

Comment favoriser l'engagement dans les tâches pédagogiques du clinicien enseignant de médecine d'urgence ?

How to promote commitment to the educational tasks by the emergency physician educator?

Céline PERRIN^{1,*} et Nicole POTEAUX²

¹ Université Côte d'Azur, Centre hospitalier universitaire de Nice, Département hospitalo-universitaire de médecine d'urgence (DHUMU), Centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU06), Nice, France

² Faculté des sciences de l'éducation, Université de Strasbourg, Strasbourg, France

Manuscrit soumis à la rédaction le 12 novembre 2018 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 13 janvier 2020 ; accepté pour publication le 20 janvier 2020

Résumé – Contexte : La naissance récente de la médecine d'urgence comme spécialité place le clinicien enseignant de médecine d'urgence au centre des enjeux de l'enseignement clinique de sa spécialité. Une formation aux compétences requises par cet enseignement pourrait ne pas suffire s'il ne rencontre pas les conditions d'engagement dans les tâches pédagogiques sur le terrain. **But :** Identifier les leviers et les freins de l'engagement dans les tâches pédagogiques du clinicien enseignant de médecine d'urgence, selon le modèle « exigences-ressources » de l'engagement. **Méthodes :** Douze cliniciens enseignants du Département Hospitalo-Universitaire de Médecine d'Urgence du Centre Hospitalier Universitaire de Nice ont participé à un entretien en re-situ subjectif suivant l'enregistrement vidéo en perspective subjective d'un dispositif pédagogique en milieu clinique. Les verbatims obtenus par la retranscription des entretiens ont été analysés selon une approche interprétative et confrontés à une grille d'analyse thématique. **Résultats :** L'analyse des entretiens a permis de caractériser l'activité pédagogique mise en œuvre et d'identifier cinq ressources qui la soutiennent, et cinq exigences qui lui font obstacle et peuvent conduire à son abandon pur et simple. Elle a aussi porté l'emphase sur l'intérêt pédagogique de la méthode de recueil, génératrice de rétro-action équilibrée et centrée sur le clinicien enseignant. **Conclusion :** Favoriser l'engagement dans les tâches pédagogiques nécessite d'identifier des axes d'action prioritaires et réalisables. L'entretien en re situ subjectif, en permettant l'analyse du point de vue du clinicien enseignant pendant l'activité pédagogique, serait un moyen d'approcher cet objectif.

Mots clés : clinicien enseignant, médecine d'urgence, engagement dans les tâches pédagogiques, exigences-ressources, perspective subjective, entretien en re-situ subjectif

Abstract. Context: The recent emergence of emergency medicine as a specialty places emergency medicine clinical teacher at the center of clinical teaching issues in his or her specialty. Training in the skills required for such teaching may not be adequate if it does not match the conditions of engagement in pedagogical tasks on the ground. **Purpose:** To identify the levers and brakes of engagement in the pedagogical tasks of emergency medicine clinical teachers, according to the Job Demands-Resources model of engagement. **Methods:** Twelve clinical teachers from the Emergency Medicine Department at the University Hospital Center of Nice took part in a subjective re-situ interview following the video recording of subjective perspective on a pedagogical device in a clinical setting. The verbatim transcripts of the interviews were analyzed using an interpretative approach and compared on a thematic analysis grid. **Results:** Analysis of the interviews made it possible to characterize the pedagogical activities implemented and to identify five resources that supported it, and five demands that stood in its way and could lead to its outright abandonment. It also emphasized the pedagogical interest of the method, which generated clinician-centered

* Correspondance et offprints: Céline PERRIN, Centre d'enseignement des soins d'urgences (CESU06), Pôle d'anesthésie-réanimation-urgences du CHU de Nice, Hôpital Pasteur 2, 30 voie Romaine, 06000 Nice, France.
Mailto: Perrin-goudiaby.c@chu-nice.fr.

and balanced feedback. **Conclusion:** Promoting engagement in pedagogical tasks requires the identification of priority and feasible lines of action. Subjective re-situ interview, that allowed the clinician's own point of view to be analyzed during the teaching activity, would be one way of approaching this objective.

Keywords: clinical teacher, emergency medicine, pedagogical tasks engagement, job demands-resources, subjective perspective, subjective re situ interview

Introduction

Contexte

En France, la médecine d'urgence est devenue officiellement une spécialité médicale d'exercice, reconnue le 13 novembre 2015, avec la publication de l'arrêté qui a créé le diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine d'urgence [1]. Cette discipline doit maintenant relever le double challenge de former des professionnels compétents et d'être attractive pour les étudiants. De plus, les critères d'agrément des structures d'urgence comme lieu de stage pour la spécialité reposent en grande partie sur leur projet pédagogique et la qualité de l'encadrement des étudiants.

Le rôle du clinicien enseignant de médecine d'urgence apparaît alors comme central au regard de ces enjeux, tant dans l'accompagnement des apprentissages des étudiants que dans l'influence qu'il peut avoir sur leur choix de carrière dès leurs premiers stages hospitaliers [2].

Le clinicien enseignant de médecine d'urgence a la double tâche de prodiguer les soins adaptés à son patient et d'enseigner comment les prodiguer. Il doit ainsi posséder la double compétence clinique et pédagogique [3]. En outre, cette tâche déjà complexe s'effectue dans un environnement particulièrement contraignant, caractérisé, pour ce qui concerne la pratique clinique, par un flux de patients soutenu, des pathologies variées, un impératif de décision clinique rapide en contexte d'incertitude majeure et, pour ce qui concerne la pratique pédagogique, par un compagnonnage auprès d'étudiants de niveaux différents [4].

Question de recherche

Les rôles et modalités pédagogiques spécifiques du clinicien enseignant sont bien décrits [5,6] ; si la supervision directe est la modalité pédagogique de choix des apprentissages en contexte authentique, elle est peu mise en œuvre [7]. La médecine d'urgence ne fait pas exception ; l'observation directe au lit du patient, suivie d'une retro-action spécifique centrée sur les apprentissages de l'étudiant, modalité essentielle au service de l'acquisition des compétences professionnelles du jeune médecin, y est rarement pratiquée [8]. De même, si le modèle de rôle a un impact fort sur les apprentissages, il n'est pas toujours adapté ; dans une étude de Wright portant sur les caractéristiques des modèles de rôle, moins de 50 % des cliniciens sont considérés par les étudiants comme de bons modèles de rôle [9].

S'il est alors licite de l'envisager, une formation spécifique du clinicien enseignant à l'acquisition des compétences requises en pédagogie pourrait ne pas suffire, si les conditions d'engagement dans les activités pédagogiques ne sont pas rencontrées sur le terrain.

Quels sont les leviers et les freins à l'engagement dans les tâches pédagogiques du clinicien enseignant de

médecine d'urgence, et comment favoriser cet engagement ? Telles sont les questions auxquelles nous avons tenté de répondre, en analysant, dans le cadre d'un dispositif pédagogique qu'il met en œuvre en contexte de stage, les ressources sur lesquelles ce clinicien enseignant s'appuie et les exigences auxquelles il doit faire face.

Cadre théorique

Schaufeli et Bakker [10] définissent l'engagement comme l'expérimentation dans le travail d'un haut niveau d'énergie (*vigor*), de dévouement (*dedication*) et d'absorption (*absorption*). Ces trois dimensions traduisent l'identification d'un individu vis-à-vis de son travail : la vigueur est déterminée par des niveaux d'énergie élevés et de résistance mentale, par la volonté de fournir des efforts et la persistance face aux difficultés. Le dévouement est caractérisé par des sentiments positifs d'enthousiasme, d'inspiration, de fierté envers son travail et le sens du défi. Quant à l'absorption, elle correspond à un état de concentration tel que l'individu ne voit pas le temps passer et qu'il éprouve des difficultés à se détacher de la tâche qu'il exécute. Demerouti postulait que les conditions de travail pouvaient être classées en deux principales catégories : les exigences et les ressources [11]. Les exigences font référence aux différents aspects physiques, psychologiques, sociaux et organisationnels du travail, générateurs de coûts physiques et/ou psychologiques pour l'individu ; les ressources sont les aspects physiques, psychologiques, sociaux et organisationnels qui permettent d'atteindre les objectifs et de réduire les coûts des exigences.

Concernant les ressources, distinction est faite entre les ressources personnelles (structure cognitive, vécu et expérience, personnalité, schèmes d'action utilisés) et les ressources professionnelles (organisationnelles et sociales). Dans le modèle exigences – ressources (*Job-Demands-Resources (J-DR) model*) présenté sur la figure 1, Demerouti et Bakker [12] mettent en lien les ressources et les exigences du travail avec l'engagement et la performance, et décrivent un cercle vertueux dans lequel le fait de favoriser les ressources personnelles augmente les performances en favorisant l'engagement, et modifie les relations à l'environnement : les exigences deviennent des challenges à relever et des ressources à créer, et ce d'autant plus que l'environnement est initialement contraignant [13].

Le *JD-R* nous a donc servi d'appui théorique du fait de son approche explicative globale compatible avec l'objectif de ce travail de recherche.

Méthodes

Cette étude visait à caractériser les exigences faisant obstacle à la mise en œuvre des activités pédagogiques, ainsi que les ressources les soutenant, à des fins d'identification

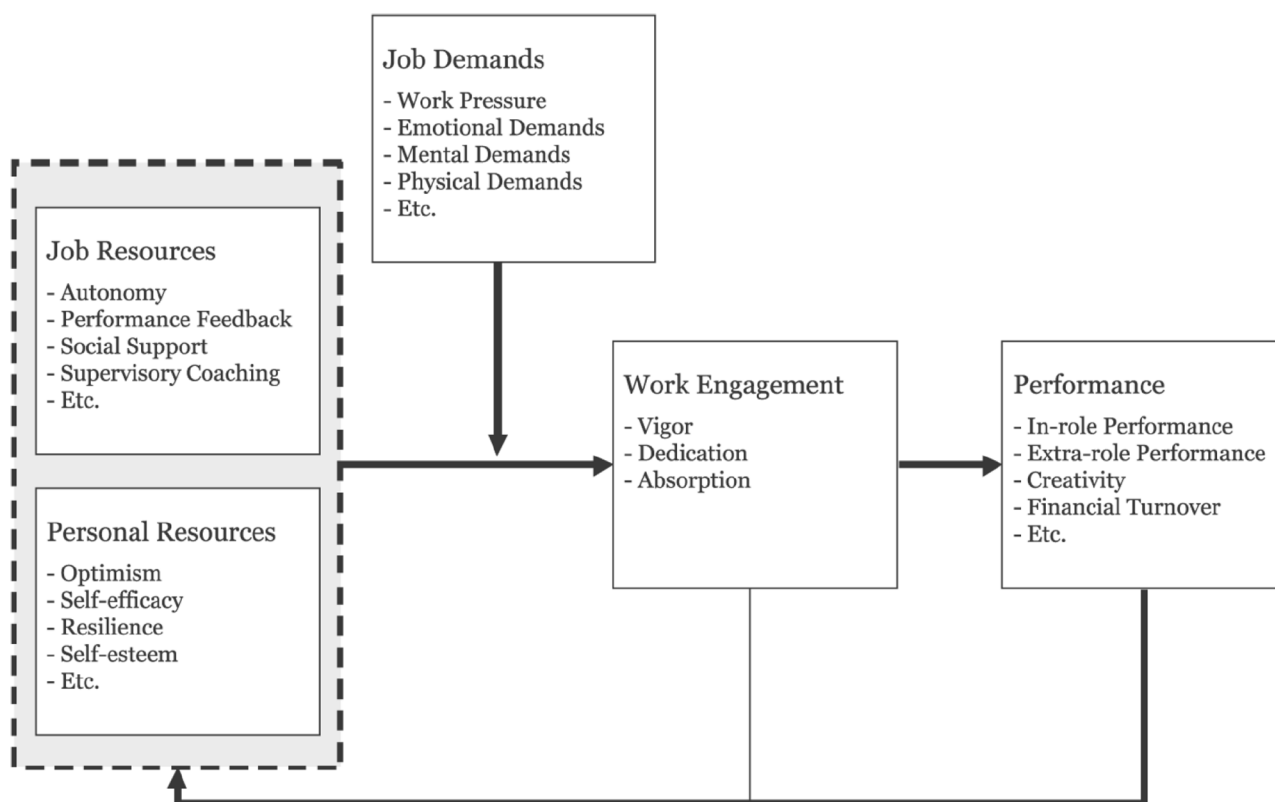


Figure 1. Modèle exigences – ressources (*Job-Demands-Ressources (J-DR) Model*)¹² de l'engagement dans le travail.

des leviers d'action pertinents. L'approche qualitative a été choisie pour sa capacité à rendre explicites les éléments de décision qui sous-tendent l'action.

Terrain

Ce travail a été mené au sein du Département Hospitalo-Universitaire de Médecine d'Urgence (DHUMU) du Centre Hospitalier Universitaire de Nice. Douze cliniciens ont été recrutés pour atteindre la saturation des données. Notre objectif était d'identifier les leviers et les freins à l'engagement dans les tâches pédagogiques. Nous devons pour se faire explorer les différents dispositifs pédagogiques existants, mais aussi les différents contextes de mise en œuvre. Le clinicien urgentiste exerce alternativement en zones de soin médicochirurgicales, salle d'accueil des urgences vitales, unité d'hospitalisation de court séjour des urgences, et ce, sur des périodes pouvant s'étendre à 24 heures. Les enregistrements ont donc été répartis de manière à couvrir les différentes zones de soin, les différents jours de la semaine, et les différentes parties du nycthémère.

Recrutement

Le recrutement a concerné des cliniciens urgentistes exerçant à temps plein, en charge de la supervision des étudiants en médecine, pré- et post-gradués, et pratiquant au moins l'une des modalités pédagogiques spécifiques du clinicien enseignant (supervision, modèle de rôle).

Ils ont été, dans un premier temps, interrogés par courriel sur la ou les modalité(s) représentant majoritairement leur

pratique, parmi trois propositions décrivant, sans les nommer, la supervision par observation directe, la supervision indirecte et le modèle de rôle.

Le questionnaire ne précisait pas à l'égard de quelle catégorie d'étudiant se rapportaient les pratiques déclarées, l'objectif étant ici de vérifier que les acteurs choisis avaient une expérience vécue des modalités décrites. La majorité des cliniciens ont déclaré utiliser la supervision indirecte et le modèle de rôle, rarement la supervision directe; le choix de l'une ou l'autre était spontanément déclaré en lien avec le niveau d'étude des étudiants (le modèle de rôle étant réservé aux plus jeunes) ou bien avec leur degré d'investissement.

Dans un second temps, ils ont été recrutés parmi les catégories ci-dessus en fonction de leur disponibilité pour couvrir l'ensemble de la semaine et du nycthémère.

Bien que le clinicien ait été laissé libre du choix de l'étudiant concerné par l'activité pédagogique documentée, ce choix a souvent été dicté par les conditions du rendez-vous pris avec lui pour le recueil de données; malgré cela, tous les niveaux d'étudiants ont été représentés. Les principales caractéristiques des recrutés sont résumées dans le [tableau I](#).

Recueil des données

Le recueil s'est déroulé sur une période d'un mois au printemps 2018, en deux étapes successives: l'enregistrement vidéographique d'une séquence de supervision en perspective subjective d'abord, puis l'entretien avec le clinicien en re-situ subjectif pendant le visionnage du film

Tableau I. Récapitulatif des principales caractéristiques des acteurs recrutés.

	Genre	Âge	Expérience (en années)	Statut	Niveau de l'étudiant supervisé	Jour	Heure	Lieu
E1	F	31	2	CCA	Interne	Lundi	15 h 00	MCT3
E2	M	48	18	PH	Interne	Mardi	13 h 00	MCT2
E3	F	33	5	PHC	6 ^e année	Jeudi	08 h 00	MCT1
E4	M	39	10	PH	5 ^e année	Vendredi	02 h 30	MCT3
E5	F	35	7	PHC	5 ^e année	Samedi	08 h 30	MCT2
E6	F	32	5	PHC	5 ^e année	Dimanche	18 h 30	MCT1
E7	M	33	5	PHC	5 ^e année	Lundi	11 h 00	MCT3
E8	M	58	30	PU-PH	5 ^e année	Mercredi	16 h 00	SAUV
E9	M	46	15	PH	5 ^e année	Mercredi	10 h 00	MCT2
E10	M	37	10	PH	4 ^e année	Vendredi	20 h 30	CCOA
E11	M	30	2	PHC	5 ^e année	Mercredi	09 h 00	MCT3
E12	M	55	25	PH	5 ^e année	Mardi	11 h 30	UCSU

MCT : zone médicochirurgicale et traumatologique ; CCA : chef de clinique assistant ; SAUV : salle d'accueil des urgences vitales ; PH : praticien hospitalier ; CCOA : circuit court ostéo-articulaire ; PHC : praticien hospitalier contractuel ; UCSU : unité de court séjour des urgences ; PU-PH : professeur des universités – praticien hospitalier.

Ce tableau synthétise les principales caractéristiques des acteurs recrutés et de leur instant d'enregistrement vidéographique.

de son intervention. Les données à analyser étaient constituées par le verbatim issu de la retranscription littérale des enregistrements audio des entretiens.

L'enregistrement vidéographique permet une approche de type ethnographique avec immersion dans le contexte authentique de l'activité observée ; il vise à restituer le caractère global pluridimensionnel de l'activité [14]. Il permet, d'autre part, la restitution de la dimension socioprofessionnelle de l'activité, qui est indissociable des ressources matérielles, des interactions sociales et avec l'espace, des contraintes [15], et qui représente le cœur de ce travail.

La perspective subjective située, qui consiste à enregistrer l'activité telle que le sujet la voit, ne présente pas les inconvénients de l'auto-confrontation de la perspective externe, et minimise les risques d'approche critique de l'action [16,17]. En outre, elle favorise, lors du visionnage, les réminiscences et stimule la reproduction des événements mentaux ayant déterminé les comportements observés [18]. Elle a donc été choisie en accord avec les objectifs de ce travail.

Les enregistrements vidéo ont été réalisés à l'aide de lunettes sans correction de type « lunettes espion » équipées d'une caméra au niveau de la tempe gauche du clinicien. L'accord de l'ensemble des participants et du patient, lorsque sa présence était envisagée, avait été sollicité.

Le clinicien portait les lunettes pendant toute la durée de l'interaction avec l'étudiant, qu'elle inclue ou pas un temps auprès du patient. Il était libre de choisir le dispositif pédagogique à utiliser.

L'entretien en re situ subjectif qui suit l'enregistrement vidéo est ainsi nommé car il « tente de conduire l'acteur à expliciter son vécu en le re-situant, *a posteriori*, au plus près de son point de vue au moment de l'événement » [16,19].

Le clinicien, confronté à l'enregistrement vidéographique, a été invité à expliciter les éléments significatifs de cette activité [20]. Un support d'entretien avait initialement

été créé en lien avec les objectifs de la recherche ; il n'aura finalement pas été utilisé de manière systématique et linéaire : la réflexion du clinicien interviewé a été guidée préférentiellement par la trace enregistrée et par les relances l'encourageant à décrire ce qui faisait sens pour lui, sur des moments de l'action choisis en lien avec les thèmes du guide.

Les douze entretiens ont été réalisés dans les douze heures suivant l'enregistrement vidéo.

Analyse des données

Les verbatims obtenus par la retranscription des enregistrements audio des entretiens ont été analysés manuellement par un seul chercheur selon une double approche, à la fois plutôt déductive et inductive délibératoire : une grille d'analyse thématique, construite *a priori* à l'aide de la littérature produite dans le domaine de l'engagement dans le travail, puis modifiée sur la base des informations recueillies pendant l'analyse même des entretiens, a soutenu ce processus. La grille d'analyse, une fois son élaboration terminée, a été appliquée de nouveau à l'ensemble du corpus. Elle est présentée dans le [tableau II](#).

Tous les participants ont donné leur accord et ce travail a fait l'objet d'un avis favorable du Comité d'éthique de l'université de Strasbourg.

Résultats

Lorsque les cliniciens parlent du dispositif pédagogique qu'ils visionnent, ils envisagent les modalités pédagogiques mises en œuvre, leur relation à l'étudiant, les interactions avec leur activité de soin, avec l'environnement, leurs difficultés et sources de satisfaction. Les principaux éléments issus des entretiens peuvent être regroupés en quatre thèmes : le dispositif pédagogique utilisé, les exigences et les ressources liées à l'activité telles que Demerouti les décrit [figure 1](#) et l'apport de la perspective subjective sur leurs pratiques.

Tableau II. Grille d'analyse thématique.

Thème	Catégorie	Description	Citation
Dispositif pédagogique	Le patient	Le superviseur parle de ses critères de choix du patient dans le dispositif	« Les malades monos pathologiques qui répondent à une question de cours bien typique tu as vraiment envie de les prendre et de leur montrer »
	L'étudiant	Le superviseur parle de la catégorie d'étudiant	« Je pense qu'elle est en 4 ^e année, je pense pas me tromper »
	Le superviseur	Le superviseur parle de ses rapports à l'activité pédagogique	« C'est comme ça, on est là aussi pour former »
	L'intervention pédagogique	Le superviseur décrit les phases, l'organisation de son intervention	« Le design du truc sera toujours le même, il ira toujours tout seul, il reviendra, j'y retournerai avec lui, on fera une petite synthèse »
	Provenance	Le superviseur parle de ce qui est à l'origine de sa conception du dispositif	« En fait, j'ai regardé parmi ceux qui m'avaient formé celui à qui j'aimerais ressembler et je fais pareil »
Ressources	Soutien professionnel	Le superviseur parle des aspects professionnels qui contribuent à maintenir l'activité	« C'est générateur d'excellence ; finalement tu peux pas t'endormir parce qu'il y a toujours des petits gars qui arrivent (..) »
	Support personnel	Le superviseur parle des aspects personnels qui contribuent au maintien de l'activité	« J'ai l'impression d'être utile pour lui, du coup je suis satisfaite et je préfère le matin, il y a plus d'étudiants »
Exigences	Manque	Le superviseur parle de ce qui lui fait défaut dans le dispositif pédagogique	« Je n'ai pas de moyen de savoir si elle a finalement appris quelque chose ou pas »
	Pression du travail	Le superviseur parle des tâches à accomplir dans un temps limité	« Il faut que je gère mon flux, il faut pas que je me laisse dépasser »
	Demande mentale	Le superviseur parle de l'activité mentale supplémentaire générée	« Ça c'est plus difficile, c'est les étudiants plus jeunes, ils donnent des données brutes sans synthèse sans orientation, et là il faut hiérarchiser et faire une synthèse soi-même »
Apport de la perspective subjective	Demande physique	Le superviseur parle de contraintes physiques	« Je ne peux pas quitter la zone tant qu'il y a autant de monde »
	Retro-action	Le superviseur parle d'un effet en retour sur sa pratique ou sa façon de pensée	« Je pensais pas que j'expliquais autant et que je pouvais raisonner tout haut et du coup je me dis que finalement ils comprennent bien ce que je dis »
	Modèle de rôle	Le superviseur parle de ce que l'étudiant lui emprunte	« (rires) elle fait comme moi là, je fais pareil, on prend un sopalin pour écrire en fait les infos médicales »
	Axes d'amélioration personnelle	Le superviseur parle de possibles améliorations concernant sa pratique	« Je vois bien le concept là, il faut que son langage soit plus médical soit hiérarchisé (..) »
	Axes d'amélioration service	Le superviseur parle de possibles améliorations dans le département	« On pourrait le développer (...) et dans la foulée, on cherche des solutions qu'on se propose mutuellement »

Grille thématique intégrant la caractérisation du dispositif pédagogique mis en œuvre, des aspects générateurs de coût physique ou moral (définissant les exigences dans le *J-DR model*) et des aspects tendant à diminuer ses coûts (définissant les ressources dans le *J-DR model*).

Dispositif pédagogique

L'activité pédagogique représente une part significative de l'activité du clinicien, intimement liée à son activité de soin. Elle est décrite comme implicite, culturelle et informelle.

« On participe tous à la formation, mais ce n'est pas formalisé » (Entretien 4 : E4).

« C'est de la pédagogie qui ne dit pas son nom, ou de la pédagogie confraternelle » (E12).

C'est une activité pour laquelle le clinicien est postulé implicitement compétent.

« Personne ne m'a jamais montré comment faire, on m'a juste dit tu vas t'occuper des étudiants » (E3).

Si la durée des enregistrements vidéo varie de trois minutes trente à vingt-quatre minutes, tous les cliniciens

s'accordent pour dire que la durée est plutôt de l'ordre de cinq minutes et dépasse rarement dix minutes.

Le patient vu par l'étudiant ne fait pas l'objet d'un choix particulier le plus souvent. Si un choix est réalisé, il concerne alors soit une pathologie bien maîtrisée par le superviseur, soit un patient prototypique. Exceptionnellement, l'étudiant est volontairement confronté à une situation complexe comme le préconise Tardif [21].

« *Je t'avouerais que je choisis plutôt une pathologie que je connais bien comme ça je sais que je ne raconterai pas de (bêtises)* » (E8).

« *Les malades mono-pathologiques qui répondent à une question de cours bien typique tu as vraiment envie de les prendre et de leur montrer* » (E8).

La supervision indirecte est majoritairement représentée, un seul des douze enregistrements fait état d'une supervision directe. Le clinicien emprunte le dispositif pédagogique d'un modèle de rôle :

« *En fait, j'ai regardé parmi ceux qui m'avaient formé celui à qui j'aimerais ressembler et je fais pareil* » (E6).

Le procédé varie peu quel que soit le niveau de l'étudiant. D'un clinicien à l'autre, les différences portent sur les modalités d'articulation entre elles, des activités d'enseignement et de soin, visant à optimiser la gestion du flux.

« *Le design du truc sera toujours le même, il ira toujours tout seul, il reviendra, j'y retournerai avec lui, on fera une petite synthèse* » (E3).

« *Il va voir seul, il me rend compte à moi et l'interne lui, il fait son taf moi je vais voir des patients aussi et après je jongle avec les deux* » (E9).

Les cliniciens évaluent les besoins d'apprentissage de leurs étudiants d'après le souvenir de leur propre cursus d'étudiant, plus ou moins ancien pour certains. Comme le souligne Audétat [22], ils ont très vite l'intuition des difficultés de raisonnement clinique de l'étudiant, mais les moyens de remédiation associés restent flous et non spécifiques.

« *Les externes de quatrième année et ben, ils ont du mal à faire les liens ils ont du mal à raisonner de manière globale et au fur et à mesure ça s'améliore je pense que c'est aussi en voyant beaucoup de cas et en discutant* » (E11).

Les exigences

Conformément à la description des exigences de Demerouti dans le *J-DR Model* [11], les cliniciens enseignants identifient cinq aspects de l'activité pédagogique générateurs de fatigue, d'inconfort ou imposant un effort, et freinant sa mise en œuvre, voire conduisant tout bonnement à y renoncer : la gestion de la zone de soin, le comportement de l'étudiant non investi, le grand nombre d'étudiant de niveaux variés, la responsabilité, et les difficultés de raisonnement clinique de l'étudiant.

Le clinicien urgentiste gère une zone de soins au flux continu de patients. Cette gestion impose une priorisation et une planification des actions à mener, intégrant le dispositif pédagogique comme action supplémentaire, et cette priorisation est d'autant plus difficile à mettre en œuvre que le clinicien est inexpérimenté. Priorité est donnée au patient en détresse et au cas complexe. Viennent ensuite les actions de gestion du flux et de sécurisation de la zone. L'étudiant se situe ici dans l'ordre des priorités, avant les patients médicaux, les familles, les examens de routine et autres activités.

« *On a cette grosse activité à côté qui doit tourner, parce qu'après, sinon, on n'a plus de brancard, on peut plus examiner les malades, je dois vider le service pour ne pas qu'il s'encombre* » (E7).

« *J'ai vraiment besoin de faire mon idée pour le mettre quelque part, puis du coup c'est carré dans ma tête, ça me permet déjà de le caser dans le truc : ah oui, lui il faudra que je revienne le voir dans une demi-heure, ça c'est bon, je lance le bilan, s'il est bon il va sortir, je revois dans 1 h 30 et puis c'est bon* » (E5).

L'effort pour mettre en œuvre le dispositif pédagogique ne sera consenti que s'il est amorcé par l'étudiant.

« *Il y a les externes qui sont un peu là en mode "tire-fesse accroche-toi si tu peux" et puis ceux qui s'accrochent et qui sont motivés ; ben on ira peut-être du coup un peu plus vers eux, mais ceux qui restent un petit peu dans leur coin et ben malheureusement ils y resteront* » (E10).

Le grand nombre d'étudiants complique l'établissement d'une relation pédagogique et peut conduire au renoncement du clinicien enseignant.

« *Par exemple quand il y a les P2 (étudiant de deuxième année), on se retrouve tout d'un coup avec une horde de P2 qui débarque, et alors la seule chose qu'on peut leur dire de faire, c'est de suivre l'externe ; et alors là, tu as l'externe qui suit l'interne lui-même suivi par le P2... » (E12).*

Le clinicien revoit systématiquement les patients vus par l'étudiant, quel que soit le niveau de ce dernier. Si ce procédé est justifié par le besoin de classer le patient dans les actions à prioriser, il est aussi systématiquement mis en lien avec la responsabilité vis à vis des patients de la zone de soins, et la confiance qui a pu être placée dans la relation avec l'étudiant.

« *C'est mon patient, c'est mon nom ; chaque fois que je signerai (le dossier d') un patient, je vais le revoir* » (E4)

« *Après c'est nous qui nous canalisons aussi notre stress, notre confiance, à travers la façon pédagogique qu'on a de former les internes ou les externes* » (E6).

Les difficultés de raisonnement de l'étudiant sont intuitivement identifiées par le clinicien, mais comme le soulignait Audétat [23], la difficulté à les diagnostiquer et y remédier est source d'inconfort pour le clinicien.

« *Qu'est-ce qu'il me raconte, il y a un truc qui ne colle pas... c'est compliqué hein! d'ailleurs après quand je suis rentré dans la chambre et j'ai vu qu'elle était confuse et que je parlais du principe c'était une confusion aiguë, je me suis dit: oula la, là on a perdu du temps!* » (E12).

Les ressources

Les discours des cliniciens ont permis de mettre à jour les ressources en présence, mais aussi celles faisant défaut. Là-encore, cinq aspects de l'activité pédagogique ont été identifiés comme la soutenant.

Trois sont professionnels: la relation avec l'étudiant, pour la rétro-action positive et l'échange des savoirs qu'elle fournit; l'aspect artisanal de l'activité et l'autonomie dont ils disposent pour la mettre en œuvre.

« *C'est générateur d'excellence; finalement tu ne peux pas t'endormir parce qu'il y a toujours des petits gars qui arrivent, en plus ils ont des connaissances relativement plus fraîches que toi donc ça m'apporte autant que ça peut leur apporter; je pense que ça enrichit mon activité actuelle et ce qui fait que je la fais mieux probablement* » (E4).

« *Ça, c'est bien pour ça, en fait c'est notre propre arbitre, on juge vraiment nous de la façon de faire tout seul* » (E6).

Deux sont personnels: le sentiment d'utilité que génère l'activité, son plein accord avec les valeurs du métier.

« *Je me dis qu'on est peut-être une pierre à l'édifice de l'étudiant qui réussit; J'adore mon travail, je m'y réalise j'ai envie de donner un peu le goût de ça à l'étudiant à travers la discipline* » (E10).

Quant au déficit de ressources, nous relèverons, pour les ressources professionnelles, l'absence de rétro-action, d'objectifs clairs, d'informations à jour ou innovantes, de support social formalisé. Concernant les ressources personnelles, on identifie l'absence de sentiment d'efficacité personnelle.

« *Si on me disait ton truc c'est nul, arrête ça fait des dégâts, j'aimerais savoir* » (E12).

« *Je ne sais plus moi maintenant comment est organisé l'enseignement à la faculté, il n'y a pas d'objectif d'apprentissage purement explicite* » (E9).

« *Je n'ai pas de moyen de savoir si elle a finalement appris quelque chose ou pas* » (E1).

L'apport de l'entretien en re situ subjectif

L'entretien a aidé les cliniciens à prendre conscience des comportements que les étudiants leur empruntent. Cruess [24] décrit cette étape de conscientisation comme l'une des premières à mettre en œuvre pour améliorer le modèle de rôle (*role modeling*).

« *(rires) elle fait comme moi là, je fais pareil, on prend un sopalin pour écrire en fait les infos médicales* » (E1).
« *Il faut qu'il me regarde pour faire du mimétisme, parce que moi je sais qu'il y a des choses que j'ai captées de certains médecins, des choses que j'ai prises et puis d'autres que je n'ai pas voulu* » (E11).

Il fournit d'autre part une rétro-action équilibrée et centrée sur le clinicien, en lui permettant de prendre conscience des stratégies d'enseignement qu'il met en œuvre, et de distinguer celles qui fonctionnent de celles qui sont moins efficaces.

« *Je ne pensais pas que j'expliquais autant et que je pouvais raisonner tout haut et du coup je me dis que finalement ils comprennent bien ce que je dis* » (E9).

« *C'est vrai, en revoyant... comment est-ce qu'on se rend compte de ce qu'a besoin l'étudiant? C'est en les voyant faire, et en regardant comment ils raisonnent et en les écoutant parler parce que sinon on ne peut pas savoir; alors soyons honnête là, je ne l'ai pas vraiment vu* » (E8).

Enfin, la majorité des cliniciens interviewés ont spontanément proposé des axes d'amélioration, portant soit sur leur propre séquence de supervision, soit sur l'organisation générale de l'enseignement dans le département.

« *Je pourrais mieux faire sur l'organisation de la synthèse (...) je vois bien le concept là, il faut que son langage soit plus médical soit hiérarchisé, ordonné, qu'on ait une vision globale du malade plus claire* » (E11).

Discussion

Cette étude se proposait d'identifier les leviers et les freins de l'engagement du clinicien enseignant de médecine d'urgence. Cinq ressources et cinq exigences ont été identifiées comme caractérisant son activité pédagogique. La discussion sera orientée sur des propositions d'actions visant à mobiliser les leviers identifiés comme prioritaires, une mention des apports, une discussion des limites du travail et une identification de voies de recherche.

Favoriser les ressources

Schaufeli et Bakker [25] ont montré en 2004 une relation positive évidente de trois ressources avec l'engagement, sur quatre échantillons différents d'employés allemands: la rétro-action sur les performances, le support social, la supervision par un référent. Llorens *et al.* [26] donnent des résultats identiques dans le cadre d'une étude effectuée en Espagne et y ajoutent le climat innovant et les informations sur le travail à accomplir. Dans notre travail, la rétro-action est pauvre sur le terrain, mais semble être prodiguée de façon efficace par l'entretien en re situ subjectif. Le support social est spontanément recherché par les cliniciens lors de

réunions de pairs informelles, et fait partie des propositions d'amélioration qu'ils suggèrent lors des entretiens. Enfin, la supervision par des référents en pédagogie n'est pas actuellement organisée. En s'appuyant donc sur les données de la littérature, les propositions des cliniciens et les moyens immédiatement disponibles, ou demandant peu d'investissement humain ou financier, trois axes d'amélioration pourraient être prioritairement envisagés.

Concernant le support social, promouvoir les réunions de pairs permettrait de favoriser les échanges et le partage d'expériences, en particulier sur les thèmes émergents dans notre travail que sont l'alliance pédagogique, les objectifs de formation et les difficultés de raisonnement clinique de l'étudiant.

L'entretien en re situ subjectif s'est révélé être une technique pertinente pour délivrer des rétro-actions adaptées sur la performance pédagogique des cliniciens. Ils se sont, en grande majorité, déclarés prêts à recommencer l'expérience, devenant avocats de la technique et recruteurs potentiels auprès de leurs collègues.

Enfin, l'étudiant renforcerait encore la rétro-action envers le clinicien, s'il pouvait laisser une trace de ses apprentissages directement auprès du clinicien enseignant. Les supports techniques pourraient être envisagés secondairement (portfolio, livre de bord électronique), mais un simple livre d'or des apprentissages, laissé à demeure dans la zone de soin pourrait amorcer la démarche.

Diminuer les exigences

Pour Crawford *et al.* [27], les exigences que les employés ont tendance à considérer comme des obstacles sont négativement associées à l'engagement. Dans notre travail, cinq exigences peuvent conduire à interrompre ou abandonner l'activité pédagogique. Là-encore, trois propositions peuvent être apportées pour limiter l'impact de ces exigences.

La première des exigences exprimées par le clinicien de médecine d'urgence est la gestion de sa zone de soin ; il s'agit d'une situation professionnelle spécifique du médecin urgentiste, décrite comme d'autant plus compliquée que le clinicien est moins expérimenté. Favoriser l'acquisition de la capacité « gestion d'une zone de soin » de la part de nos futurs cliniciens urgentistes dès leur formation initiale pourrait diminuer l'impact de cette exigence sur les activités pédagogiques.

Parmi les autres exigences identifiées, deux sont en lien avec l'étudiant ; son comportement investi ou pas et ses difficultés de raisonnement clinique. L'utilisation d'un outil validé permettant d'uniformiser ses modalités d'interaction avec le clinicien enseignant, et centré sur le raisonnement clinique pourrait y remédier. Le SNAPPS, acronyme anglais d'une technique en six étapes de présentation de cas, pourrait être l'outil indiqué ici [28] : l'étudiant résume la situation clinique, propose un diagnostic différentiel, analyse les éléments en faveur ou contre les hypothèses évoquées, interroge le superviseur sur d'éventuelles incertitudes, propose un plan de prise en

charge, et identifie des éléments d'apprentissage à approfondir.

Enfin, s'il est difficile de réguler le nombre d'étudiants en stage, promouvoir l'alliance pédagogique permettrait probablement de clarifier les termes du contrat d'apprentissage entre l'étudiant et le clinicien, en mettant l'emphase sur la confiance, le partage de la compréhension des objectifs, et la négociation des moyens pour y parvenir en tenant compte des contraintes de chacun [29].

Apports, perspectives de recherche

L'engagement dans le travail a souvent été étudié selon une approche quantitative, le concept étant mesurable. Les approches qualitatives sont bien moins nombreuses et, à notre connaissance, il n'existe pas d'autres travaux ayant utilisé l'entretien en re situ subjectif pour l'explorer. Cette méthode favorise une meilleure compréhension de la façon dont les cliniciens interagissent avec les exigences et les ressources caractérisant leur activité, et permet d'envisager des mesures de remédiation centrées sur leur point de vue. Elle s'est aussi révélée être un puissant outil pédagogique, à explorer comme tel, transposé par exemple à la formation continue.

Il serait maintenant intéressant de mesurer l'impact des mesures de remédiation proposées sur le niveau d'engagement en complétant ce travail d'une approche quantitative.

D'autre part, notre travail a porté, pour chaque clinicien interrogé, sur une séquence pédagogique limitée dans le temps ; il serait peut-être utile de rechercher une variation dynamique de l'engagement sur le nyctémère, certains des cliniciens ayant évoqué une préférence pour la période nocturne.

Enfin, d'autres travaux devront s'intéresser à l'impact sur les apprentissages, l'objectif *in fine* de ces propositions étant de les favoriser.

Limites

Même si nous avons tenté de varier les lieux, temporalités et caractéristiques des recueils, nos résultats sont ancrés dans le contexte singulier qui leur a donné sens, contexte ici particulièrement dynamique et évolutif, et donc difficilement reproductible. La transférabilité de ce travail s'en trouve, de fait, limitée, mais notre intention était bien la compréhension de phénomènes dans le contexte décrit. La transférabilité de la méthode, par contre, a déjà été éprouvée aux urgences [19]. Nous aurions les mêmes limites pour la fiabilité : la méthode choisie l'a été directement en lien avec notre contexte et s'est adaptée au cours de la recherche, comme le chercheur aux contraintes de terrain. En ce sens, cette adaptation au plus près des exigences, cœur de ce travail, tendrait à l'enrichir plutôt qu'à le desservir. Concernant la crédibilité des résultats de cette étude, la méthode utilisée a ceci d'original qu'elle tente d'obtenir des données au plus près du point de vue propre de l'acteur. Nous avons, pour la renforcer, envisagé une triangulation des outils de collecte

en ajoutant un enregistrement vidéo en perspective externe, mais la variabilité des lieux de collecte rendait la mise en œuvre irréalisable. Enfin, le chercheur, lui-même urgentiste, a réalisé seul l'analyse des données, soumise à relecture du coauteur; même s'il s'est efforcé d'être le plus neutre possible dans son positionnement et le plus transparent concernant son contexte, ses valeurs transparaissent sûrement ici, ne serait-ce que dans le choix des critères à prendre en compte pour le recrutement.

Conclusion

Le clinicien enseignant de médecine d'urgence porte au niveau opérationnel les orientations pédagogiques de sa spécialité naissante. Il était important d'identifier les variables pouvant influencer positivement ou négativement son engagement dans les tâches pédagogiques, pour choisir les leviers de renforcement à actionner prioritairement. L'entretien en re situ subjectif suivant un enregistrement vidéo en perspective subjective a permis d'identifier dans sa pratique celles de ses ressources qui sous-tendent son activité pédagogique, et celles des demandes qui lui font obstacle. Il a permis aussi de réaffirmer le caractère intimement lié de ses deux activités de soin et d'enseignement qui participent de son identité professionnelle.

Contributions

Céline Perrin a participé à la conception du protocole de recherche, au recueil des données, à l'interprétation et à l'analyse des résultats et à l'écriture du manuscrit. Nicole Poteaux a participé à la conception du protocole de recherche et à sa planification, ainsi qu'à la relecture du manuscrit.

Approbation éthique

Ce travail a fait l'objet d'un avis favorable du Comité d'éthique de l'université de Strasbourg.

Liens d'intérêts

Aucune des deux auteures ne déclare de conflit d'intérêts en lien avec le contenu de cet article.

Références

1. République Française. Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine. 2015 [On-line] Disponible sur : <https://urlz.fr/7qwA>.
2. Passi V, Johnson N. The impact of positive doctor role modeling. *Med Teach* 2016;38:1139-45.
3. Irby DM. Excellence in clinical teaching: knowledge transformation and development required. *Med Educ* 2014;48:776-84.
4. Hoffman KG, Donaldson JF. Contextual tensions of the clinical environment and their influence on teaching and learning. *Med Educ* 2004;38:448-54.
5. Harden RMJC. AMEE Guide No. 20: the good teacher is more than a lecturer – the twelve roles of the teacher. *Med Teach* 2000;22:334-47.
6. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale* 2005;6:98-111.
7. Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B. AMEE Guide No. 27: effective educational and clinical supervision. *Med Teach* 2007;29:2-19.
8. Burdick WP, Schoffstall J. Observation of emergency medicine residents at the bedside: how often does it happen? *Acad Emerg Med* 1995;2:909-13.
9. Wright SM, Kern DE, Kolodner K, Howard DM, Brancati FL. Attributes of excellent attending-physician role models. *N Engl J Med* 1998;339:1986-93.
10. Schaufeli WB, Bakker AB. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *J Organ Behav* 2004;25:293-315.
11. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol* 2001;86:499-512.
12. Demerouti E, Bakker AB. Towards a model of work engagement. *Career Dev Int* 2008;13:209-23.
13. Bakker AB, Hakanen JJ, Demerouti E, Xanthopoulou D. Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *J Educ Psychol* 2007;99:274-84.
14. Heath C, Luff P, Sanchez Svensson M. Video and qualitative research: analysing medical practice and interaction. *Med Educ* 2007;41:109-16.
15. Lave J. Cognition in practice: mind, mathematics and culture in everyday life. Cambridge, New York: Cambridge University Press, 1988.
16. Rix G, Biache M-J. Enregistrement en perspective subjective située et entretien en re-situ subjectif: une méthodologie de la constitution de l'expérience. *Intellectica* 2004;38:363-96.
17. Rix G, Biache M-J. Étude de l'espace dans l'interaction entre une stagiaire d'éducation physique et sportive et ses élèves. *Rev Sci Educ* 2002;28:693-710.
18. Omodei MM, McLennan J. Studying complex decision making in natural settings: using a head-mounted video camera to study competitive orienteering. *Percept Mot Skills* 1994;79:1411-25.
19. Pelaccia T, Tardif J, Tribby E, Charlin B. A novel approach to study medical decision making in the clinical setting: the 'own-point-of-view' perspective. *Acad Emerg Med* 2017;24:785-95.
20. Theureau J. Cours d'action: analyse sémiologique. Essai d'une anthropologie cognitive située. Berne: Peter Lang, 1992.
21. Tardif J. Pour un enseignement stratégique. L'apport de la psychologie cognitive. Montréal: Les Éditions Logiques, 1992.
22. Audétat M-C., Faguy A, Jacques A, Blais J-G., Charlin B. Étude 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.
23. Audétat M-C., Laurin S, Sanche G. Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique – I. Un cadre conceptuel pour identifier les problèmes de raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale* 2011;12:223-9.
24. Cruess SR, Cruess RL, Steinert Y. Role modelling – making the most of a powerful teaching strategy. *BMJ* 2008;336:718-21.
25. Schaufeli WB, Bakker AB. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *J Organ Behav* 25:293-315.

26. Llorens S, Bakker AB, Schaufeli W, Salanova M. Testing the robustness of the job demands-resources model. *Int J Stress Manag* 2006;13:378-91.
27. Crawford ER, Lepine JA, Rich BL. Linking job demands and resources to employee engagement and burnout: a theoretical extension and meta-analytic test. *J Appl Psychol* 2010;95:834-48.
28. Wolpaw TM, Wolpaw DR, Papp KK. SNAPPS: a learner-centered model for outpatient education. *Acad Med J Assoc Am Med Coll* 2003;78:893-8.
29. Côté L. Réflexion sur une expérience de supervision clinique sous l'angle de l'alliance pédagogique. *Pédagogie Médicale* 2015;16:79-84.

Citation de l'article : Perrin C., Poteaux N. Comment favoriser l'engagement dans les tâches pédagogiques du clinicien enseignant de médecine d'urgence ? *Pédagogie Médicale* 2019;20;13-22