

Stages dans un service d'urgence : réflexions sur leur apport spécifique dans la formation médicale de base

Dominique VANPEE*, Véronique GODIN**, Dominique PESTIAUX***, Jean-Bernard GILLET*

Résumé Après avoir brièvement analysé l'intérêt des stages cliniques à la lumière de la psychologie cognitive, les auteurs comparent l'apport respectif des stages en service d'urgence et en unités de soins. Il apparaît que les stages en service d'urgence représentent une occasion importante (a) d'apprentissage du raisonnement clinique basé sur le modèle hypothético-déductif, (b) d'acquisition des connaissances procédurales mobilisées dans la prise en charge de situations aiguës, (c) ainsi que de développement des connaissances conditionnelles.

Mots clés Raisonnement clinique ; stages ; service d'urgence.

Summary Following a brief analysis of the interest of clinical clerkships in the perspective of cognitive psychology, the authors compare the respective benefits of clerkships in emergency units and on clinical wards. It appears that doing a clerkship in emergencies represents an important training opportunity (a) in clinical reasoning based on the "hypothetico-deductive" strategy, (b) in the acquisition of procedural knowledge (when dealing with crisis situations), (c) as well as in the acquisition of conditional knowledge.

Keywords Clinical reasoning; internship; emergency unit.

Pédagogie Médicale 2003 ; 4 : 89-92

Introduction

Les stages cliniques représentent un moment crucial dans la formation du futur médecin. Les objectifs généraux qui leur sont impartis à l'Université Catholique de Louvain (UCL) illustrent l'importance des acquisitions qui y sont attendues¹ :

- acquérir des connaissances, en particulier compléter les connaissances médicales de base par le contact avec les

pathologies courantes, les urgences et les soins globaux ;
- acquérir un savoir-faire dans la démarche clinique, la prise de décision et les actes techniques ;
- développer un savoir-être face au patient souffrant (*caring*), face à un nouveau problème et face à un dilemme éthique.

Les sciences cognitives nous fournissent les fondements théoriques permettant d'en comprendre tout l'intérêt. Examinons-les brièvement.

Université catholique de Louvain *Service des Urgences, **Unité de Pédagogie Médicale,

*** Centre Universitaire de Médecine Générale

Correspondance : Dominique Vanpee - Services des urgences - Cliniques Universitaires UCL de Mont-Godinne
5530 Yvoir - Belgique - Tél. : +3281423111 - Télécopie : +3281423115

mailto:Dominique.Vanpee@rean.ucl.ac.be

Concepts et Innovations

Connaissances déclaratives et connaissances d'action

Les sciences cognitives distinguent clairement deux catégories de connaissances :

- **les connaissances déclaratives**, correspondant au « savoir théorique ». Il s'agit, selon Gagné² de la « connaissance des faits, des règles, des lois et des principes ».

- **les connaissances d'action**, que l'on subdivise encore en connaissances « procédurales » et connaissances « conditionnelles »³.

- **Les connaissances procédurales** correspondent au « comment » de l'action, aux étapes permettant de la réaliser : « si je veux effectuer la suture d'une plaie, je dois d'abord choisir le bon matériel, ensuite je dois désinfecter, ensuite je dois... »

- **Les connaissances conditionnelles** correspondent aux conditions de l'action : elles concernent le « quand » et le « pourquoi » : à quel moment et dans quel contexte est-il approprié d'utiliser telle ou telle stratégie, de poser telle ou telle action ?

Les connaissances conditionnelles sont fondamentales en pratique professionnelle : en effet, à quoi cela servirait-il de maîtriser des connaissances déclaratives et procédurales si l'on ne sait distinguer les conditions dans lesquelles ces connaissances peuvent être appliquées ?

Cette distinction entre connaissances déclaratives et connaissances d'action a des répercussions fondamentales pour l'enseignant : en effet, si les connaissances déclaratives peuvent être acquises lors de situations d'enseignement magistral, les connaissances procédurales ne pourront se développer que dans l'action accomplie par l'apprenant lui-même. Quant aux connaissances conditionnelles, l'exposition fréquente à des cas variés joue un rôle fondamental : en effet, la confrontation à des exemples et contre-exemples permet à l'étudiant d'acquies progressivement les connaissances relatives aux « conditions de choix » d'une réponse à la situation rencontrée.

Le raisonnement clinique de l'expert

Parallèlement, les recherches menées sur le raisonnement clinique se sont multipliées. Elles ont établi son caractère généralement hypothético-déductif (évaluation itérative des hypothèses émises)⁴ et l'existence, chez les cliniciens performants, d'une base de données spécifique à leur

contexte clinique et qualifiée d'« élaborée »⁵. Celle-ci correspond à une organisation des connaissances autour des tâches à accomplir (diagnostiquer, pronostiquer, traiter) : c'est la notion de « scripts de maladie »⁶.

Selon Charlin⁷, ce concept permet de donner un but à la formation clinique, à savoir, l'acquisition de bases de données élaborées dans les domaines de pratique.

Ce rappel théorique nous permet de mieux comprendre l'intérêt potentiel majeur des stages cliniques dans la formation des futurs médecins : ils constituent une situation incontournable d'acquisition de connaissances d'action, qu'il s'agisse, par exemple, de la démarche clinique, de la prise de décision, de la gestion relationnelle ou encore de la réalisation de gestes techniques. Plus particulièrement, la confrontation à des situations cliniques diversifiées permet à l'étudiant d'acquies des connaissances conditionnelles (quelle action dans quelles situations ?).

Enfin, la nécessité d'effectuer avec efficacité leurs nouvelles tâches cliniques de diagnostic et de traitement incite l'étudiant à une réorganisation de ses connaissances autour des tâches à accomplir, réorganisation caractéristique de l'expertise.

Cette situation de formation sera néanmoins d'autant plus riche :

- qu'elle offrira à l'étudiant des apprentissages transposables dans sa vie professionnelle future. Pour ne citer que cet exemple, il faudra lui permettre de s'exercer au raisonnement clinique selon le modèle hypothético-déductif en lui soumettant des problèmes de diagnostics non résolus ;

- qu'elle le confrontera à des situations cliniques multiples et variées : c'est ce qui justifie la « rotation » des étudiants entre différents endroits de stage.

Dans cet article, nous allons tenter de situer les apports pédagogiques spécifiques d'un stage en service d'urgence par rapport à ceux d'un stage hospitalier « classique » en unités de soins.

Les stages hospitaliers en unités de soins

Dans la plupart des pays européens, les stages se déroulent essentiellement en milieu hospitalier et les étudiants y sont affectés dans des unités de soins. Il faut cependant noter que ces pays organisent également des stages précoces dans des structures de soins de première ligne pour donner à l'étudiant l'occasion d'observer la prise de contact du patient avec le système de santé.

Le choix de privilégier les stages hospitaliers a cependant

des répercussions sur les possibilités d'apprentissage offertes à l'étudiant.

1. L'étudiant en unité de soins rencontre essentiellement des patients dont le problème clinique a déjà été formulé.

Il est paradoxal de constater que ce n'est plus dans le cadre d'un stage de cardiologie que l'étudiant va s'initier à la prise en charge d'une douleur thoracique ni à reconnaître un infarctus du myocarde. Un patient admis dans ce service a toutes les chances d'avoir une pathologie coronarienne : il a déjà été sélectionné aux urgences ou en consultation de cardiologie avant d'être hospitalisé ! Pour cette raison, l'étudiant ne fera pas personnellement le cheminement de la prise en charge d'une douleur thoracique. De même, un patient présentant un infarctus du myocarde est le plus souvent admis en service d'urgence pour être transféré dans une unité coronaire ou de soins intensifs et ne sera hospitalisé dans le service de cardiologie qu'après plusieurs jours. L'étudiant n'ayant pas fait lui-même la démarche du diagnostic et de la prise en charge ne pourra se contenter que d'une anamnèse *a posteriori*. Comme le dit Chamberland⁸, l'étudiant en stage est ainsi privé de la cueillette et de l'analyse des indices et confiné à des tâches de gestion, d'investigations et de soins. Il en est fréquemment réduit à appliquer *a posteriori* un processus de raisonnement (stratégies générales) sur un ensemble d'informations (contenu spécifique) qu'il n'aura pas lui-même recueillies, alors même que c'est l'intrication foncière du processus et du contenu, qui est la caractéristique fondamentale du raisonnement clinique. L'étudiant n'aura donc pas appris à raisonner comme le font les médecins « experts » et comme il sera amené à le faire quelques années, voire quelques mois plus tard !

2. Dans le même ordre d'idées, nous constatons également qu'une des tâches fréquemment confiées à l'étudiant est la mise à jour du dossier du patient. Cette mise à jour implique la réalisation d'une anamnèse et d'un examen clinique systématique. Si cette approche systématique est indispensable à un moment de l'histoire du patient, nous sommes cependant à nouveau très loin de la démarche hypothético-déductive à laquelle recourt habituellement le médecin !

Ce type d'apprentissage est souvent peu transposable à la pratique clinique future de l'étudiant. Déjà en 1983, Kassirer⁹ plaidait pour que l'on cesse d'enseigner un modèle artificiel de raisonnement clinique et que l'on enseigne ce qui est réellement pratiqué par les médecins expérimentés en insistant sur l'évaluation itérative des hypothèses pertinentes à la situation. On comprendra

donc facilement les difficultés rencontrées lorsque devenu médecin, l'étudiant confronté à ses premiers patients avec des contraintes de temps et d'efficacité, n'aura pas été vraiment formé au raisonnement clinique basé sur des hypothèses.

3. Beaucoup de stages se déroulent, en outre, en milieu hospitalier universitaire. Les patients y sont porteurs de pathologies peu fréquentes, multiples et complexes. Ils viennent pour des « bilans » ou des suivis de traitements spécialisés qui peuvent dérouter des étudiants en début de formation. Les étudiants ont au cours de ces stages une vision inexacte de l'épidémiologie des problèmes de santé dans la population générale et sont amenés à formuler en priorité des hypothèses dont la prévalence est faible. En outre, si ce type d'exposition est indispensable dans la formation de tout médecin, il ne permet pas l'apprentissage de la gestion de situations courantes à un stade précoce.

Ceci ne veut pas dire -il faut le répéter- que ce stage en spécialité n'est pas utile et important pour l'étudiant car il apportera d'autres dimensions de mise au point, de suivi et de traitement très utiles au futur médecin.

Des lieux de formation variés au cours de la formation médicale de base sont donc essentiels pour exposer l'étudiant d'une part, à des problèmes de santé variés et d'autre part, pour faire un choix éclairé de sa spécialisation future.

Les stages en service d'urgence

Les patients se présentant en service d'urgence évoquent fréquemment des plaintes relativement indifférenciées et à un stade précoce.

Hormis les situations d'extrême urgence, l'étudiant sera confronté directement et le plus souvent aux plaintes du malade comme premier intervenant. L'anamnèse et l'examen clinique qu'il va réaliser lui permettront de se faire une première « idée » du problème du patient, idée qu'il exposera à son superviseur avant d'aller, avec lui, réinterroger et réexaminer le patient. Ce travail de collaboration directe lui offre un *feed-back* sur sa démarche diagnostique : il lui permet de confronter les données recueillies et les hypothèses émises avec celles de son superviseur et de les rectifier.

Notre travail de supervision nous a permis de constater qu'au début du stage, l'étudiant réfléchit généralement toujours de manière linéaire et séquentielle (une anamnèse clinique complète - examen clinique complet - examens complémentaires - diagnostics et traitement). Rapidement cependant, les contraintes de gestion de

Concepts et Innovations

nombreux patients l'obligeront à recourir à un autre mode de fonctionnement : il s'agira de bien cadrer le problème actuel du patient dans un temps donné afin de l'orienter et de le traiter correctement. Il est dès lors dans une situation propice à l'utilisation d'une stratégie de raisonnement hypothético-déductive. Ce sera le rôle du médecin superviseur de l'y inciter !

Un autre intérêt potentiel du stage en service d'urgence est la possibilité d'intervention en situation aiguë : depuis très longtemps, on connaît les faibles performances des étudiants en fin de formation médicale en ce qui concerne la prise en charge de situations à risque vital¹⁰. On connaît également les difficultés des médecins généralistes qui s'estiment insuffisamment formés à la prise en charge de telles situations. La participation active à la prise en charge de situations aiguës permet à l'étudiant d'acquérir certaines connaissances procédurales.

L'étude de Johnson documente notre discussion¹¹. Elle compare deux groupes d'étudiants : l'un en stage dans un service d'urgences et l'autre dans un service de médecine interne. Les résultats montrent que, après un stage dans un service d'urgence, les étudiants sont plus aptes à conduire une anamnèse et un examen clinique orienté. Les étudiants en stage de médecine interne réalisent mieux une anamnèse et un examen systématique complet. En outre, le stage en service d'urgence a permis aux étudiants de participer davantage à la prise en charge initiale (première évaluation du patient), aux diagnostics et aux prises de décisions (bilan et diagnostic). Les étudiants ont également plus souvent l'occasion de réaliser un certain nombre d'actes techniques (ponction artérielle, ponction de plèvre et d'ascite, plaie et suture)... Cette étude montre enfin que les étudiants en stage en médecine

interne rédigent le dossier de manière complète et exhaustive alors que ceux qui ont séjournés aux urgences ont la capacité de documenter de manière plus adéquate la rencontre avec le patient dans le dossier.

Conclusions

Nous avons souligné l'intérêt d'un stage en service d'urgence. La confrontation de l'étudiant, en tant qu'acteur dans ce contexte, avec des patients évoquant des plaintes indifférenciées, est une occasion importante d'apprentissage du raisonnement clinique basé sur le modèle hypothético-déductif. La participation active à la prise en charge de situations aiguës est l'occasion d'acquérir des connaissances procédurales. Enfin, la confrontation à des cas multiples et variés permet l'acquisition de connaissances conditionnelles.

Néanmoins, nous avons également insisté sur le rôle du superviseur : par le *feed-back* qu'il renvoie à l'étudiant sur son analyse du problème du patient et par la discussion qui naîtra de la confrontation de leurs hypothèses diagnostiques, il contribuera au développement, chez l'étudiant, de l'aptitude au raisonnement clinique.

Il n'est pas nécessaire de rappeler que cette supervision rapprochée est aussi un devoir déontologique et éthique vis-à-vis du patient !

Enfin, nous souhaitons rappeler aussi que tous les apprentissages ne sont pas possibles en service d'urgence : d'autres lieux de stage doivent exposer l'étudiant à l'accompagnement des pathologies chroniques, la gestion de la continuité des soins, l'intégration de la dimension préventive et de la revalidation.

Références

1. Rombouts J.J. *Les stages dans les études de médecine : tra- ditions et perspectives.* Louvain Médical 1995 ; 114 : 124-33.
2. Gagné R.M. *The cognitive psychology of school learning.* Boston : Little, Brown and company 1985.
3. Tardif J. *Pour un enseignement stratégique. L'apport de la psychologie cognitive.* Montréal : Les éditions Logiques 1992.
4. Elstein A.S., Shulman L.S., Sprafka S.A. *Medical problem solving : an analysis of clinical reasoning.* Cambridge, MA : Harvard University Press 1978.
5. Bordage G. *Elaborated knowledge: a key to successful diagnostic thinking.* Acad Med 1994 ; 69 : 883-5.
6. Schmidt H.G., Norman G.R., Boshuizen H.P.A. *A cognitive perspective on Medical expertise : Theory and implications.* Acad Med 1990 ; 65 : 611-21.
7. Charlin B. *Le raisonnement clinique : quelques données issues de la recherche.* Pédagogie médicale 2001 ; 2 : 5-6.
8. Chamberland M. *Les séances d'apprentissage du raisonnement clinique (ARC).* Ann Med interne 1998 ; 149 : 479-84.
9. Kassirer J.P. *Teaching clinical medicine by iterative hypothesis testing. Let's preach what we practice.* N Engl J Med 1983 ; 309 : 921-23.
10. Hunskaar S., Seim S.H. *Medical students' experiences in medical emergency procedures upon qualification.* Med Educ 1985 ; 19 : 294-98.
11. Johnson G.A., Pipas L., Newman-Palmer N.B., Brown L.H. *The emergency medicine rotation: a unique experience for medical students.* J Emerg Med 2002 ; 22 : 307-11.