

Les outils pédagogiques pour le stage des résidents au cabinet du médecin généraliste français

Marc VIDAL, Dominique LAUQUE, Robert NICODEME, Bernard BROS, Philippe ARLET

Résumé Contexte: Ce n'est que depuis 1997 qu'un stage long (6 mois) au cabinet du médecin généraliste est pratiqué en France. Cette expérience récente nous amène à faire le point sur les moyens pédagogiques pouvant être proposés aux maîtres de stage en formation pour aider le résident tout au long des trois phases du stage (phase d'observation, de mise en situation, et enfin d'autonomie). **But** : Recenser et expliciter les différentes méthodes pouvant être mises en place au cabinet du médecin généraliste pour faciliter la progression d'un stagiaire de 3^e cycle. **Sujets et matériel** : A la suite d'une réunion de réflexion avec les maîtres de stage de Midi-Pyrénées, nous avons analysé les différents outils pédagogiques utilisés au cours de ce type de stage, et dont nous exposons les avantages respectifs. **Résultats et conclusion** : Ces moyens pédagogiques, parfois très simples (carnet de stage), parfois plus sophistiqués (supervision directe par moyen vidéo) peuvent éclairer et servir les nouveaux maîtres de stage.

Mots clés Moyens pédagogiques ; stage auprès du praticien ; 3^e cycle de médecine générale ; supervision directe ; supervision indirecte.

Summary Context: It has been only recently (1997) that a 6 month period of in practice training was introduced in France. This experience has led our team to the evaluation of the pedagogical tools actually in use, that can be offered to clinical tutors to help residents throughout the three phases of their training (observation, exposition to cases and full autonomy). **Goal**: To list and explore several methods that can be implemented in the general physician office that can facilitate the experience of in practice training. **Subjects and material**: a meeting with a group of tutors in the region of Midi-Pyrénées was used to sample the various tools and techniques currently in use and identify their respective advantages. **Results and conclusion**: these pedagogical means, as simple (log book) or more sophisticated (direct observation using the video) that they can be, can represent highly valuable material for new in practice training tutors.

Keywords Family practice training program; ambulatory training program; general practitioner; family medicine student supervision.

Pédagogie Médicale 2002 ; 3 : 33-37

Introduction

Comme tous les responsables de formation des médecins généralistes libéraux - maîtres de stage¹, nous avons été confrontés à la nécessité de fournir des moyens simples, de mise en place facile, pour aider les maîtres de stage novices à remplir au mieux leur mission de formation des résidents en stage de médecine générale libérale ambulatoire. Cet article se veut le reflet de l'expérience que nous avons acquise dans cette pratique.

Aspect réglementaire

En France, le stage pratique en médecine ambulatoire des étudiants en médecine générale (Résidents) est actuellement de six mois à temps plein.

Ce stage obligatoire, rémunéré pour le résident et le maître de stage, se déroule sur onze demi-journées hebdomadaires. Bien que cela soit possible, nous ne connaissons pas d'expérience de stage dans un cabinet de médecine générale où les médecins exercent à titre salarié.

Correspondance : VIDAL Marc - Enseignant généraliste - Faculté de Toulouse-Rangueil - Adresse personnelle : 84 avenue du Sidobre - 81100 Castres - France - Téléphone privé : +33 5 63 35 77 04 - Fax : +33 5 63 62 63 34 - mailto: m.vidal@medsyn.fr

Concepts et Innovations

Deux demi-journées sont consacrées à un travail en structure de soins primaires non libérale, par exemple dans les services de la Protection Maternelle et Infantile, Médecine scolaire, Médecine pénitentiaire, Planning Familial, Organisation caritative. Enfin deux autres demi-journées sont disponibles pour la formation personnelle du résident (thèse, recherche, formation complémentaire)².

Le stage en cabinet libéral peut se dérouler chez un seul médecin généraliste (monôme), chez deux, éventuellement, trois maîtres de stage (binôme et trinôme) qui accueillent le résident selon une planification à décider avec le stagiaire. Dans le cas où plusieurs médecins sont associés pour recevoir le résident, la durée de présence chez un maître de stage ne peut être inférieure à un mois, l'un d'eux assure alors la responsabilité de la coordination matérielle et pédagogique.

Le stage du troisième cycle ainsi décrit peut se dérouler, au choix de l'étudiant, du deuxième semestre au cinquième semestre inclus, et selon son classement. Le premier semestre est obligatoirement dédié à un stage hospitalier, universitaire ou non.

Aspect historique

Le stage à temps plein est en application depuis la rentrée universitaire de 1997. Les résidents des facultés de Toulouse prennent leur fonction le 1^{er} novembre et le 1^{er} mai. En mai 2001 nous terminerons notre septième série de stages consécutifs. Tous les maîtres de stage n'ont pas accueilli le même nombre de stagiaires. Certains en ont reçu plus que d'autres, du fait de la relative liberté de choix accordée.

Pour la région Midi-Pyrénées, cinquante terrains de stage sont mis au choix, assurés par un seul maître de stage, rarement deux, exceptionnellement trois, mobilisant ainsi cent cinquante médecins généralistes volontaires. La politique du département universitaire de Médecine Générale est de favoriser les binômes ville-campagne dans lesquels un médecin rural assure la maîtrise de stage conjointement avec un médecin citadin. Nous espérons ainsi faire découvrir des pratiques médicales différentes, et inciter les résidents à s'intéresser au secteur rural.

Des outils pédagogiques à la disposition de nouveaux maîtres de stage

La richesse séméiologique, les pathologies et la spécificité du champ d'exercice du médecin généraliste vont permettre au résident de faire connaissance avec une grande

diversité de situations. Le mode de raisonnement médical est sensiblement différent de celui du monde hospitalier qu'il a pu côtoyer jusque-là.

La pratique de l'encadrement du stage de six mois chez le médecin généraliste pose le problème de la formation rapide d'un nombre suffisant de maîtres de stage³ et leur remplacement (départ à la retraite, abandon, retrait d'agrément).

Tout d'abord, nous nous trouvons devant la nécessité de définir des objectifs pédagogiques adaptés à chacun des résidents⁴. Le bilan des acquis cognitifs, gestuels, et comportementaux est indispensable en début de stage mais aussi tout au long du semestre d'affectation chez le médecin de famille.

Chaque stagiaire n'a souvent plus qu'un seul référent senior : son maître de stage. Ce dernier ayant mandat explicite de le former à la médecine générale, de le rendre apte à exercer seul, en gérant efficacement le temps et les ressources disponibles⁵.

Cette fonction responsabilisante, salariée, du résident est essentielle pour l'amener à une autonomie progressive sous la direction du maître de stage.

Afin d'assurer une progression efficace et régulière de chaque résident il est nécessaire de définir des moyens pédagogiques simples, facilement utilisables par tous. Nous tentons d'en proposer quelques-uns ici pour des maîtres de stage débutants ou néophytes.

Les pratiques pédagogiques actuelles des maîtres de stage

Au cours d'un séminaire de formation (janvier 1999) nous avons pu recueillir quelques informations sur les pratiques pédagogiques actuelles des maîtres de stage.

L'attitude pédagogique la plus souvent adoptée par les maîtres de stage est la « discussion explicative » à propos d'un cas ou d'une difficulté diagnostique ou relationnelle. Cet échange pédagogique a, la plupart du temps, lieu en dehors de la présence du patient. (La relecture se faisant souvent dans le véhicule du médecin entre deux visites ou au cours du repas). Le maître de stage montre souvent la réalisation des actes techniques, avant de les faire pratiquer par le stagiaire, puis de les commenter. Des ouvrages médicaux, d'éthique, et des articles de revues médicales sont systématiquement mis à la disposition des stagiaires.

La quasi-totalité des maîtres de stage est très sensible aux capacités de communication de leur résident. Ils l'observent au cours de l'acte médical et formulent leurs obser-

vations en fonction de leur « grille » personnelle d'efficacité après le départ du patient.

La supervision indirecte est utilisée de façon très rudimentaire sous forme d'un compte rendu factuel simple après un acte mené en solitaire par le résident, alors qu'il devrait s'agir plutôt d'une relecture pédagogique des conditions dans lesquelles le résident a réalisé l'acte qui lui était confié (données techniques et psychologiques, difficultés relationnelles, démarche diagnostique, projet thérapeutique, satisfaction du patient et du résident, etc.) en vue d'une amélioration des compétences du stagiaire.

Trois phases pour un stage

A la suite du décret du 16 mai 1997 qui les définit, nous avons pour habitude de distinguer trois phases dans la progression pédagogique du stage. Ces trois phases sont de durée variable selon les résidents.

La première phase dite d'observation

C'est la période d'appropriation de l'environnement socioprofessionnel du médecin, un temps d'observation mutuelle entre le maître de stage et le résident. Chacun apprend à travailler avec l'autre.

Le stagiaire n'a pas de responsabilité réelle mais il porte un regard attentif sur une pratique nouvelle pour lui. Comme les autres périodes du stage cette première phase n'a pas de durée déterminée à l'avance, et le résident pourra souvent revenir en situation d'observation pendant les deux phases suivantes si cela est nécessaire, en particulier lors de situations psychosociales nouvelles difficiles.

La deuxième phase ou phase de mise en situation

Dans ce deuxième temps du stage le stagiaire est mis progressivement en situation de responsabilité sous le contrôle direct du maître de stage. C'est la période où chaque temps de la consultation, où chaque comportement du stagiaire est analysé et discuté avec le maître de stage tenant compte de la personnalité et des aptitudes du résident.

La troisième phase ou phase d'autonomie

Progressivement le résident dont les aptitudes auront été reconnues comme suffisantes pourra prendre en charge un patient en dehors du contrôle direct du maître de stage. C'est la phase de confrontation à soi-même, de mise en évidence des niveaux réels de compétence pour réaliser un acte professionnel dans sa totalité.

Les moyens pédagogiques

Pour développer l'observation et la démarche médicale, il est fait appel à :

1. La tenue de fiches d'observation : le résident note par écrit ce qu'il croit être important dans la consultation qui se déroule devant lui, repère les différentes phases de l'acte médical, les techniques mises en œuvre par le maître de stage. Un peu plus tard, des grilles d'observation remises au résident focaliseront son attention sur des points précis de l'exercice médical.

2. La manipulation des dossiers des patients, écrits ou informatiques : par cette activité, le résident apprend la recherche des antécédents, de l'historique, de même que la concision, la rigueur, la hiérarchisation, la pondération. La démarche médicale contenue dans le dossier est relatée avec ses doutes, ses attentes, les annotations marginales, le suivi, le secret médical.

La dimension médico-sociale de l'exercice est abordée grâce à :

La délivrance commentée des divers imprimés et certificats : dès le début du stage, la rédaction des imprimés destinés aux différents organismes d'assurances, sportifs, professionnels, scolaires, permet une familiarisation avec certains aspects législatifs, administratifs, éthiques et techniques de l'exercice professionnel peu étudiés dans le cursus universitaire.

La pertinence et l'efficacité de la prescription sont analysées au travers de :

1. L'écriture de l'ordonnance : écrire l'ordonnance sous la dictée (plus rarement la rédaction) et la commenter au patient, permet à nos jeunes confrères de se familiariser avec les Dénominations Communes Internationales, (DCI) les dénominations communes, les noms de marque, les génériques, les diverses présentations galéniques, les posologies et les dosages. Les étudiants connaissent souvent mal la thérapeutique ambulatoire.

2. La manipulation des échantillons pharmaceutiques et leur classement : cette activité qui pourrait paraître inutile ou superflue permet au résident de comparer les diverses formes pharmaceutiques et galéniques, de demander des précisions sur l'indication, les contre-indications, de comparer des équivalents thérapeutiques, de parler de coût thérapeutique, d'adéquation de formes, d'acceptabilité selon l'âge, la culture ou le handicap visuel. Le repérage des couleurs et des formes est

Concepts et Innovations

bien anodin pour le résident, mais important et parfois vital pour le malade.

La coordination des soins est principalement développée par :

Le contact avec les correspondants : les relations avec les spécialistes, l'hôpital, les cliniques, les auxiliaires médicaux doivent être confiées au résident. Il fait la synthèse d'un dossier qu'il présente dans une lettre claire et précise à un correspondant. Il assure le suivi et l'accompagnement au cours de l'acte spécialisé, fait prendre les mesures médicales au retour à domicile (il découvre ainsi l'interface entre la médecine spécialisée hospitalière et la médecine générale ambulatoire).

Disponibilité et gestion du temps sont évoquées par deux mises en situation :

1. La mise en situation au téléphone à la place de la secrétaire : l'accueil téléphonique inhabituel pour le résident lui permet de découvrir un mode de communication souvent mal maîtrisé par les malades et parfois les médecins. Il apprend « les mots des maux », fait préciser une situation, gère l'agressivité, l'indécision, l'approximation. Il fait préciser le lieu de la visite. Il est facile actuellement de se doter d'appareils téléphoniques possédant haut-parleur, enregistreur, et qui permettent immédiatement ou à distance une réflexion pédagogique sur le rôle du téléphone dans l'acte médical en médecine générale.

2. La mise en situation au secrétariat : le résident en remplaçant la secrétaire apprend à accueillir les patients, donner des renseignements, gérer le planning des consultations, assurer l'entretien du matériel, le renouvellement des consommables. Il découvre les règles de sécurité applicables au personnel du cabinet et la gestion de leur charge de travail. Il apprend à refuser les demandes non recevables ou excessives.

Les aptitudes cliniques techniques et relationnelles sont explorées et développées grâce à :

1. La discussion de cas : Cette activité pluriquotidienne permet de préciser la démarche diagnostique et thérapeutique du maître de stage et du résident, de discuter les points de vue et comparer des attitudes cliniques parfois divergentes pour en juger la pertinence. Elle peut se faire en présence du patient si cela a un intérêt thérapeutique. (valorisation du patient) ou en tête-à-tête avec le résident

(juste après ou à distance de la consultation).

2. La pratique des actes techniques : l'apprentissage des gestes techniques habituellement pratiqués en ambulatoire au cabinet du médecin généraliste, nécessite d'abord que le maître de stage décrive la tâche en terme de performance, ainsi que les moyens nécessaires à la mise en œuvre. Les conditions de la réalisation doivent être précisées (4), puis les étapes suivantes se succèdent : le maître de stage réalise l'acte - le résident observe. Le résident réalise l'acte - le maître de stage observe. Le maître de stage refait l'acte - le résident observe. Le résident refait l'acte - le maître de stage conclut.

3. Les grilles d'observation : les grilles d'observation sont des documents qui permettent d'évaluer les performances cognitives, gestuelles et comportementales. Leur intérêt est d'essayer de quantifier la progression du résident et de focaliser les efforts sur des points précis.

4. La mise en situation : dans le cadre de la mise en situation, le résident assure, en présence du maître de stage, les différents stades chronologiques de la consultation : Accueil, premiers mots, anamnèse, examen clinique optimal, gestion des examens complémentaires, projet thérapeutique, négociation avec le patient, rédaction de l'ordonnance et son explication, suivi et nouveau rendez-vous, paiement, accompagnement. La discussion du comportement du résident et de ses performances se fait en dehors de la présence du patient.

5. La supervision directe⁶ : c'est la méthode de choix pour appréhender les capacités du résident à mener une consultation dans sa totalité et dans des conditions les plus proches de la réalité. Elle peut se faire en présence physique directe du maître de stage, c'est le cas le plus habituel, ou nécessiter des moyens matériels plus complexes : miroir unidirectionnel ou enregistrement vidéo (éventuellement audio). Les enregistrements sont faits avec le consentement explicite des personnes filmées ou écoutées. Dans ces deux dernières situations l'interférence du maître de stage sur le déroulement de la consultation est supprimée mais des moyens techniques appropriés sont nécessaires. La vidéo est devenue une technique courante. Nombreux sont ceux qui possèdent un caméscope pour utilisation « familiale » ou professionnelle en vidéo surveillance de la salle d'attente. L'enregistrement de consultations pendant le stage, permet de travailler sur un document objectif avec le résident et d'analyser ses capacités et ses difficultés dans la relation, et dans les différentes phases de la consultation. Ce document vidéo a l'avantage de pouvoir être visionné autant de fois que nécessaire par le résident seul et avec son maître de

stage, et éventuellement avec d'autres résidents ou d'autres maîtres de stage pour des discussions pédagogiques utiles sur l'acte de consultation en médecine générale.

6. La supervision par compte rendu et discussion de cas⁶ : c'est, le moyen privilégié de formation, elle consiste en un compte rendu *a posteriori* du résident de son activité au maître de stage. Il s'agit d'un acte pédagogique et pas uniquement un compte rendu factuel utile à la mise à jour du dossier médical. Au cours de cet entretien, il faudra bien prendre soin de placer le résident au centre de nos préoccupations. Ce compte rendu, sous forme orale, peut être évalué par le maître de stage au travers de grilles d'évaluation qui permettent une mesure plus juste de la progression du résident.

7. Le degré de satisfaction des patients⁶ : l'appréciation subjective des patients ou de leur entourage peut être recueillie ou recherchée et être le point de départ d'un échange pédagogique avec le résident (par exemple par un questionnaire anonyme ou un entretien individuel).

Des documents : sont fournis ou à la disposition du résident dans la bibliothèque du maître de stage :

1. Les ouvrages de référence d'utilisation quotidienne : répertoire de spécialités pharmaceutiques, (VIDAL en France), Références professionnelles ou institutionnelles (Références Médicales Opposables, Fiches de transparences, fournies en France par les organismes de sécurité sociale), Références de Bonnes Pratiques, doivent être facilement accessibles en cours de consultation.

2. Documentation, ouvrages, articles sont mis à disposition en fonction des situations rencontrées.

3. Un référentiel^{7,8} des situations et des actes, celui du maître de stage, celui de la faculté, ou un déjà publié par des enseignants du troisième cycle, aidera l'étudiant à fixer les objectifs à atteindre avec son tuteur.

4. Un carnet de stage permet au résident de noter sa progression et la faire valider par le maître de stage. C'est la concrétisation du travail déjà accompli, ou restant à faire, ainsi que le support de la réflexion du résident. Il permet une évaluation en temps réel de la progression du stagiaire.

Perspectives pour la formation des maîtres de stage

Il nous faut apprendre un nouveau métier, celui de pédagogue. Il s'agit de développer les compétences des médecins en formation et non plus seulement de délivrer un savoir. Ce métier dans le métier consiste à faire la place au résident dans le colloque « singulier » avec le patient. (Le résident

est central pour le pédagogue) et ne pas oublier de faire participer le patient au colloque « singulier » avec le résident (le patient est central pour le médecin).

Nous devrions rapidement arriver à nous former à ce métier si nous nous souvenons que nous devons placer le résident au centre de notre souci pédagogique comme le patient est placé au centre de notre souci médical. C'est-à-dire : écouter, encourager, diagnostiquer un trouble, apporter une thérapeutique et assurer le suivi. Nous avons des compétences, acquises au contact des patients, qui nous permettent de ne pas être complètement démunis. Le reste est affaire d'apprentissage technique, d'acquisition de méthodes, de réflexion sur la pratique et de confrontation de nos expériences entre pairs⁹. Les outils décrits plus hauts peuvent nous aider à travailler nos attitudes et aptitudes de pédagogues.

Il appartient aux divers intervenants en formation de développer des programmes cohérents et progressifs de formation en s'inspirant de ce qui a déjà été fait tant en France qu'à l'étranger et en particulier au Québec.

Références

1. Léonard D. *Moyens pédagogiques au cours du stage de 3^e cycle de médecine générale. Congrès du Collège National des Généralistes Enseignants. Brest, 2000.*
2. *Collège National des Généralistes Enseignants. Guide pratique du maître de stage. Paris : Editions L et C, 1999.*
3. *Collège National des Généralistes Enseignants. Le stage de six mois. Enseigner 1997 ; 14 : 5-11.*
4. Mager R.F. *Comment définir des objectifs pédagogiques, Paris : Bordas, 1977.*
5. *Collège National des Généralistes Enseignants Médecine générale. Concepts et pratiques, Paris : Masson, 1996.*
6. Fortin M., Millette B., Durieux W. *La supervision. Séminaire École de Riom. 28 et 29 novembre 1998.*
7. Garnier F., Boisse V., Huez J.-F. *Contribution à l'établissement d'un référentiel des gestes techniques en médecine générale. Concours Médical 1997 ; 118 : 1908-12.*
8. Certain M.-H., Gervais Y., Perrin A. *Un référentiel professionnel pour le médecin généraliste. Des compétences pour un métier. Editions Osmose, 1999.*
9. Attali C. *La théorisation des pratiques : une voie de recherche féconde pour la « médecine générale ». Revue du Praticien 1998 ; 12 : 31-33.*