De nombreux praticiens suisses en médecine de premier recours supervisent ou seront appelés à superviser des étudiants en médecine

Clinicien enseignant en cabinet médical: méthodes d'enseignement

Arabelle Rieder[a], A. Halfon Poletti[b], M.-C. Audétat[c]

[a] UMPR, Faculté de médecine de Genève, Genève; [b] Responsable genevoise du Cursus Romand de Médecine de Famille, Genève;
[c] Unité de médecine de premier recours, Faculté de Médecine, Université de Genève, Genève, et Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Faculté de Médecine, Université de Montréal, Canada

Des moments pédagogiques de qualité ne demandent pas forcément beaucoup de temps; c'est d'autant plus vrai si le clinicien enseignant est au clair avec le but qu'il poursuit dans sa supervision, et qu'il est à l'aise avec les méthodes qu'il utilise.

Introduction

Les étudiants des cinq facultés de médecine suisses effectuent des stages durant leurs années précliniques et cliniques au cabinet médical en médecine interne générale et en pédiatrie, et la durée de ces stages varie de quelques demi-journées à un mois entier. A Genève, par exemple, les 150 étudiants en dernière année (3e Master) iront en stage un mois au cabinet médical dès août 2015, rejoignant ainsi leurs collègues vaudois qui font obligatoirement un mois dans un cabinet de médecine de premier recours depuis 2010. Ainsi, les cliniciens en pratique privée sont de plus en plus sollicités pour encadrer des étudiants à différents stades de leurs études; dans cet article, nous allons résumer les défis particuliers de ces stages ambulatoires et proposer aux actuels et futurs «cliniciens enseignants en cabinet médical (CEC)» des outils pratiques de supervision basés sur les développements récents en pédagogie médicale.

Un contexte privilégié mais exigeant

Pour les étudiants en médecine en fin d'études, il s'agit d'une opportunité d'apprentissage unique pour appliquer des connaissances théoriques et surtout faire leurs premiers pas dans l'univers clinique riche et complexe de la médecine de famille. Les contextes de suivi ambulatoire, dont le cabinet du médecin de premier recours, favorisent en effet l'observation et le suivi des maladies aiguës et chroniques. Il s'agit d'un lieu propice, permettant aux étudiants d'appliquer le raisonnement clinique appris sur les bancs de la faculté à la pratique médicale dans le contexte ambulatoire. C'est aussi l'occasion d'enseigner la médecine préventive, les techniques de communication dans la consultation médicale, ainsi que les aspects psychosociaux de la maladie [1]. Enfin, en raison de la réduction des temps de séjour à l'hôpital, les cabinets médicaux sont également devenus, par la force des choses, des lieux privilégiés pour l'apprentissage de la prise en charge de maladies subaiguës [2]. Ce contexte comporte cependant un certain nombre de défis qui sont mentionnés dans l'encadré 1 [2]: un contexte clinique «bousculé», un manque de temps pour assurer une supervision, la difficulté de pouvoir anticiper les situations cliniques qui se présenteront et les besoins prioritaires des patients demandeurs de soins.

Les multiples rôles du CEC: pas si différents!

Un défi tout particulier attend les médecins en pratique ambulatoire, désormais «cliniciens enseignants en cabinet médical (CEC)»: concilier la prise en charge des patients avec l'accompagnement pédagogique de l'étudiant. En effet, pour permettre à l'étudiant de progresser dans sa démarche clinique, le CEC ne peut pas se contenter de résoudre les problèmes cliniques et de présenter ses conclusions à l'étudiant. Il doit assumer un rôle supplémentaire à celui de clinicien, responsable du suivi médical du patient: celui de pédagogue, chargé d'aider l'étudiant à accroître ses compétences cliniques. Le médecin-enseignant sera ainsi amené à pratiquer un «diagnostic pédagogique» de son stagiaire afin d'adapter son enseignement à l'apprenant en face de lui. Cet enseignement «centré sur l'apprenant» peut être mis en parallèle avec la prise en charge «centrée sur le patient» qui fait partie des valeurs et des compétences clés de l'interniste généraliste et du pédiatre [3].

Sortir de l'intuition: mettre des mots sur les pratiques de supervision

La plupart des CEC ont appris leur métier de médecin dans un contexte d'enseignement clinique où l'étudiant apprenait «par osmose», ou pour reprendre une métaphore employée par Brian Hodges, en «trempant», tel un sachet de thé, dans des programmes ou contextes de formation définis [4]. Face à l'explosion de la quantité d'informations scientifiques, aux nouvelles pratiques cliniques ou de collaboration, aux rôles multiples exigés des médecins et considérant par ailleurs l'évolution de la connaissance en éducation médicale, l'enseignement clinique s'est adapté et s'est étoffé d'outils de supervision innovants. Au vu des défis mentionnés plus haut, et compte tenu de l'opportunité que représente un tel stage, nous sommes convaincus de l'importance pour les cliniciens enseignants de connaître certaines méthodes pédagogiques et de savoir les utiliser à bon escient dans le cadre de leurs supervisions; cela leur permettra d'être plus efficace, d'avoir davantage de plaisir pendant leur enseignement, et de faire profiter au mieux le stagiaire de son séjour au cabinet.

Le modèle de l'apprentissage cognitif: un ensemble de méthodes d'enseignement utiles à la pratique

Il existe de nombreux modèles ou méthodes relatives au contexte de la supervision. Nous avons choisi dans cette chronique, de présenter le modèle de l'apprentissage cognitif, parce qu'il englobe les différents aspects de l'encadrement pédagogique de l'étudiant par le CEC [8]. Ce modèle rassemble sept méthodes d'enseignement particulièrement efficaces dans le cadre de l'enseignement clinique [9]. Ces méthodes sont complémentaires et elles ne nécessitent pas forcément beaucoup de temps.

Les défis du contexte de l'enseignement clinique au cabinet

- **Busy clinical setting** («Contexte clinique bousculé»)[1]
- Des **temps d'enseignement courts,** peu de temps pour un enseignement planifié et structuré
- Des **interactions brèves** entre stagiaire et médecin
- **Peu ou pas de contrôle** sur l'organisation du temps, le débit et les situations cliniques
- **Plusieurs patients** en même temps
- Prise en charge et suivi des **patients** souvent **prioritaires**
- **Multiplicité des demandes et besoins** du patient qui doivent être pris en charge, enchevêtrement des problèmes cliniques et psychosociaux, qui rend difficile le choix d'un aspect à enseigner

Voyons comment ces sept méthodes (résumées dans l'encadré 2) peuvent concrètement s'appliquer dans le quotidien de la supervision clinique au cabinet:

Modelling

Cette méthode fait référence au modèle de rôle assumé par le clinicien enseignant: l'enseignant s'assure que l'étudiant puisse l'observer à plusieurs reprises et apporte des pistes de réflexion à l'étudiant pour que ce dernier puisse se projeter dans son rôle futur de médecin. Le modèle de rôle est particulièrement efficace, quand le superviseur explicite volontairement ses techniques, ses gestes, son raisonnement clinique.

Exemple

Le clinicien enseignant, accompagné du stagiaire qui va assister à la consultation, va chercher son patient dans la salle d'attente, et note que ce dernier se lève en grimaçant; dans le bureau, bien que le patient aborde plusieurs autres sujets, le médecin décide d'intégrer d'emblée l'observation sur la douleur qu'il a observé. Ce choix se révèle pertinent, et par la suite, lorsque le médecin en discute avec son stagiaire, il lui fait notamment ce commentaire: «Tu sais ce qui m'a fait orienter la consultation de cette façon?... Et bien, je l'ai vu grimacer en se levant... je connais ce patient, il minimise ses douleurs... tu vois, c'est important d'être attentif à ces petits indices, en l'occurrence au non verbal, ils vont nous aider à aller droit au but, et à faire un diagnostic plus ciblé...»

Les cliniciens experts utilisent fréquemment ces indices, qui enrichissent leur raisonnement clinique, et ce, dès le début de la consultation; ils le font de façon tellement rapide qu'il peut même leur être difficile de s'en rendre compte! C'est tout l'enjeu du modèle de rôle.

Coaching

Coaching fait référence à l'observation directe et fréquente de l'étudiant, suivie d'un feedback spécifique, concret, et relatif à la performance observée. Le CEC observe l'étudiant à plusieurs reprises et propose un feedback pour permettre à l'étudiant d'identifier ses forces et ses faiblesses afin qu'il sache ce qu'il doit améliorer et de quelle façon.

Exemple

Le clinicien enseignant, après avoir vu le stagiaire effectuer tout ou partie de la consultation, va lui donner un feedback concret et spécifique: «Ton anamnèse était super parce que tu as posé les questions clés qui te permettent de bien cerner les caractéristiques de la douleur (localisation et irradiation, qualité, sévérité, décours temporel, circonstance d'apparition, facteurs aggravant,

1 Nous avons choisi de garder le nom de certaines de ces méthodes en anglais, telles qu'on les retrouve dans la littérature, et pour éviter les biais possibles de traduction.

soulageant, et symptômes associés). Sois attentif cependant à ta palpation, j'ai observé que tu palpes le ventre de ta patiente trop superficiellement, un peu trop timidement? Je t'encourage à oser appuyer plus fort, pour affiner ton diagnostic.»

Un feedback concret et ciblé sera plus efficace, autant pour encourager la poursuite d'une conduite ou d'un comportement existant que pour orienter le stagiaire vers un changement.

Scaffolding

Scaffolding met l'accent sur le degré de soutien, mais aussi de contrôle des actions de l'étudiant par le clinicien enseignant, qui doit être ajusté en fonction des connaissances et compétences de l'étudiant. Le CEC est prêt à aider l'étudiant quand la tâche est trop difficile et diminue progressivement son niveau d'intervention pour lui permettre de devenir de plus en plus indépendant. En fonction des progrès observés, le médecin enseignant va progressivement, par exemple, le laisser conduire une anamnèse seul avec le patient, lui proposer de compléter les examens, éventuellement envisager une stratégie d'investigation. Ainsi, au fur et à mesure des progrès réalisés par l'étudiant, ce dernier va être amené à prendre de plus en plus d'autonomie dans son travail.

Le CEC pourra par exemple observer l'étudiant de 3e Master et soutenir le lien avec les connaissances acquises lors de la première semaine, puis le laisser voir les patients seul la deuxième semaine, en discutant avec lui de chaque cas et enfin, dans la 3e et 4e semaine, lui laisser davantage d'autonomie et le laisser proposer un traitement et un plan d'intervention lors de situations cliniques choisies.

Ce principe de soutien est important; les stagiaires de dernière année ont en effet d'ores et déjà passablement de connaissances à ce stade de leur formation, mais ce n'est pas pour autant qu'ils savent les mettre en œuvre dans le contexte clinique.

Articulation ou transfert de connaissances

Articulation ou transfert de connaissances souligne l'importance pour le tuteur de vérifier, mais aussi de stimuler le développement du raisonnement clinique de son étudiant en le questionnant et en lui faisant expliciter son processus de résolution de problème.

Exemple

Le clinicien enseignant pourra par exemple encourager la réflexion en faisant varier la présentation clinique: «Dans le cas de cette patiente de 50 ans, en surpoids avec une douleur de l'hypocondre droit, tu as raison de penser à une cholécystite… Et si c'était un homme de 30 ans, avec les mêmes douleurs, à quoi penserais-tu en premier? Est-ce que cela changerait ton hypothèse diagnostique?»

L'enseignant va ainsi favoriser l'articulation et l'organisation des connaissances de son stagiaire en soutenant de ce fait le développement de son réseau de connaissances organisées pour l'action.

Réflection

Le CEC fait prendre conscience à l'étudiant de ses points forts et de ses points d'amélioration, il l'aide à réfléchir à la façon de progresser et lui suggère des moyens pour s'améliorer.

Exemple

Dans le cas d'une prise en charge d'un jeune homme souffrant de douleur au dos, le CEC identifie que le stagiaire a «sauté aux conclusions» et diagnostiqué trop hâtivement une lombalgie banale (fermeture prématurée). «En omettant de faire une anamnèse et un examen clinique neurologique, tu prends le risque de passer à côté d'un diagnostic différentiel essentiel dans ce contexte, à savoir une hernie discale. C'est important de garder ton diagnostic différentiel ouvert et d'aller infirmer ou confirmer tes hypothèses. Sais-tu pourquoi tu as conclu tout de suite à une lombalgie? […] Je te propose de mettre l'accent sur cette étape de l'entrevue et de ton raisonnement clinique lors de nos prochaines supervisions en travaillant ensemble sur les différentes hypothèses diagnostiques possibles.»

L'enseignant va permettre à l'étudiant de comprendre comment progresser en élargissant d'emblée le diagnostic différentiel. Il pourra ensuite appliquer le conseil à d'autres situations cliniques.

Exploration

Le CEC encourage l'étudiant à formuler des objectifs d'apprentissage et à apprendre de nouvelles choses par lui-même, qu'ils pourront ensuite discuter ensemble.

Exemple

Un étudiant a remarqué un nystagmus chez un patient. Il demande au praticien la cause possible de ce nystagmus. Après avoir répondu succinctement, le praticien propose à l'étudiant de chercher la réponse à sa question dans des ouvrages spécifiques. Dès que l'étudiant en saura plus sur le sujet, ils pourront en reparler ensemble et intégrer ces connaissances.

Cette démarche ouvrira une discussion entre l'enseignant et l'étudiant, qui sera plus fructueuse que si le CEC avait directement donné toute la réponse à l'étudiant.

«General Learning Climat»

Ce dernier point n'est pas une méthode en soi, mais un rappel de l'importance du processus dans l'apprentissage: le respect du stagiaire, l'engagement du clinicien enseignant pour l'enseignement, la définition des objectifs d'apprentissage contribuent notamment à créer un environnement propice à l'apprentissage.

Exemple

Avant le début du stage, le CEC peut contacter l'étudiant pour clarifier le cadre et les objectifs du stage. La discussion permet de vérifier quelles sont les expériences cliniques récentes et quels sont les objectifs personnels du stagiaire à ce stade de sa formation.

En clarifiant les objectifs avant le début du stage, le CEC stimule l'étudiant à se projeter dans le contexte clinique, ce qui rend ce dernier plus actif. L'enseignant pourra également cibler sa supervision, ce qui est un gain de temps précieux.

Disclosure statement
Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

1 McGee S, Irby D. Teaching in the outpatient clinic. Practical tips. J Gen Intern Med. 1997;12(Suppl 2):S34–40.
2 Ramani S, Leinster S. Teaching in the clinical environment: AMEE Guide No 34. Med Teach. 2008;30:347–64.
3 Evans D, Alstead E, Brown J. Applying your clinical skills to students and trainees in academic difficulty. Clin Teach. 2010;7:230–5.
4 Hodges B. A Tea-Steeping or i-Doc Model for Medical Education? Acad Med. 2010;85(9):S34–44.
5 Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. Pédagogie Médicale. 2005;6:98–111.
6 Kilminster S, Jolly B. Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. Med Educ. 2000;34(10):827–40.
7 Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B. Effective educational and clinical supervision: AMEE Guide No 27. Med Teach. 2007;29:2–19.
8 Collins A. Cognitive apprenticeship. In: Sawyer R (ed.). The Cambridge Handbook of the Learning Sciences. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
9 Stalmeijer R, Dolmans DHJM, Wolfhagen I, Scherpbier A. Cognitive apprenticeship in clinical practice: can it stimulate learning in the opinion of students? Adv in Health Sci Educ. 2009;14:535–46.

Les 7 méthodes de supervision en pratique clinique pour le CEC, adaptées de Stalmeijer, illustrées par des exemples de situations

- **Modelling**: «Tu sais ce qui m'a fait orienter l'entrevue de cette façon?... Et bien, je l'ai vu grimacer en se levant... je connais ce patient, il minimise ses douleurs... tu vois, c'est important d'être attentif à ces petits indices, en l'occurrence au non-verbal, ils vont nous aider à aller droit au but, et à faire un diagnostic plus ciblé...»
- **Coaching**: «Ton anamnèse était super parce que: [...] Sois attentif cependant à ta palpation, j'ai observé que tu touches le ventre de ta patiente trop superficiellement, un peu trop timidement? Je t'encourage à oser appuyer plus fort, pour affiner ton diagnostic.»
- **Scaffolding**: «Au début, tu observeras la consultation, puis tu la feras et c'est moi qui observerai. A la fin de la semaine, je te laisserai voir les patients tout seul et je viendrai vérifier.»
- **Articulation ou transfert des connaissances**: «Dans le cas de cette patiente de 50 ans, en surpoids avec une douleur de l'hypocondre droit, tu as raison de penser à une cholécystite... Et si c'était un homme de 30 ans?...»
- **Réflexion**: «En omettant de faire une anamnèse et un examen clinique neurologique, tu prends le risque de passer à côté d'un diagnostic différentiel essentiel dans ce contexte, à savoir une hernie discale. C'est important de garder ton diagnostic différentiel ouvert...»
- **Exploration**: «Tu me demandes ce que signifie le nystagmus, je vais te le dire pour ce patient, et je te propose de consulter la sémiologie de neurologie pour connaître les autres diagnostics. Nous en reparlerons demain.»
- **Climat d'apprentissage («General Learning Climat»)**: «Je t'appelle avant ton stage la semaine prochaine... as-tu réfléchi à ce que tu aimerais travailler?... Nous pouvons définir des objectifs qui te correspondent bien... tu m'as dit que tu voulais mieux connaître le suivi pour les diabétiques...»

Correspondance:
Dr A. Rieder
Unité de médecine
de premier recours
Université de Genève
Av. de Champel 9
1206 Genève
Arabelle.RiederNakhle[at]
unige.ch