

« Ils sont carrément incurables » : comment les métaphores des cliniciens enseignants révèlent leur malaise dans la gestion des difficultés de raisonnement clinique de leurs internes

“They’re downright incurable”: how the metaphors clinical supervisors use reveal their unease at dealing with the clinical reasoning difficulties of their residents

Valérie DORY¹ et Marie-Claude AUDÉTAT²

¹ Fonds de la recherche scientifique - FNRS et Institut de recherche santé et société (IRSS), Université catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique

² Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé et département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Université de Montréal, Montréal, Canada

Manuscrit reçu le 20 novembre 2012 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 26 janvier 2013 ; accepté pour publication le 23 mars 2013

Mots-clés

Analyse systématique des métaphores ; développement professoral ; étude qualitative ; formation médicale postgraduée ; raisonnement clinique ; cliniciens enseignants

Résumé – Contexte : Les directives concernant la gestion systématique des difficultés de raisonnement clinique chez les internes ne sont pas toujours appliquées sur le terrain. Les formations aux habiletés requises pourraient ne pas suffire si les représentations des cliniciens enseignants font obstacle à leur mise en œuvre. **But :** Explorer les représentations des cliniciens enseignants au sujet de la gestion des difficultés de raisonnement clinique (rôle, normes, auto-efficacité). Triangler les données d'une précédente analyse thématique de groupes de discussion focalisée. **Sujets/matériel/méthodes :** Vingt-six cliniciens enseignants en Belgique et en Suisse ont participé à quatre groupes de discussion focalisée. Une analyse systématique des métaphores a été menée par les deux auteurs et les résultats comparés à ceux de l'analyse thématique. **Résultats :** Les métaphores utilisées révèlent la présence des normes cliniques sur les normes pédagogiques ainsi qu'une vision idéalisée du déroulement normal de l'internat. Les difficultés de raisonnement clinique étaient autant de grains de sable dans l'engrenage de la pratique clinique. Ces métaphores sont cohérentes avec une conception de l'internat comme un compagnonnage classique mais mettent au jour les limites de ce modèle lorsqu'il s'agit de gérer des internes en difficulté. Les métaphores évoquaient divers degrés d'implication relationnelle avec les internes. Seule celle de l'entraîneur sportif suggérait une implication compatible avec une saine relation pédagogique. **Conclusion :** Changer la culture pédagogique d'une institution nécessite des activités visant le développement d'une identité d'enseignant. Réfléchir aux métaphores utilisées serait une manière de stimuler ce développement.

Keywords

Clinical reasoning; faculty development; postgraduate medical education; qualitative study; supervisors; systematic metaphor analysis

Abstract – Background: Calls for systematic identification and remediation of residents with clinical reasoning may not be implemented in the real-world of clinical supervision. Clinical supervisors may be trained in the appropriate skills but for them to put these skills to good use, their beliefs must be conducive to doing so. **Aims:** To explore supervisors' beliefs regarding the management of clinical reasoning difficulties (their role, norms and self-efficacy). To triangulate data from a previously reported content analysis of focus groups. **Participants/materials/methods:** Twenty-six residency supervisors in Belgium and Switzerland took part in 4 focus groups. The two authors conducted a systematic analysis of metaphors in our data and compared the findings with those of the content analysis. **Results:** The metaphors supervisors used indicated that clinical norms topped educational norms and revealed an ideal vision of the normal process of residency. Residents with clinical reasoning difficulties threw a spanner in the works of patient care. Metaphors were consistent with a view of residency as a traditional apprenticeship and highlighted the limitations of this framework for dealing with struggling residents. Metaphors differed in the intensity of the relationship with residents. Only the sports coach metaphor indicated a balanced educational relationship. Changing the educational culture requires activities to foster teaching identity formation. Reflecting on metaphors may be a fruitful path to follow.

Introduction

Les processus de pensée et de prise de décisions qui caractérisent le raisonnement clinique sont au cœur de l'exercice professionnel. Leur enseignement et leur évaluation sont par conséquent des objectifs clés de la formation professionnelle postgraduée^[1-3] et il est important dans cette perspective de soutenir les cliniciens enseignants dans l'acquisition et le développement de compétences pédagogiques qui leur permettent de mener à bien leur tâche d'évaluation et d'enseignement du raisonnement clinique.

Que ce soit en formation prégraduée ou postgraduée, on estime qu'environ 10 % des étudiants présentent des difficultés académiques, parmi lesquelles une part importante concerne des difficultés de raisonnement clinique^[4-5]. La littérature s'accorde à reconnaître l'importance de mettre en œuvre des processus de remédiations de telles difficultés^[6-9]. On souligne notamment l'importance d'identifier les difficultés rapidement, de poser un diagnostic pédagogique de ces difficultés, d'en identifier la source ou les causes, enfin de mettre en œuvre un plan de remédiation et de suivi, à la fois personnalisé et spécifique, des difficultés identifiées^[8-12].

Force est de constater cependant que ces processus sont relativement difficiles à implanter dans la réalité du contexte clinique^[6]. Les raisons sont

d'abord liées au contexte lui-même, avec ses aléas, qui ne favorisent pas une démarche structurée et planifiée de gestion des difficultés^[14]. Elles sont également liées au fait que les enseignants ne se sentent pas très à l'aise en ce qui concerne ces processus pédagogiques^[14, 15]. A ce propos, une recherche précédente, réalisée dans le contexte de l'enseignement clinique québécois^[16], a permis de mettre en évidence que les cliniciens enseignants perçoivent rapidement la présence de difficultés de raisonnement clinique mais que cette perception reste globale et intuitive. Par ailleurs, considérant les enjeux relatifs au suivi des patients, les enseignants cliniciens ont, de façon très compréhensible, tendance à se centrer sur la gestion clinique de la situation (prendre en charge le patient), plutôt que de gérer également la situation pédagogique (prendre en charge les difficultés de l'apprenant). Des doutes en ce qui concerne leur efficacité et un sentiment de manque de maîtrise des processus pédagogiques ont également pu être mis en évidence.

En nous fondant sur ces résultats, nous avons souhaité poursuivre nos recherches pour comprendre les différents facteurs ou obstacles impliqués dans la gestion des difficultés de raisonnement clinique, ainsi que leurs implications pour la formation des enseignants, et ce dans d'autres milieux francophones (à savoir en Belgique et en Suisse) et d'autres contextes

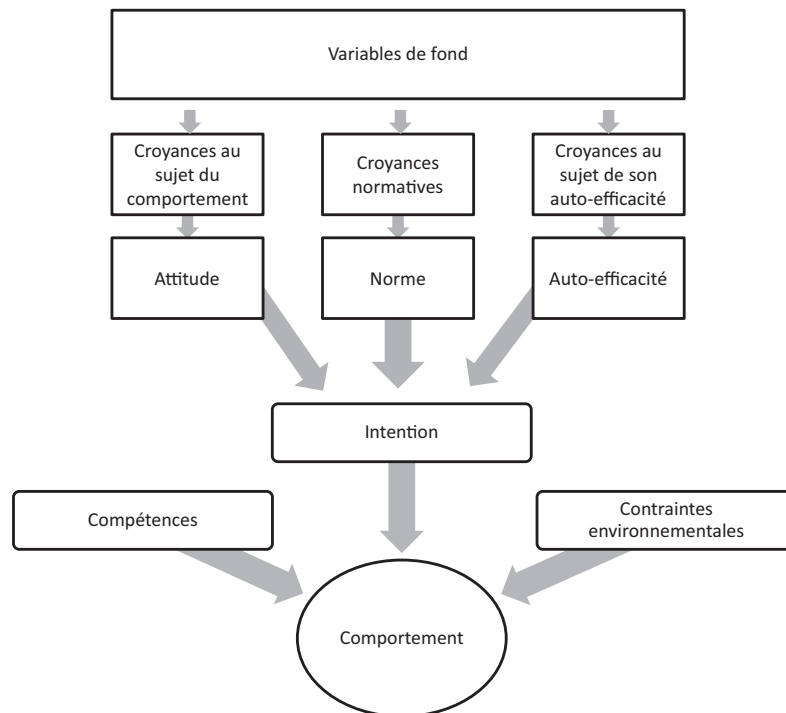


Fig. 1. Les déterminants du comportement. Adapté et traduit de Fishbein^[18].

d'enseignement clinique, tels que les urgences, la médecine générale et la médecine interne^[17]. Nous avons organisé quatre groupes de discussion focalisée avec des cliniciens enseignants, portant sur leurs pratiques en matière de gestion des difficultés de raisonnement clinique chez leurs internes ainsi que sur leurs difficultés et leurs besoins pour mener à bien cette tâche. Au cours de l'analyse thématique du contenu de ces discussions, nous avons cherché un cadre conceptuel susceptible d'éclairer l'interprétation de nos données. Ainsi, nous nous sommes appuyées sur le cadre conceptuel proposé par Fishbein^[18], proche de la théorie de l'action raisonnée et introduit en éducation médicale par Cleland *et al.*^[20]. Tel que le montre la figure 1, Fishbein propose un modèle prédictif des comportements des individus, en postulant qu'un comportement donné dépend non seulement des compétences requises mais aussi de l'intention de les mettre en action dans un environnement favorable. Cette intention de « mise en œuvre » est par ailleurs

en lien direct avec les représentations de l'individu à ce sujet, qui peuvent être relatives aux résultats et conséquences du comportement envisagé, aux normes auxquelles il se réfère et, finalement, à son sentiment de compétence à ce propos^[18,19].

Les premiers résultats de notre recherche nous ont notamment permis de mettre en évidence que, si les participants semblent à l'aise dans leur rôle et leurs responsabilités de cliniciens et de modèles de rôles (implicites cependant la plupart du temps), en revanche, peu parmi eux ont développé une identité professionnelle explicite en tant qu'enseignant. Chez certains participants cependant, pouvait être identifié un profil de représentations quelque peu différent, dans la mesure où ils semblaient conscients de devoir s'engager davantage dans la gestion des difficultés de leurs étudiants, sans toutefois savoir quoi faire et comment le faire.

Si l'on considère cette perspective, les programmes de développement professoral ne devraient

pas seulement se centrer sur l'acquisition de compétences pédagogiques par les cliniciens enseignants ; il faudrait également prendre en compte le développement d'une identité d'enseignant, s'appuyant non seulement sur de nouvelles compétences mais également sur l'appropriation de nouvelles normes, implicites et explicites, témoignant d'une culture pédagogique au sein des équipes d'enseignants.

La richesse de nos données et leur analyse nous ont conduites à envisager un autre niveau d'analyse de ces données et c'est ce qui fait l'objet de la recherche que nous développons dans cet article. Nous y présentons en effet les résultats d'une analyse de nos données qui se situe à un niveau « micro » de l'analyse de textes^[21], en s'attachant aux métaphores utilisées par les cliniciens enseignants pour décrire leurs actions et leurs perceptions. Nous avons utilisé pour ce faire la méthode de l'analyse systématique des métaphores^[22]. Cette méthode qualitative postule que le langage et les pensées sont en substance homologues^[22]. En d'autres termes, les métaphores utilisées dans le langage courant ne sont pas seulement des outils linguistiques de communication mais elles participent également à la création de sens par des processus de pensée qui favorisent les analogies entre un phénomène abstrait et un phénomène concret (exemple : la métaphore des outils pour faire référence à des méthodes didactiques). Ces processus ont lieu de façon largement inconsciente et sont influencés par la culture et les normes ambiantes^[22]. Dans cette perspective, l'analyse des métaphores, parce qu'elle permet l'accès à une modalité de communication plus informelle et symbolique^[23], peut contribuer à faire émerger les représentations d'individus ou de groupes d'individus en regard d'une situation donnée, y compris celles qui ne seraient pas désirables socialement et qui dès lors ne seraient pas évoquées explicitement lors de groupes de discussion focalisée, échappant ainsi à l'analyse thématique du matériel recueilli^[24]. Nous avons donc fait l'hypothèse qu'une analyse systématique des métaphores présentes dans nos données complèterait utilement notre analyse thématique, en mettant en lumière des faisceaux de représentations potentiellement inconscientes, de même que les tensions éventuelles entre

les rôles clinique et pédagogique lorsque les cliniciens enseignants sont confrontés aux difficultés de raisonnement clinique de leurs internes.

Matériels et méthodes

Tel que mentionné, nos données sont issues du corpus de données récoltées lors d'une précédente étude, selon la méthode décrite ci-dessous^[17].

Choix de participants (tableau 1)

Tableau I. Caractéristiques des participants.

Pays	Suisse	16
	Belgique	10
Genre	Hommes	13
	Femmes	13
Spécialité	Médecine générale	12
	Médecine d'urgence	5
	Médecine interne	9
Expérience en matière de supervision clinique	< 5 ans	13
	5 ans et plus	13

Vingt-six cliniciens enseignants ont été recrutés dans les régions francophones de deux pays, la Suisse et la Belgique, grâce à nos réseaux de collaboration et d'échanges en éducation médicale. L'échantillonnage a été intentionnel. Trois spécialités ont été choisies, en fonction de leur particularité en ce qui concerne le raisonnement clinique. En effet, tel que l'a relevé Croskerry, la médecine interne, la médecine générale et la médecine d'urgence sont autant de spécialités dans lesquelles l'incertitude diagnostique, les risques de manquer ou de retarder un diagnostic sont les plus évidents et les plus fréquents^[25]. Nous avons également le souci d'avoir un panel de participants qui soient issus autant d'un contexte hospitalier que d'un milieu ambulatoire et diversifié en termes de genre et d'expérience, tant clinique que pédagogique.

Procédure de recueil des données

Quatre groupes de discussion focalisée ont permis d'arriver à la saturation de nos données, dont deux en Belgique (médecine d'urgence et médecine générale) et deux en Suisse (médecine interne et médecine générale). Un guide d'entretien semi-structuré a permis de centrer les discussions sur : 1) leur manière d'identifier et de gérer les difficultés de raisonnement clinique de leurs internes ; 2) leurs éventuelles difficultés dans la mise en œuvre de ce processus ; 3) leur perception de leur rôle pédagogique ; 4) leur vécu du double mandat clinique et pédagogique et 5) leurs besoins de soutien, de formation et/ou d'outils pour les aider dans ce processus. Les groupes de discussion focalisée ont été conduits par l'une ou l'autre des chercheuses. Ceux-ci, d'une durée d'environ 90 minutes, ont été enregistrés, puis, par la suite, transcrits en verbatim.

Analyse des données

Les données ont été analysées en utilisant les techniques de l'analyse systématique des métaphores^[22]. Cette technique propose un cadre méthodologique rigoureux qui garantit la crédibilité de telles analyses. Une métaphore comprend d'une part un phénomène cible, fréquemment plus abstrait (par exemple : l'internat), et un phénomène source, généralement concret (par exemple : le chemin). Les métaphores peuvent être regroupées en domaines métaphoriques (par exemple : le voyage, qui regroupe des métaphores telles que l'internat comme chemin, le superviseur comme guide, l'interne comme touriste...).

La première étape consiste à récolter les métaphores communément utilisées dans la communauté que l'on souhaite analyser, dans notre contexte, la communauté médicale francophone. Dans la mesure où les métaphores reflètent fréquemment la culture et les normes du milieu observé, cette étape a procuré des informations précieuses aux chercheuses en ce qui concerne le sens à donner au répertoire des métaphores couramment utilisées dans le contexte donné. Cette étape a aidé par la suite les chercheuses

à identifier et à interpréter les métaphores présentes dans leurs données. Pour ce faire, nous avons sélectionné trois articles publiés en français^[26-28]. Nous avons choisi des articles présentant différentes perspectives relatives à la supervision et au raisonnement clinique. Nous avons ainsi pu identifier des métaphores qui ont trait pour la plupart à l'apprentissage dans le contexte clinique, qui est perçu comme « un voyage », « une construction », « une performance artistique », un « sport », une « transaction commerciale », la « transmission d'un héritage », « l'éducation d'un enfant », une « initiation », ou encore une « bataille ». La métaphore faisant référence à la supervision comme un « travail de détective » a été trouvée dans un seul article^[27].

La seconde étape consiste à identifier ses propres métaphores, dans la mesure où nos propres métaphores peuvent contrevenir à une analyse rigoureuse de nos données, en étant par exemple sur-interprétées ou au contraire en représentant une tâche aveugle dans leur interprétation. L'objectif ici est donc d'attirer l'attention des chercheuses sur leurs propres représentations afin que ces dernières ne viennent pas parasiter leur analyse des données récoltées. Pour ce faire, nous nous sommes interviewées et enregistrées en répondant à un certain nombre de questions relatives au rôle de l'enseignant clinicien, à notre manière de décrire le rôle de clinicien, celui d'enseignant, ainsi que les difficultés que nous percevons dans la gestion de ces deux rôles. Les données enregistrées ont été analysées de façon indépendante par les deux chercheuses. Il a été possible de retrouver les métaphores énoncées lors de la première étape ; d'autres ont pu être identifiées, telles que l'enseignant clinicien évoqué comme un « évangéliste », un « juge », un « jardinier », un « mécanicien ».

La troisième étape est celle de la recension de toutes les métaphores trouvées dans les données. Pour ce faire, nous avons commencé par sélectionner cinq pages de la transcription d'un groupe de discussion focalisée et nous les avons codées de façon indépendante. Les accords ne dépassaient pas 50 % à ce stade mais les divergences étaient liées davantage à la non perception d'une métaphore dans le verbatim qu'à des désaccords en ce qui concerne la cible ou la source des métaphores. Après discussion, nous

avons codé cinq autres pages de notre matériau et sommes parvenues à un accord inter juges satisfaisant, nous permettant dès lors de poursuivre le codage séparément.

La quatrième étape consiste à regrouper les métaphores dans des domaines métaphoriques. Nous avons utilisé pour ce faire le logiciel WeftQDA (<http://www.pressure.to/qda/>). Nous avons ensuite relu les données par domaine métaphorique en étant attentives au sens des métaphores, aux ressemblances ou au contraire aux contrastes qu'elles faisaient émerger. Nous avons finalement repris les résultats de notre première étude^[17] afin de les comparer à la lumière de ce deuxième type d'analyse. Nous avons conservé des traces de cette phase d'interprétation sous une forme papier.

Considérations éthiques

Lorsque cette étude a été menée, il n'y avait pas de procédures formelles dans les établissements en ce qui concerne une approbation éthique par un comité d'éthique de la recherche. Nous avons été attentives à informer les participants par e-mail ou téléphone des buts et des processus en œuvre dans notre recherche. Les participants ont tous signé un formulaire de consentement avant la tenue des groupes de discussion focalisée. Les transcriptions ont été traitées de façon anonyme.

Résultats

Identification des domaines métaphoriques

Nous avons pu recenser 20 domaines métaphoriques, parmi lesquels 14 étaient utilisés de manière suffisamment fréquente (plus de cinq fois). Deux domaines n'ont pas été exploités (jardinage et religion) car ils faisaient essentiellement référence à l'activité clinique sans illustrer la supervision d'internes en difficulté. Ces domaines mettent en lumière les représentations qu'ont les participants de leur rôle de superviseur face aux internes présentant des difficultés de raisonnement clinique et de leur vécu de ce rôle.

Ainsi, comme superviseur, ils se décrivent de la façon suivante :

- 1) *Rattrapant les internes égarés*
- 2) *Reconstruisant l'édifice branlant de leur apprenti*
- 3) *Perdant leur sang-froid face à leur bébé devenu un adolescent rebelle et ingrat*
- 4) *Posant un diagnostic de maladie incurable*
- 5) *Contrôlant la qualité du produit*
- 6) *Surveillant le dernier poste frontière*
- 7) *Dirigeant une petite entreprise*
- 8) *Exerçant un jugement et prononçant une sentence*
- 9) *Entraînant des sportifs*

Ils décrivent leur vécu de la façon suivante :

- 10) *Tel un funambule sur une corde raide*
- 11) *Tel un forçat traînant un boulet*
- 12) *Etre embarqué dans une relation violente*

Les citations sont suivies d'une lettre indiquant le groupe dans lequel elles ont été prononcées ainsi qu'un numéro de ligne dans la transcription. Le terme belge « assistant » a été remplacé par « interne » pour rendre le texte homogène.

1. Rattraper les internes égarés

Dans cette perspective, le raisonnement clinique est envisagé comme un « voyage » comprenant plusieurs « étapes ». Dans la perspective des participants, ce voyage n'est pas perçu comme un itinéraire clairement annoncé et bien tracé, bien que l'on s'attende à ce qu'ils trouvent leur chemin par leurs propres moyens. Les internes présentant des difficultés de raisonnement clinique sont perçus comme « des voyageurs perdus, égarés et cherchant sans fin leur chemin ». Les participants décrivent leur rôle comme « s'ils devaient leur courir après », sans évoquer toutefois l'idée de « leur montrer le chemin ».

« Ils ne foncent pas directement vers le plus probable, le plus fréquent, ce qu'on rencontre toujours... donc ils... ils tournent un peu autour du pot ! Mais si ils sont intelligents, ils mettent plus de temps, ils y arrivent... (...) Ils s'égarent un peu... ils s'égarent un peu mais ils arrivent tout de même au... au bon chemin ».
A239-49

« On supervise et on accompagne beaucoup les stagiaires et peut-être pas suffisamment les internes... »

(...) Enfin dans notre système ça se passe comme ça (...) l'interne de 2e année il est un petit peu « lâché dans la nature » » A315-28

2. Reconstruire l'édifice branlant de leur apprenti

Dans ce domaine de métaphores, la pratique clinique est décrite comme un « métier manuel » et l'internat comme un « compagnonnage ». Le rôle du superviseur est de transmettre son savoir-faire et de s'assurer de la qualité du produit fini. Les internes présentant des difficultés de raisonnement clinique sont considérés ici comme des « compagnons échafaudant des constructions instables » ou des « produits de piètre qualité ». Les participants décrivent leur rôle comme une sorte de « reprise en charge du chantier et de reconstruction de l'édifice » en fonction de leurs propres standards de qualité.

« L'anamnèse est incomplète et l'examen clinique est incomplet, euh... et sur la base de ces éléments incomplets, ils construisent quelque chose qui n'est pas stable, il n'y a pas des bonnes fondations ». B317-9

« C'est pourquoi tu dois refaire l'examen clinique... Quand il y a un doute à propos de la qualité, il faut aller le refaire ». B857

3. Perdre leur sang-froid face à leur bébé devenu un adolescent rebelle et ingrat.

Cette série de métaphores fait référence à la relation parent-enfant; l'expérience clinique y est décrite comme un « héritage familial » que les cliniciens enseignants cherchent à transmettre. Lorsque les internes ne présentent pas de difficultés, ils sont perçus comme de jeunes enfants de qui l'on est très proche et que l'on encourage, ou comme des adolescents que l'on conduit progressivement vers l'autonomie. En revanche, lorsqu'ils présentent des difficultés, ils sont décrits comme des enfants gâtés ou des adolescents difficiles.

« Je lui ai dit, ma clientèle n'est pas un terrain... (...) un terrain d'exercice... pour tes caprices... bon... elle a le droit de claquer la porte... mais j'ai le droit de le dire... » A1729-31

« Parfois il y en a qui arrivent un peu plus loin dans leur démarche (clinique), qu'on n'a pas spécialement suivis au pas à pas, ben... parce qu'ils sont en troisième, quatrième année et qu'ils sont quand-même un peu plus grands, et qui viennent vers nous en disant « je peux le laisser partir ? » » B265-8

4. Poser un diagnostic de maladie incurable

Ici, les internes en difficulté de raisonnement clinique sont présentés comme autant de « patients souffrant d'une maladie incurable ». Il est intéressant de noter que si les participants semblent poser le diagnostic de manière aisée, ils ne parlent cependant pas des traitements mis en œuvre.

« Il y a des gens, on se demande comment ils font... ils sont carrément incurables. C348

« On a le choix entre des internes inconscients qui appellent jamais ou des autres qui nous appellent tout le temps ». C190-1

« Moi j'ai le sentiment quand même quand nous avons des internes... je veux dire, si on doit redresser la colonne vertébrale, ça me paraît un travail qui n'est pas à notre mesure, quoi, ce n'est pas possible... » A1069-71

5. Contrôler la qualité du produit

Dans ce domaine, la pratique clinique est décrite comme une sorte de « processus industriel » qui devrait normalement se dérouler sans encombre. Dans ce contexte, le rôle du clinicien enseignant est de superviser le processus. Les internes en difficultés de raisonnement clinique apparaissent comme des « rouages défectueux de la chaîne ». A noter que, à nouveau, nous n'avons pas trouvé de descriptions en lien avec une possible « réparation des pièces défectueuses ».

« Quand nous avons des internes on est en phase d'affinage » A1069-70

« Ceux qui ne progressent pas suffisamment pour après quelques semaines devenir un peu autonome...

suffisamment pour ne pas mettre les patients en danger, effectivement on les sort du circuit... » D526-7

6. Etre de faction au dernier poste-frontière

Dans cette perspective, les cliniciens enseignants utilisent différentes métaphores en lien avec le fait « d'assurer une surveillance » ou de « filtrer le passage vers un nouveau territoire ». Ils paraissent confiants dans leurs capacités à identifier des difficultés, il leur arrive même de « tendre des pièges ». Dans ce cas, leur rôle consiste à « attraper les intrus ».

« Il faut quand-même bien reconnaître que certaines personnes, on ne sait pas comment elles sont passées à travers les mailles du filet pour en arriver jusque-là et ... c'est difficile de leur dire ». B1169-71

« Je crois qu'on doit rester vigilant et avoir cette exigence de... d'être pointilleux » A537-8

« Je pense que si il y'en a qu'on voit, on les voit rapidement mais...(...) il y'en a qui échappent ... » A479-80

7. Diriger une petite entreprise

Les participants se décrivent comme les « gestionnaires d'une petite entreprise », destinée à s'occuper des patients. Ils se doivent de recruter et répartir les internes selon les besoins de leur entreprise.

Dans quelques métaphores, on retrouve la notion d'une entreprise familiale dans laquelle il y a une relation de proximité avec les employés ; dans ce cas, les participants se sentent mal à l'aise avec la notion de gestion des internes qui ne « livrent pas la marchandise ».

« (Ma stratégie) c'était de trier les patients et donc quand je savais que c'était une angine ou une entorse je l'envoyais et si c'était compliqué, je ne l'envoyais pas, quoi ». A919-20

« On essaye de... d'être le grand frère et donc on est pas le boss et le dirigeant... mais à un certain moment il faut l'être !... parce c'est ... c'est ce qu'il faut ... c'est ... on essaye d'être l'accompagnateur mais je pense que dans un cas comme ça, à un certain moment tu dois tout de même dire « maintenant c'est la 10e fois, euuh que tuuu ...que tu loupes un rendez-vous...,

je te l'ai déjà dit » faut tout d'même le dire à un certain moment ! (...) Mais c'est pas toujours évident (...) parce qu'on doit continuer à vivre avec... ça... » A1363-76

8. Exercer un jugement et prononcer une sentence

Les cliniciens enseignants se montrent incertains en ce qui concerne leur légitimité en qualité de « juges », et ceci particulièrement lorsqu'il s'agit de « prononcer une sentence ».

« On ne va pas affronter la personne euh... on va pas faire un jury ...euh Quatre médecins contre etc. on essaye de le faire dans une discussion mais on va quand même ...euh on va le dire ». A1660-2

« Il y a une procédure qui n'est pas simple parce que ça nécessite des courriers, des procédures faites par le chef de service...pour dire y'a un problème etc. ...il faut dire au moins 6 mois avant.. somme toute, je crois que l'espoir de...pouvoir euh...améliorer la situation est tel que finalement on n'arrive jamais dans une situation où on prend cette décision... » C356-9

9. Entraîner des sportifs

Les internes sont décrits dans ce domaine comme autant de joueurs participant à différents sports ou jeux collectifs. Les cliniciens enseignants se considèrent dans ces cas-là comme des entraîneurs, responsables de les aider à développer leur performance et de corriger leurs erreurs si nécessaire.

« Voilà, c'est ça, oui, sans donner la solution, de dire oui, ben... essayer de l'amener par exemple à un raisonnement logique en disant « ben, tu m'as dit ça, tel et tel élément, à quoi est-ce que ça te fait penser ? » Et d'arriver à l'amener sur un cheminement plus logique, corriger le tir mais sans donner le chemin tout tracé ». B568-71

La perception de leur vécu :

10. Tel un funambule sur la corde raide

Les cliniciens enseignants illustrent leur tentative de conjuguer leur double rôle de clinicien et d'enseignant ou encore de coach et de juge en se décrivant

tels des « funambules sur une corde raide ». L'enjeu apparaît alors comme étant davantage lié à leur propre équilibre qu'à la mise en place d'une prise en charge appropriée aux difficultés des internes.

« On regarde aussi si il y a des problèmes psychologiques qui viennent interférer mais après c'est très difficile de faire l'équilibre entre encadrer et ne pas stresser l'interne...euh...à pas faire du harcèlement...euh les internes ont une grosse difficulté, c'est difficile à les prendre en charge euh...on est perçus... y'a un rapport qui est difficile à trouver... » C205-8

11. Tel un forçat traînant un boulet

Les cliniciens enseignants décrivent fréquemment les internes en difficulté comme autant d'entraves à leur travail clinique. Ils évoquent le poids représenté par ces internes, poids dont ils espèrent être libérés.

« Ils sont plutôt un poids pour leurs co-internes et leurs chefs de clinique ». D219-20

« Avec cette discussion, je réalise que faut qu'on arrive à renverser la vapeur... un peu moins de clinique et un peu plus de pédagogique...mais moi je viens de passer une année ou j'ai eu l'impression de tirer et de tirer mes internes... donc ...Y'a des années plus et y'a des années moins...et puis y'a aussi qui est là... qui fait que c'est stimulant ou pas... Y'a des internes qui sont stimulants, hein... alors que d'autres...(rires). » C508-11

12. Etre embarqué dans une relation violente

Bien que ce genre de métaphores soit plus rare, cette dernière métaphore était extrêmement chargée d'émotions. Dans ce cadre-ci, la relation enseignant-enseigné était ponctuellement le lieu d'une sorte d'« acting out » illustrant métaphoriquement une grande violence, au cours duquel les cliniciens enseignants témoignaient de leur perception d'un vécu traumatique, soit par rapport à la hiérarchie qui les « laissent se débrouiller », soit par rapport aux internes présentant de grandes difficultés. Les métaphores dans ce contexte illustraient également la reproduction de cette violence dans la relation d'enseignement.

« Moi, j'ai toujours un exemple flagrant avec cette fameuse interne qui, à mon avis, m'a laissé des séquelles à vie... »

- Elle t'a vraiment traumatisée, celle-là !

- Oui, non ... mais elle était traumatisante, hein... B971-6

« Le problème aussi c'est que on se fait taper dessus par la hiérarchie... » C302

« Je crois qu'on doit être vigilant et avoir cette exigence d'être pointilleux... (dès qu'on a une suspicion de problème) lui mettre un coup de pied (aux fesses) ». A537-9

Interprétation au regard du modèle de Fishbein^[18] utilisé dans le cadre de l'analyse thématique de nos données

Les représentations au niveau du comportement

Le contenu de la plupart des métaphores met en évidence le contraste entre une vision idyllique de l'internat lorsque l'interne n'a pas de difficultés et une vision très négative lorsqu'il en a. L'internat est dans le premier cas décrit comme un processus de développement normal, relativement harmonieux et spontané, et qui ne nécessite par conséquent que peu d'engagement pédagogique de la part des cliniciens enseignants. Ainsi, « les moutons trouvent leur chemin davantage qu'ils ne sont guidés vers les verts pâturages », « les adolescents prennent petit à petit confiance et développent davantage d'autonomie », ou encore « les machines arrivent en fin de ligne de production »... Dans cette vision idéalisée de l'internat, c'est un peu comme si le rôle du clinicien enseignant était de rester vigilant et de réajuster au besoin les choses, plutôt que d'exercer un réel *leadership* pédagogique dans la résolution des problèmes pédagogiques rencontrés. Alors que nous pouvons retrouver, dans la littérature, des métaphores qui mettent en évidence des éléments potentiellement positifs pour le superviseur, tels qu'un sentiment de reconnaissance, de gratification, de fierté par rapport à la remédiation d'importantes difficultés ou encore au fait

d'avoir accompagné et aidé des internes dans le « périlleux et héroïque » processus d'acquisition de leurs compétences^[24, 29-31], nos résultats ne reflètent en rien ces représentations. Quelle que soit la métaphore utilisée, seuls les internes se développant selon les attentes relatives à la perception idéalisée et sans trop demander d'attention pédagogique semblent à même de leur procurer satisfaction.

Les représentations normatives

Nous avons relevé certains domaines métaphoriques « classiques » dans le domaine pédagogique mais dont la cible se réfère ici à la pratique clinique plutôt qu'à l'apprentissage. Ainsi, par exemple, la métaphore du « voyage », qui est très souvent utilisée en éducation médicale^[24, 29-31], ne fait pas référence à l'apprentissage comme un voyage mais bien plutôt au raisonnement clinique, pour désigner la progression vers un diagnostic correct ou une décision thérapeutique. De la même manière, la métaphore de la « construction » renvoie à la gestion de la situation clinique comme un ouvrage plutôt qu'à l'échafaudage de ses compétences par l'interne. Cette utilisation de métaphores ciblant l'activité clinique plutôt que l'activité pédagogique elle-même révèle la présence des normes cliniques, à savoir le bien-être du patient, sur les normes pédagogiques. L'interne « en difficulté » est perçu dans ce cas comme une entrave à la nécessité de prendre en charge le patient ; métaphoriquement parlant, c'est un peu comme si ce dernier venait « mettre des bâtons dans les roues des cliniciens enseignants ». Dès lors, il est assez logique que les participants ne se représentent pas de façon positive la supervision des internes en difficulté.

Les représentations au sujet de leur efficacité personnelle

Les cliniciens enseignants se sentent à l'aise dans un modèle de rôle qui est la plupart du temps implicite et centré sur la dimension clinique. Confronté à un interne en difficulté, ils ne se sentent pas dans une position confortable, se questionnent sur leurs interventions et considèrent de façon générale qu'ils n'ont pas les moyens d'intervenir.

Portrait d'une liaison dangereuse ?

Lorsqu'il s'agit d'interpréter le sens des métaphores, il est important de rechercher ce qu'elles ont en commun mais aussi ce qui les différencie^[22]. Ainsi, nous pensons qu'une différence majeure se dégageant de nos résultats réside dans le niveau d'investissement ou de détachement relationnels que ces métaphores illustrent (figure 2). Nous avons par exemple, d'un côté la métaphore du « contrôle qualité », évoquant de manière plutôt distante des « produits en phase de finition », de l'autre, celle de la « relation parent-enfant », illustrant une implication affective importante. Une seule métaphore, celle du « coach sportif », se situe au centre ; elle nous paraît représenter une dynamique relationnelle plus équilibrée et plus appropriée à une relation pédagogique. En effet, les extrêmes de ce continuum témoignent tant l'une que l'autre d'une perception du problème ou d'une dynamique relationnelle qui ne favorise pas une relation pédagogique appropriée, dans laquelle un superviseur peut enseigner, évaluer et corriger si besoin les étapes de développement des compétences de son apprenant. Une implication trop faible risque d'être préjudiciable pour l'interne dans la mesure où le superviseur rend l'apprenant lui-même ou la formation pré-graduée responsable des difficultés observées et s'en lave en quelque sorte les mains, estimant ne pas être en mesure d'aider l'interne. Une implication trop forte sur le plan affectif risque de rendre les tâches d'évaluation et de remédiation problématiques et pourrait contribuer au développement chez les cliniciens enseignants de sentiments de frustration, et les mettre ainsi à risque d'épuisement.

Discussion

Principaux résultats et implications pour le développement professoral

Les résultats de notre analyse systématique des métaphores utilisées par les cliniciens enseignants évoquant leur gestion des difficultés de raisonnement clinique des internes confirment les résultats issus de

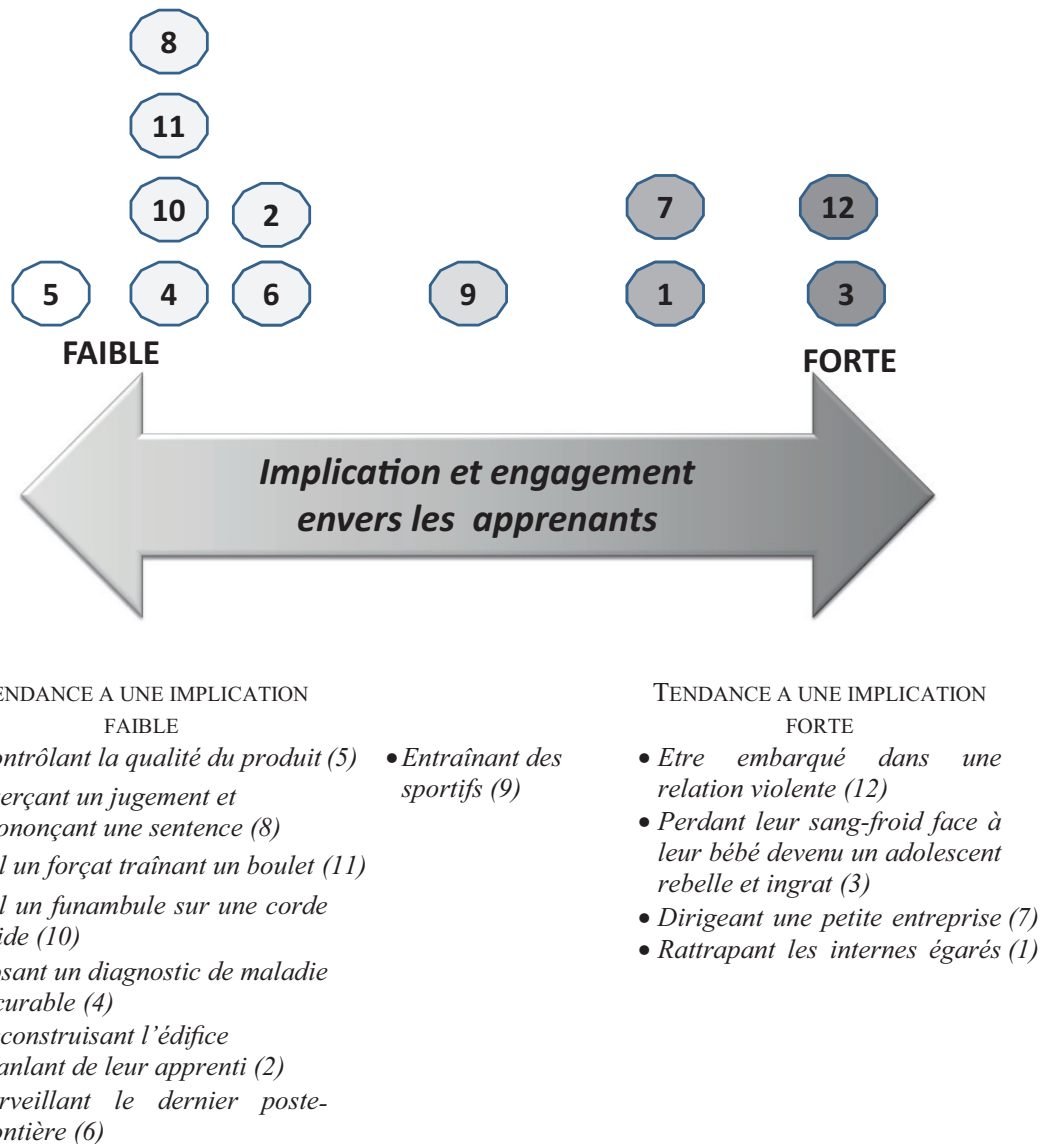


Fig. 2. Les métaphores représentées sur un continuum d'implication relationnelle.

notre analyse thématique, qui mettait en évidence que les participants percevaient généralement le moment de l'internat comme un compagnonnage, au cours duquel l'accent principal est mis sur l'accomplissement de la tâche elle-même, les internes étant considérés dans ce contexte comme des collègues juniors. Dans un tel cadre conceptuel, la tension entre les deux rôles d'enseignant et de clinicien se solde par une focalisation quasi exclusive sur les soins aux

patients. Ce modèle du compagnonnage classique semble mis à mal lorsque se présentent des difficultés dans l'apprentissage. Les participants estiment tantôt que la prise en charge de ces difficultés relève exclusivement de l'apprenant lui-même, tantôt que les difficultés révèlent des déficits au niveau des processus de formation prégraduée. Quoi qu'il en soit, ces difficultés semblent dépasser leurs compétences et/ou leur représentation de leur champ légitime

d'action. De plus, ces difficultés contrarient leur rôle premier, qui est de prendre en charge les patients de manière optimale.

Ces résultats peuvent apparaître surprenants aux lecteurs d'autres pays dans lesquels la période de l'internat est davantage considérée et formalisée comme un temps d'apprentissage et d'évaluation. Les recherches de Rees *et al.* en Grande Bretagne, de même que nos résultats préliminaires relatifs à des groupes de discussion focalisée conduits au Québec, suggèrent que les cliniciens enseignants ont développé dans ce contexte une perspective de leur rôle beaucoup plus active et positive, pédagogiquement parlant^[24].

Ainsi par exemple, certains cliniciens enseignants québécois utilisaient la métaphore du « jardin », se percevant dans leur rôle pédagogique comme des « jardiniers » soucieux du développement de leurs internes, ceci pouvant nécessiter de grands efforts mais leur procurant par ailleurs de grandes satisfactions à la vue de leurs « productions » arrivant à maturité. La métaphore parentale se retrouve aussi, tant en Grande Bretagne qu'au Québec, mais les cliniciens enseignants se considèrent davantage alors comme « des parents aimants de jeunes adolescents capricieux », pour lesquels il est structurant de poser des limites.

Dans cette perspective, de nombreux écrits plaident en faveur d'une prise de conscience de la nécessaire professionnalisation du rôle pédagogique des cliniciens enseignants via le développement professoral^[32, 33]. Dans ce cadre, le développement professoral n'est plus perçu comme un seul développement d'habiletés spécifiques mais également comme un facteur important de changement^[34]. Si la direction du lien entre représentations et pratiques reste controversé (un changement de représentations est-il un prérequis pour un changement de pratiques tel que le suggère le modèle de Fishbein, ou une conséquence de celui-ci via « réflexion sur l'action »^[35] ?), il n'en reste pas moins que de nombreux auteurs ont souligné que le changement et le développement de nouvelles méthodes d'enseignement ne peuvent faire l'économie, que ce soit en aval ou en amont, d'une réflexion au niveau des représentations des enseignants relatives à l'apprentissage et à l'enseignement^[32, 36, 37].

Dans cette perspective, la mise en place de processus réflexifs, tant individuels qu'au niveau des équipes, pourrait contribuer au développement de l'identité professionnelle enseignante des cliniciens enseignants^[36, 38]. Dans ce contexte, les métaphores et leurs évocations pourraient se révéler fort pertinentes et utiles pour susciter la réflexion^[24, 31].

Nous croyons donc que, dans les contextes où le paradigme pédagogique est encore solidement enraciné dans le modèle traditionnel du compagnonnage, la seule mise en place d'ateliers ponctuels, centrés uniquement sur des compétences spécifiques, ne suffira pas à elle seule à garantir le développement et la pérennisation de pratiques pédagogiques appropriées, particulièrement lorsque il s'agit de gérer et corriger des difficultés présentées par les apprenants. Bien que le développement de compétences spécifiques contribue sans aucun doute à développer le sentiment d'efficacité personnelle des cliniciens enseignants, de même qu'à faire évoluer leurs représentations, il faut néanmoins considérer que la transition allant du paradigme de « l'internat comme un compagnonnage » à un autre, postulant « l'internat comme un temps d'apprentissage et d'évaluation », nécessite de tels changements, que seule une approche globale, longitudinale et promouvant la professionnalisation de l'enseignement, peut y arriver^[32, 39].

Forces et limites de l'étude

L'approche qualitative utilisée dans notre recherche comporte certaines limites. Premièrement, cette recherche a porté sur 26 participants, issus de deux pays. Si notre échantillon était diversifié en termes de spécialité clinique, de genre et d'expérience, il était en revanche homogène en ce qui concerne le paradigme pédagogique considéré dans les différents contextes cliniques. Dans la mesure où les métaphores sont imprégnées par la culture concernée^[22], nos résultats ne sont pas transférables dans d'autres paradigmes pédagogiques. Nos résultats sont cependant cohérents avec le paradigme traditionnel du compagnonnage dans lequel, une fois diplômés, les internes sont considérés davantage comme de jeunes

collègues plutôt qu'encore apprenants, susceptibles de recevoir un enseignement et d'être évalués.

Une recherche qualitative telle que la nôtre implique nécessairement un certain degré de subjectivité dans nos interprétations. Nous avons été soucieuses d'accroître la crédibilité de nos conclusions en utilisant avec rigueur la méthodologie proposée par Schmitt^[22]. Nous avons effectué un double codage d'une partie de nos données et avons effectué l'interprétation à deux (triangulation des chercheurs). Nous avons par ailleurs conservé des traces de notre analyse sous forme électronique (codage des domaines métaphoriques dans un logiciel) et papier (notes, schémas produits lors de nos discussions). Enfin, nous avons effectué une triangulation en effectuant des analyses à deux niveaux et en les comparant. En revanche nous n'avons pas effectué de vérification de nos analyses par les participants.

Pistes de recherche

L'utilisation de métaphores est susceptible d'être une piste fertile en matière de recherche. Nous avons analysé les métaphores utilisées spontanément par les cliniciens enseignants et ce afin d'accéder à leurs représentations moins conscientes. D'autres auteurs proposent de demander aux participants d'utiliser intentionnellement des métaphores pour décrire leurs rôles^[22]. L'objectif est alors de stimuler une réflexion tant au niveau de l'individu que d'un groupe. Cette méthode pourrait être utilisée dans le cadre d'ateliers de développement professoral centrés sur l'identité professionnelle des participants et faire l'objet d'études ultérieures. Il serait par ailleurs intéressant d'effectuer ce type d'études dans des contextes différents pour comparer de manière plus systématique l'impact de la culture sur les représentations des cliniciens enseignants. Enfin les internes pourraient être interrogés afin de confronter leurs représentations à celles de leurs superviseurs et étudier leur influence mutuelle en termes de représentations et de pratiques.

Contributions

Valérie Dory a contribué au recueil et à l'analyse des données, à l'interprétation des résultats et à l'écriture du manuscrit. Marie-Claude Audétat a contribué à la conception du protocole de recherche, au recueil et à l'analyse des données, à l'interprétation des résultats et à l'écriture du manuscrit.

Remerciements

Les auteures remercient les cliniciens enseignants ayant accepté de participer à cette étude ainsi que leurs collègues dans les institutions concernées qui les ont aidées à recruter les participants et à interpréter l'analyse thématique des données.

Financement

Ce travail n'a pas bénéficié de source de financement spécifique

Approbation éthique

L'approbation préalable du protocole de recherche n'est pas requise pour ce type d'étude dans les institutions où l'étude a été menée. Le consentement éclairé de tous les participants a été obtenu par écrit. Les transcriptions ont été anonymisées.

Déclaration d'intérêts

Les auteures ne signalent aucun conflit d'intérêt en lien avec le contenu de cet article.

Références

1. Frank JR. Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins. 2005 [On-line]. Disponible sur: http://crmcc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/CanMEDS2005_f.pdf
2. Swing SR. The ACGME outcome project: retrospective and prospective. *Med Teach* 2007;29:648-54.
3. The Foundation Programme. The UK Foundation Programme 2012 Curriculum. 2012 [On-line] Disponible sur <http://www.foundationprogramme.nhs.uk/pages/foundation-doctors>.
4. Janet Y, David J. Predicting the "strugglers": a case-control study of students at Nottingham University Medical School. *BMJ* 2006;332:1009.
5. Yao DC, Wright SM. National survey of internal medicine residency program directors regarding problem residents. *JAMA* 2000;284:1099-104.
6. Dupras DM, Edson RS, Halvorsen AJ, Hopkins Jr RH, McDonald FS. "Problem Residents": Prevalence, Problems and Remediation in the Era of Core Competencies. *Am J Med* 2012;125:421-5.
7. Sanche G, Béland N, Audétat MC. La création et l'implantation réussie d'un outil de remédiation en résidence de médecine familiale. *Can Fam Phys* 2011;57:e468-e472.
8. Hauer KE, Ciccone A, Henzel TR *et al.* Remediation of the deficiencies of physicians across the continuum from medical school to practice: a thematic review of the literature. *Acad Med* 2009;84:1822-32.
9. Smith CS, Stevens NG, Servis M. A general framework for approaching residents in difficulty. *Fam Med* 2007;39:331-6.
10. Hauer KE, Teherani A, Irby DM, Kerr KM, O'Sullivan PS. Approaches to medical student remediation after a comprehensive clinical skills examination. *Med Educ* 2008;42:104-12.
11. Hauer KE, Holmboe ES, Kogan JR. Twelve tips for implementing tools for direct observation of medical trainees' clinical skills during patient encounters. *Med Teach* 2011;33:27-33.
12. Katz ED, Dahms R, Sadosty AT, Stahmer SA, Goyal D, on behalf of the CORD-EM Remediation Task Force. Guiding Principles for Resident Remediation: Recommendations of the CORD Remediation Task Force. *Acad Emerg Med* 2010;17:S95-S103.
13. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale* 2005;6:98-111.
14. Dudek NL, Marks MB, Regehr G. Failure to fail: the perspectives of clinical supervisors. *Acad Med* 2005;80(10 Suppl):S84-S87.
15. Steinert Y, Levitt C. Working with the "problem" resident: guidelines for definition and intervention. *Fam Med* 1993;25:627-32.
16. Audétat MC, Faguy A, Jacques A, Blais JG, Charlin B. Etude exploratoire des perceptions et pratiques de médecins cliniciens enseignants engagés dans une démarche de diagnostic et de remédiation des lacunes du raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale* 2011;12:7-16.
17. Audétat MC, Dory V, Nendaz M *et al.* What is so difficult about managing clinical reasoning difficulties? *Med Educ* 2012;46:216-27.
18. Fishbein M. The role of theory in HIV prevention. *AIDS Care* 2000;12:273-78.
19. Fishbein M, Ajzen I. *Predicting and Changing Behavior*. New York: Psychology Press; 2009.
20. Cleland JA, Knight LV, Rees CE, Tracey S, Bond CM. Is it me or is it them? Factors that influence the passing of underperforming students. *Med Educ* 2008;42:800-9.
21. Park S, Griffin A, Gill D. Working with words: exploring textual analysis in medical education research. *Med Educ* 2012;46:372-80.
22. Schmitt R. Systematic Metaphor Analysis as a Method of Qualitative Research. *Qualitative Report* 2005;10:358-94.
23. Watzlawick P. *Le langage du changement*. Paris: Le Seuil, 1980.
24. Rees CE, Knight LV, Cleland JA. Medical educators' metaphoric talk about their assessment relationships with students: "you don't want to sort of be the one who sticks the knife in them". *Assessment & Evaluation in Higher Education* 2009;34:455-67.
25. Croskerry P. The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. *Acad Med* 2003;78:775-80.

26. Vanpee D, Godin V, Pestiaux D, Gillet JB. Stages dans un service d'urgence : réflexions sur leur apport spécifique dans la formation médicale de base. *Pédagogie Médicale* 2003;4:89-92.
 27. Audétat M-C, Laurin S. Clinicien et superviseur...même combat! *Le Médecin du Québec* 2010;45:53-57.
 28. Nendaz M. Favoriser l'autonomie d'apprentissage. *Pédagogie Médicale* 2004;5:72-74.
 29. Berci ME. The Autobiographical Metaphor: An Invaluable Approach to Teacher Development. *The Journal of Educational Thought* 2007;41:63-89.
 30. Goldstein LS. Becoming a Teacher as a Hero's Journey: Using Metaphor in Preservice Teacher Education. *Teacher Education Quarterly* 2005;32:7-24.
 31. Yung BHW. Examiner, Policeman or Students' Companion: teachers' perceptions of their role in an assessment reform. *Educational Review* 2001;53:251.
 32. Hesketh EA, Bagnall G, Buckley EG et al. A framework for developing excellence as a clinical educator. *Med Educ* 2001;35:555-64.
 33. Academy of Medical Educators. A Framework for the Professional Development of Postgraduate Medical Supervisors. London : Academy of Medical Educators. 2010 [On-line] Disponible sur <http://www.medicaleducators.org/index.cfm/linkservid/C575BBE4-F39B-4267-31A42C8B64F0D3DE/show-Meta/0/>.
 34. McLean M, Cilliers F, Van Wyk JM. Faculty development: Yesterday, today and tomorrow. *Med Teach* 2008;30:555-84.
 35. Devlin M. Challenging accepted wisdom about the place of conceptions of teaching in university teaching improvement. *International Journal of Teaching and Learning in Higher Education* 2006;18:112-9.
 36. Ho A, Watkins D, Kelly M. The conceptual change approach to improving teaching and learning: An evaluation of a Hong Kong staff development programme. *Higher Education* 2001;42:143-69.
 37. Weurlander M, Stenfors-Hayes T. Developing medical teachers' thinking and practice: impact of a staff development course. *Higher Education Research & Development* 2008;27:143-53.
 38. Higgs J, McAllister L. Educating clinical educators: using a model of the experience of being a clinical educator. *Med Teach* 2007;29(2-3):e51-e57.
 39. Brown S. The Institute for Learning and Teaching and UK approaches to accrediting teaching: looking to the future. *Med Teach* 2000;22:513-516.
-
- Correspondance et offprints : Valérie Dory, Clos Chapelle-aux-champs 30 B1.30.15, 1200 Bruxelles, Belgique.
Mailto : valerie.dory@uclouvain.be