, apprendre signifie non seulement acquérir des connaissances mais également être capable de les utiliser pour apprendre davantage. Dans la formation expérientielle, l'apprenant acquiert ses savoirs par la prise de conscience de son expérience et par la transformation de celle-ci. À un stade plus avancé, le praticien averti passe d'une réflexion sur l'action à une réflexion en cours d'action (Schon) qui lui permet, d'une part, de prendre conscience de ses savoirs d'action et des habiletés qu'il met en œuvre et, d'autre part, de pouvoir mieux s'ajuster à la situation. Schon souligne que « *bien qu'il nous arrive de penser avant d'agir, il demeure vrai que, la plupart du temps, notre comportement spontané en matière d'habiletés pratiques ne découle pas d'une opération intellectuelle préalable et pourtant nous démontrons une sorte de savoir* ». Nos choix décisionnels s'appuient en général sur de bonnes raisons même si nous n'en sommes pas forcément conscients. La pratique réflexive s'attache à préciser notre façon de construire les problèmes à poser, c'est-à-dire le processus par lequel nous définissons la décision à prendre, les buts à atteindre et les moyens à utiliser. L'aptitude réflexive, c'est la capacité à réfléchir sur ses actions en en décrivant les modalités et en en explicitant les raisons. Elle s'acquiert par la pratique régulière du recueil et de l'analyse de données immédiatement après l'action (j'ai fait ou n'ai pas fait telle ou telle chose), puis par la réflexion pendant l'action (je suis en train de faire ou décider telle ou telle chose pour telle ou telle raison). Il s'agit d'une véritable « recherche en pratique » consistant à réfléchir sur le savoir caché dans l'agir afin d'en tirer les règles auxquelles on se conforme, les stratégies d'action dont on fait usage, les façons de structurer les problèmes. Cette forme d'éducation demande ainsi aux praticiens de découvrir ce qu'ils savent déjà : leur savoir par rapport à ce qui réussit dans la pratique, ce qui les embarrasse ou ce qui les empêche d'agir.

## Pratique normative et pratique réflexive

Qu'il s'agisse de donner des bases (2<sup>e</sup> cycle), de former de futurs praticiens (3<sup>e</sup> cycle) ou d'optimiser les pratiques de praticiens confirmés, le dilemme de « la rigueur ou de la pertinence » (Schon) est toujours présent.

Faut-il enseigner ou influencer pour obtenir des savoirs et des pratiques idéales (rigueur), ou au contraire, décrire, décrypter et acclimater (pertinence) étudiants et praticiens à des objectifs réalistes ancrés dans la « vraie vie » ?

Faut-il privilégier les objectifs normatifs (se plier aux conduites à tenir) ou les pratiques réflexives (s'enrichir des conduites effectivement tenues) ? Les deux approches sont bien sûr, souvent et heureusement, simultanées mais leur pondération est loin d'être univoque.

Ainsi, on peut se plaindre de l'incompétence des médecins qui ne font pas ce qu'il faudrait. On peut aussi, tout en leur diffusant des référentiels, rechercher les moyens qu'ils se donnent pour développer leurs connaissances d'une part, leurs motivations, leurs capacités et leurs façons de les mettre ou non en pratique d'autre part. S'intéresser aux contenus et aux résultats des pratiques n'interdit pas de mettre en évidence les processus en action dans ces

## ENSEIGNER ET OPTIMISER NOS PRATIQUES

pratiques. De même, aspirer à la mise en œuvre des conduites à tenir (ce qu'on estime être souhaitable, à un moment donné des connaissances médicales) n'empêche pas de décrire les conduites effectivement tenues et d'en comprendre les mécanismes et les motivations qui peuvent d'ailleurs être sources de connaissances d'une autre nature. Il s'agit de décrire la réalité et ses « possibles » plutôt que d'énoncer des règles « parfaites » et toutes les imperfections qui en balisent la réalisation.

### CONCLUSION

Soumis aux règles de la pédagogie, notre enseignement gagne à rester ancré dans nos pratiques en montrant à la fois la complexité, les méthodes et les éléments utiles à l'action. Au risque de perdre en légitimité, c'est en préservant son authenticité et sa pertinence

qu'il sera rigoureux et formateur pour nos étudiants comme pour nous-mêmes. C'est à cette condition que l'idéal théorique pourra rester source de clarté et d'énergie pour nos pratiques dans leurs spécificités comme dans leurs richesses. ■

### Pour en savoir plus

Karolewicz F. L'expérience, un potentiel pour apprendre. Paris: Editions JVDS; 1998.

Perrenoud P. La transposition didactique à partir des pratiques : des savoirs aux compétences. Revue des sciences de l'éducation (Montréal) 1998;14:487-514.

Schon D. Nouvelle épistémologie de la pratique. Savoirs théoriques et savoirs d'action. Paris: PUF; 1996.

Tardif J. L'évaluation dans le paradigme constructiviste. In : Hivon R (ed) L'évaluation des apprentissages: réflexions, nouvelles tendances et formation. Sherbrooke: CRP ed; 1993.

# ENSEIGNER ET OPTIMISER NOS PRATIQUES