

Mireille Schaufelberger

Que peuvent apprendre les étudiants au cabinet du médecin de famille?

Pour l'année universitaire 2007/2008, la faculté de médecine de l'Université de Berne a mis en place un stage dans un cabinet d'un médecin de famille, obligatoire pour tous les étudiants en médecine humaine. Dans le cadre des études de bachelor, il s'agit de huit demi-journées par an. Pour les étudiants en master (quatrième année d'études), le stage dure trois semaines. Au cours de la sixième année d'études, il est possible d'effectuer également, à titre facultatif, un autre stage de un à trois mois en médecine de premier recours. Dans la mesure du possible, tous les stages sont effectués dans le même cabinet du médecin de famille. L'institut bernois de médecine générale est responsable de ces formations.

Les stages effectués auprès d'un médecin de famille dans le cadre des études de bachelor apportent aux étudiants un premier aperçu de leur futur métier. Pour la première fois, ils occupent la position du médecin et ont la possibilité de réfléchir à leur choix professionnel et à l'idée qu'ils se font de leur métier. Ils sont en contact avec de «vrais» patients et patientes dont ils peuvent découvrir les craintes, les espoirs et les attentes. Il leur faut établir le contact avec ces personnes pour édifier une relation médecin-patient. Ils doivent aussi apprendre à toucher, à examiner les personnes, mais également parfois à leur «faire mal», par exemple pour une injection ou une prise de sang [1]. Ces premières expériences importantes et marquantes de médecin ont lieu dans le cabinet d'un médecin de famille.

La description des compétences à acquérir au cabinet du médecin de famille est basée sur le Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training [2], l'Educational Agenda d'EURACT [3], la définition de la médecine générale et des compétences fondamentales du médecin de famille de Wonca Europe [4] ainsi que sur les compétences fondamentales en médecine de famille de l'Institut für Aus-, Weiter- und Fortbildung (Institut de formation, de formation postgraduée et de formation continue) IAWF de la faculté de médecine de l'Université de Berne [5]. Les objectifs d'apprentissage comportent des aptitudes sociales, cliniques et de communication. Pour contrôler la réalisation d'une partie des objectifs d'apprentissage, nous avons établi des exigences minimales pour chaque année d'études, auxquelles les étudiants doivent satisfaire durant le stage au cabinet du médecin de famille. Le respect du temps de présence (100%) et l'accomplissement de 80% des exigences minimales sont obligatoires pour l'octroi des ECTS. A la fin de la première, troisième et cinquième année d'études, les objectifs didactiques (et non les exigences minimales !) font l'objet d'un contrôle par le biais d'un examen pratique (OSPE ou OSCE).

Après un premier cycle, nous avons très légèrement ajusté les objectifs d'apprentissage à la fin de l'année universitaire 2007/2008, sur la base des réactions des étudiants et des médecins formateurs. Ainsi, l'anamnèse complète a été convertie en anamnèse en fonc-

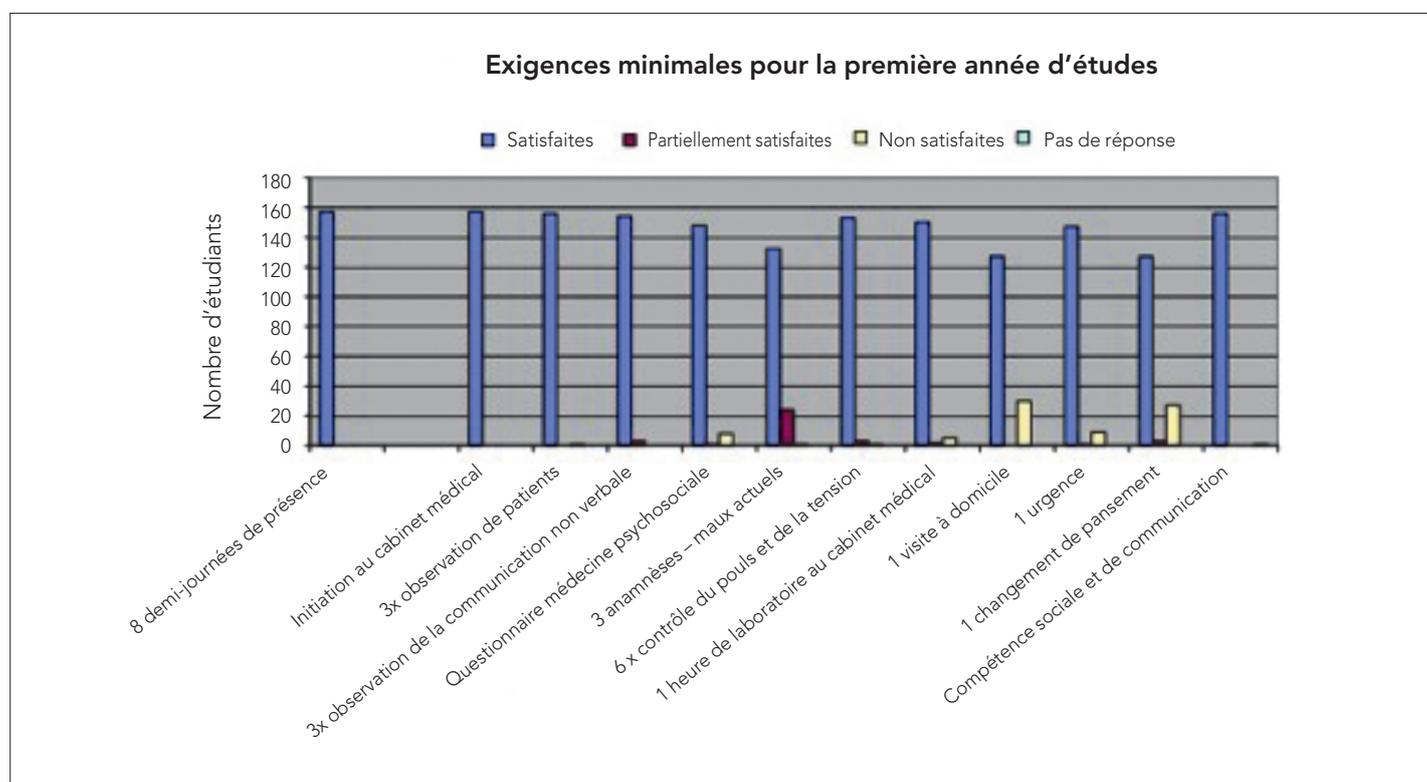


Figure 1

Accomplissement des exigences minimales durant la première année d'études (2008/2009).

	Nombre de points obtenus en % du nombre de points maximal	Exigences minimales non satisfaites %	Compétence sociale et de communication satisfaite %
1 ^{re} année	95%	0	100%
2 ^e année	94%	2%	99%
3 ^e année	91%	2%	100%
4 ^e année	95%	2%	100%

Tableau 1

Résultat de l'évaluation des exigences minimales dans le cadre des études de bachelor.

tion du problème, l'examen médical complet du patient en examen basé sur le problème de celui-ci. A la demande des médecins formateurs, la réponse aux appels téléphoniques par les étudiants a été supprimée des exigences minimales et fait l'objet désormais d'un exercice réalisé à l'aide de patients fictifs.

Que peuvent apprendre les étudiants au cabinet du médecin de famille?

Vous pouvez consulter les objectifs d'apprentissage et les exigences minimales pour tous les stages au cabinet du médecin de famille sur notre site Internet (www.biham.unibe.ch) A titre d'exemple, je parlerai ici de la première et de la quatrième année d'études. Le diagramme (fig. 1) montre comment les exigences minimales ont été satisfaites pendant la première année universitaire 2008/2009.

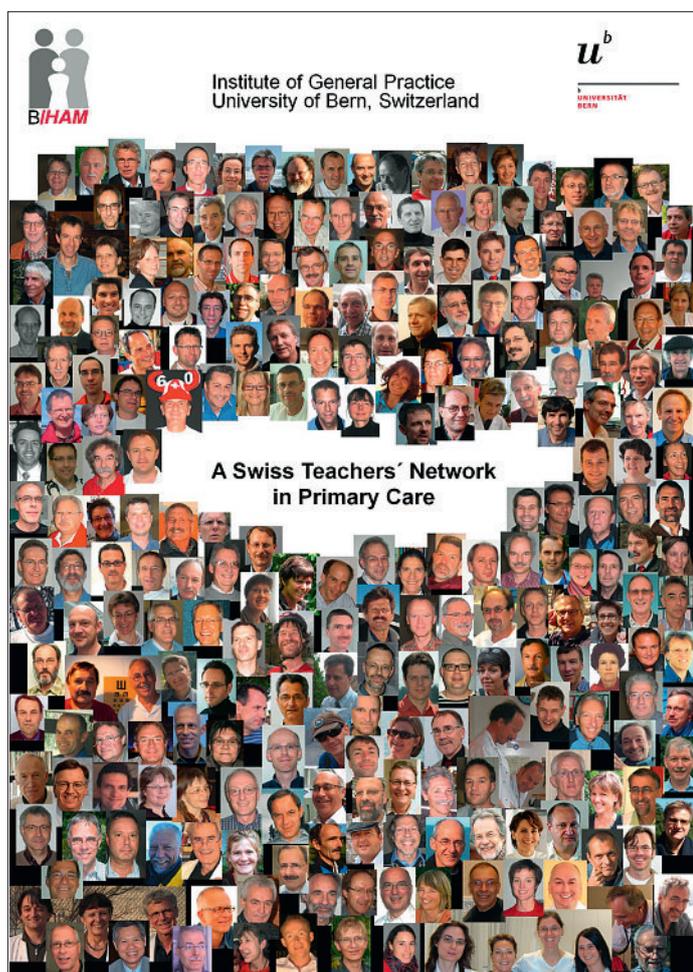


Figure 2

Médecins formateurs (quelques médecins manquants).

Durant la première année d'études, au cabinet médical, 99% des étudiants ont étudié l'observation des patients et 98% des étudiants l'observation de la communication non verbale. 99% entre eux ont fait leurs premiers pas dans la communication ; malheureusement, 16% n'ont pu s'entraîner à définir les maux du moment que partiellement (moins de trois fois). 99% des étudiants se sont entraînés au contrôle du pouls et de la tension artérielle, 80% ont pu changer des pansements à une ou plusieurs reprises. 80% des étudiants ont participé à des visites à domiciles. Tous les étudiants ont fréquenté une autre organisation externe à l'hôpital. La compétence sociale et de communication a été considérée comme totalement acquise (100%) par les médecins formateurs.

La moyenne de tous les points obtenus s'est établie à 15,2 sur un maximum possible de 16. Tous les étudiants ont satisfait aux exigences minimales. Comme il apparaît au tableau 1, les exigences minimales ont été satisfaites à 98% pour les études de bachelor. A une exception près, la compétence sociale et de communication a été considérée comme acquise pour tous les étudiants.

Au cours de la quatrième année d'études, les étudiants se forment à l'anamnèse orientée sur le problème (réalisation 100%) et à l'examen orienté sur le problème (réalisation 100%). S'agissant de la communication, les situations délicates telles que des entretiens de prévention (vécus par 90% des étudiants), les entretiens explicatifs et la communication de mauvaises nouvelles (vécus par 86% des étudiants) sont abordées. Désormais, un cours de communication avec des patients fictifs prépare les étudiants à ces missions. Ils constatent et apprennent le sens du terme polymorbidité (réalisé à 100%). Ils donnent en outre des consultations de vaccination et des conseils de voyage (93%), pratiquent des check-up (99%) et apprennent à évaluer la capacité à conduire. La participation à des visites à domicile est attendue au cours des stages de toutes les années (96%), 99% des étudiants sont confrontés à des situations d'urgence. Les étudiants se familiarisent aux injections intramusculaires (98%), aux prises de sang (95%), aux interprétations d'électrocardiogrammes (92%), aux frottis du pharynx (79%) et aux soins des plaies (87%). Désormais, depuis l'année universitaire 2009/2010, la capacité d'apprentissage, la compétence sociale et de communication font l'objet d'un compte-rendu détaillé par le médecin formateur. Il s'agit ici pour l'instant d'une évaluation de formation.

Comme il apparaît au tableau 1, les exigences minimales ont été satisfaites à 98% pour la quatrième année d'études. La compétence sociale et de communication a été considérée comme acquise pour tous les étudiants. La moyenne des points obtenus s'est établie à 41,6 sur un maximum possible de 44. Deux étudiants n'ont pas satisfait aux exigences minimales.

Conclusion

Durant les études de bachelor, les étudiants apprennent et s'entraînent dès la première année à des aptitudes cliniques et de communication avec de «véritables» patients. En même temps, ils ont un aperçu du vaste éventail des tableaux cliniques de la médecine de premier recours. En particulier lors des visites à domicile, ils découvrent les patients dans leur contexte social. La participation aux services d'urgence (but d'apprentissage à partir de la deuxième année d'études) leur apporte une vision de la médecine d'urgence et du tri. Une pratique longitudinale leur permet de voir les patients à plusieurs reprises et d'en assurer un suivi sur la durée. Tous les étudiants de deuxième année et 99% des étudiants de troisième année ont pu assurer une consultation régulière des patients. Ils ont ainsi l'opportunité d'observer divers tableaux cliniques sur plusieurs années. Lors de la consultation, ils observent les mesures préventives

prises en place par les médecins de famille (but d'apprentissage de troisième année). La fréquentation d'une organisation médicale externe à l'hôpital doit, dès la première année d'études, attirer l'attention sur les liens entre les divers prestataires de services médicaux lors du suivi des patients. Le calcul des coûts occasionnés (à partir de la deuxième année d'études) sensibilise les étudiants aux conséquences économiques de leurs actes.

Au cours de la première année de master, les étudiants peuvent à nouveau mettre en pratique, élargir et améliorer leurs aptitudes cliniques et de communication, dans le cadre du cabinet médical d'un médecin de famille. Ils ont à nouveau un aperçu de l'éventail des tableaux cliniques de la médecine de premier recours. Avec d'autres stages dans des cliniques de médecine interne, de chirurgie, de gynécologie et obstétrique, de pédiatrie et de psychiatrie, on les prépare aux stages de l'année d'études à option et à leur activité clinique ultérieure.

Outre ces résultats d'apprentissage «mesurables», les étudiants font également de précieuses expériences moins mesurables au cabinet médical: leur médecin formateur assure un encadrement individualisé et leur propose un modèle. Ils découvrent la relation médecin-patient dans le cadre d'un suivi de longue durée de même que les attentes et les espoirs des patientes et des patients. Ils vivent en direct les destins de ceux-ci. Les étudiants constatent les différences entre la médecine hospitalière et la médecine ambulatoire. Ils apprennent la réalité de l'impossibilité de suivre et d'encadrer en permanence les patients, et les responsabilités correspondantes. La notion de «responsabilité personnelle du patient» n'est plus un concept hors contexte. Les étudiants sont aussi confrontés aux attentes et aux exigences des patients et constatent tout simplement ce que recouvre le fait d'être un médecin de famille.

Nous remercions ici tous nos médecins formateurs (fig. 2; bien entendu, nos remerciements vont aussi à ceux dont les photos sont absentes!) qui permettent aux étudiants de faire ces expériences. Merci à Manuel Schaub pour l'exploitation statistique des données!

Références

- 1 Paulman PM. Beyond Biochemistry: Readings for Early Professional Development. *Fam.med.* 1999;31(9):611-3.
- 2 Commission of Swiss Medical schools SMIFK. Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training 2001 and 2008.
- 3 Council of the European Academy of Teachers in General Practice EURACT. Educational Agenda 2005.
- 4 World family doctors Caring for people WONCA EUROPE. Définition européenne de la médecine générale / médecine de famille. 2002.
- 5 Schläppi P, Bloch R. Institut de formation, de formation postgraduée et de formation continue IAWF, Faculté de médecine, Université de Berne. Compétences fondamentales en médecine de famille 2001/1.

Correspondance:

Mireille Schaufelberger
Médecin-chef Formation
Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM)
Murtenstrasse 11
3010 Berne
mireilleschaufelberger@bluewin.ch