



Valeur ajoutée de la supervision du médecin-assistant par un médecin de famille dans une permanence

Diverses initiatives voient le jour pour pallier le manque croissant de médecins de famille. Cet article décrit le projet de la permanence PMU-FLON, géré par l'Institut universitaire de médecine générale de Lausanne. Dans des conditions de travail proches de celles du cabinet médical, les médecins-assistants en formation sont supervisés par des médecins de famille installés en pratique privée, engagés à temps partiel pour ce travail. Le but est d'améliorer la formation dans les différents champs de compétences de la médecine de famille. Qu'ils soient techniques, en optimisant l'utilisation des ressources diagnostiques à disposition, mais également relationnels en intégrant les demandes du patient dans une approche globale. Ce modèle pédagogique novateur qui permet au médecin-assistant de bénéficier des apports spécifiques des différents formateurs est un moyen pour promouvoir une relève de médecins de famille de qualité.

INTRODUCTION

Dans un contexte dominé par la fragmentation de la pratique médicale en de multiples spécialités et un certain hospitalo-centrisme, la tâche du médecin de famille comporte des exigences très particulières et élevées qu'il a dû acquérir lui-même

jusqu'à présent au fil de nombreuses années de pratique. Toutefois, celle-ci reste souvent méconnue de nos centres de formation médicale et encore trop peu de jeunes médecins s'engagent dans cette voie. Il s'agit donc bien d'une spécialisation, d'un noyau essentiel à nos réseaux de soins de plus en plus complexes.

Pour promouvoir une relève suffisante de médecins de famille et pour offrir une éducation médicale de qualité, les autorités du canton de Vaud en association avec la Policlinique médicale universitaire (PMU) et l'Institut universitaire de médecine générale (IUMG) ont créé un nouveau type de formation dans la permanence PMU-FLON; il s'agit d'une permanence médicale créée en avril 2010 au centre de Lausanne où les médecins en formation sont supervisés par un groupe de médecins de famille avec une longue expérience en pratique privée et engagés à temps partiel. Bien que la mission de cette permanence ait été limitée à des premières consultations sans rendez-vous (dans le sens d'une «walk-in clinic»), il s'agit néanmoins d'une plaque-tournante: chaque situation est élaborée, non seulement dans le but de la résolution du problème présent, mais aussi intégrée dans le large champ biopsychosocial en vue de son apprentissage.

Cet article tentera de présenter la plus-value apportée par l'enseignement aux futurs médecins de famille par des praticiens expérimentés dans une structure proche de celle d'un cabinet médical (avec assistantes médicales, radiologie, laboratoire, appareil à électrocardiogramme, possibilités de gérer de la petite traumatologie, etc.).

OBJECTIFS PRINCIPAUX

Nous souhaitons motiver les jeunes médecins à s'engager dans une formation de médecine de famille, leur en faciliter l'apprentissage, leur en donner les bases

Rev Med Suisse 2011; 7: 1095-9

J. Perdrix
R. Gubser
W. Gilgien
T. Bischoff

Added value of family practitioners' supervision of junior doctors in a walk-in clinic

The pending workforce crisis in family medicine has triggered various initiatives. This article describes the PMU-FLON walk-in clinic, a project of the Institute of General Medicine University of Lausanne. The working conditions in this clinic are close to that of a family practice. Doctors in training are supervised by family doctors who work part-time in the clinic. The objective is to improve training in the various fields of family medicine, from technical skills (improving optimal use of diagnostic tools), to integrating patients' requests in a more global patient-centered approach. This new educational model allows doctors in training to benefit from the specific approaches of different trainers. It will contribute to promoting quality family medicine in the future.



Tableau 1. Objectif de la formation à la permanence PMU-FLON

Objectifs

- Stimuler la motivation pour:
 - La spécialisation en médecine de famille
 - La pratique d'une médecine de famille de haut niveau (implique autant un processus continu d'apprentissage et de remise en question, d'échanges académiques avec des collègues d'horizons différents, que le savoir-faire relationnel)
- Créer un état d'esprit positif permettant:
 - Une confrontation constructive avec les difficultés
 - La pratique de la médecine de premier recours en tant qu'*art de soigner* intégré dans le champ de tension entre exigences individuelles et impératifs de société
 - La pratique médicale au long cours en prévenant le «burn-out»
- Enseigner la science de la décision avec:
 - La gestion des probabilités dans le diagnostic différentiel en relation avec le risque des affections envisagées
 - L'intégration de la gestion du temps dans l'analyse décisionnelle

de connaissances nécessaires, et, point important, leur donner du plaisir à cette profession, ceci également en intégrant les outils pour en gérer le stress et les tensions qui en résultent.

En d'autres termes, nous voulons (tableau 1) stimuler la motivation pour la spécialisation en médecine de famille et favoriser une pratique de haut niveau (ce qui sous-entend autant un processus continu d'apprentissage et de remise en question, d'échanges académiques avec des collègues d'horizons différents, que le savoir-faire relationnel). La création d'un état d'esprit positif doit permettre une confrontation constructive avec les difficultés, une pratique de la médecine de famille en tant qu'*art de soigner* intégrée dans le champ de tension entre exigences individuelles et impératives de société. Une bonne pratique de la médecine de famille devrait également permettre de prévenir l'épuisement du soignant, complication relativement fréquente bien que sous-évaluée au sein du corps médical.^{1,2} Un autre objectif est l'enseignement de la science de la décision intégrant tant la gestion des probabilités dans le diagnostic

différentiel en relation avec le risque des affections envisagées, que la gestion du temps dans l'analyse décisionnelle.

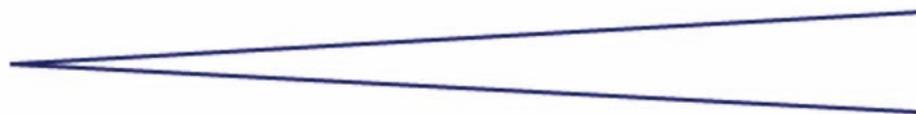
NOTRE PERMANENCE COMME PROJET-PILOTE DE FORMATION

Où la pratique de la médecine de famille doit-elle être enseignée? Cette question fait référence à ce que l'on peut considérer comme un «gradient pédagogique», entre l'hôpital universitaire et le cabinet médical (figure 1). Alors que la grande partie de l'enseignement se base sur l'hôpital, l'assistantat au cabinet du médecin de famille existe de longue date et la volonté est actuellement forte de développer cette possibilité dont la disponibilité est encore insuffisante. Dans cette chaîne pédagogique, la permanence PMU-FLON est un maillon intermédiaire entre la pratique ambulatoire universitaire classique et le cabinet médical qui se distingue par différentes caractéristiques, en permettant d'élargir le champ de formation (tableau 2). Les médecins-assistants de la PMU font un tournus de six à douze se-

Tableau 2. Spécificités

Contexte habituel hospitalier	Contexte permanence PMU-FLON
Insertion dans le centre hospitalier	Extra-muros au centre ville
Environnement hospitalier, plateau technique large et disponible	Environnement type cabinet de groupe, plateau technique limité
Personnel administratif et infirmier	Assistantes médicales
Médecins en formation et supervision	
Chefs de cliniques, approches fraîchement acquises, plutôt EBM et académiques	Médecins de famille installés en privé depuis plusieurs années, qui n'ont pas forcément été dans un rôle de supervision. Approches EBM et «Practice based», approche de la complexité
Valorisation par l'autonomie et la qualité du travail	Mise en avant du processus d'échange avec le superviseur objectif = meilleur savoir-faire/être

Où enseigner la Médecine de famille?



«Gradient pédagogique pour l'enseignement de la Médecine de famille»

Figure 1. Lieux d'enseignement de la médecine de famille



maines dans notre permanence, ayant ainsi la possibilité de se confronter à la médecine générale et à une équipe de médecins de famille-superviseurs dont les horizons, les styles et les formations offrent une grande diversité. Cette dernière donne au médecin en formation la possibilité de se forger un style et une approche du patient propre à sa personnalité et à ses aptitudes.

En formation hospitalière, le médecin-assistant est fréquemment valorisé par l'autonomie et la qualité de son travail. Dans le cadre de la supervision, le paradigme est changé : ce n'est plus l'autonomie mais plutôt le processus d'échange entre médecin-assistant et superviseur qui est mis en avant-plan. Plus particulièrement, c'est la quantité – la qualité aussi – des informations et des expériences échangées, qui permettent d'atteindre un meilleur savoir-faire et savoir-être dans cette pratique médicale ambulatoire où les ressources immédiates sont limitées.³

La réussite d'un tel processus nécessite l'engagement des deux parties dans un partage ouvert aux confins des connaissances médicales de chacun. Il faut autant apprendre à gérer l'ignorance qu'à planifier de manière rationnelle les examens, traitements en proportion du risque et du contexte d'un patient donné.

Au vu de la prévalence très différente des maladies entre hôpitaux et cabinets médicaux, la présence d'un médecin de famille-superviseur expérimenté permet de pondérer le savoir hospitalier. Le temps d'enseignement disponible permet également un engagement des superviseurs comme possibles modèles, tant sur le plan relationnel que médical.^{4,5}

QUELQUES APPORTS-CLÉS LIÉS À L'EXPÉRIENCE D'UN MÉDECIN DE FAMILLE – SUPERVISEUR

Le succès d'une prise en charge médicale – qui consiste aussi à savoir faire passer la complexité médicale dans la simplicité d'un entretien – dépend profondément de la relation de confiance entre médecin et patient. Cette confiance ne peut s'établir que si le médecin prend aussi plaisir à la consultation, refuse la routine, l'ennui et la banalité, développe une curiosité pour chaque situation, accepte la diversité de la relation et le défi que représente la compréhension de la demande du patient. L'expression de cette curiosité ne peut pas se faire harmonieusement sans compétences communicatives (*communication skills*). Des pistes pratiques, mais aussi des conseils de lectures ou de formations complémentaires, peuvent être donnés par les superviseurs. Ceux-ci, compétents pour investiguer et reconnaître le motif profond de la consultation, sensibles à explorer les représentations du patient (souvent éloignées de la pensée médicale), habitués à établir prudemment des liens entre plaintes physiques et situation psychosociale, formés souvent en médecine psychosomatique, voire en psychothérapie, transmettent alors au médecin en formation de nouvelles approches dans l'abord complexe du patient (**vignette clinique**).

Sporadiquement, une consultation sera reprise par le médecin de famille-superviseur, donnant au médecin-assistant la possibilité de se confronter à diverses approches relationnelles, voire thérapeutiques. Ceci est le cas lorsque

Vignette clinique

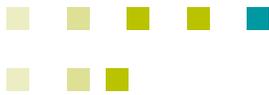
M. A., 38 ans, consulte en urgence un mardi matin pour une symptomatologie discrète évoquant une rhinosinusite avec une légère toux évoluant depuis environ trois semaines. Ces symptômes ORL sont accompagnés d'une symptomatologie générale polymorphe avec de nombreuses questions de la part du patient. Sans qu'elle n'en comprenne la raison, cette consultation, qui ne met pas en évidence de constatations somatiques très saillantes, génère une frustration et une irritation sous-jacentes de la médecin-assistante qui l'examine. Lorsqu'elle présente cette situation au médecin de famille-superviseur qui est présent ce jour-là, après discussion de la situation d'un point de vue somatique, la question de la demande véritable du patient est évoquée avec un possible agenda caché et la médecin-assistante est vivement encouragée par son superviseur à explorer et préciser la situation sur ce plan. Lors de la seconde discussion (que la médecin-assistante n'entreprend initialement qu'à contrecœur) qui a lieu dans les minutes qui suivent, une problématique psychosociale lourde avec un conflit conjugal actif se fait rapidement jour. A l'issue de la consultation, avec une discussion réflexive, le patient exprime spontanément sa satisfaction d'avoir pu échanger sur ce problème, part sans examen ni traitement physique spécifiques, la problématique initiale étant passée au second plan et la médecin-assistante rapporte cet échange à ses pairs avec enthousiasme au cours d'une présentation de situations marquantes.

la gestion relationnelle avec le patient est difficile, lorsque la pression en vue d'examen inutiles et coûteux est importante, lorsque s'expriment des plaintes multiples ou lorsque le contexte psychosocial est complexe.

Outre l'établissement d'une relation de confiance, l'observation et la connaissance du patient donnent également des critères *positifs* pour l'établissement d'un diagnostic de «troubles fonctionnels». En présence de tels critères, le médecin en formation apprend à temporiser la prescription d'examen complémentaires et à gérer l'incertitude dans la durée, pour lui-même et avec le patient, tout en tenant compte de l'urgence du diagnostic différentiel et du risque.

De manière plus générale, sur le plan biomédical, le médecin-assistant apprend, non seulement à travers les connaissances mais aussi à travers l'expérience et l'intuition du clinicien expérimenté, à trier des hypothèses diagnostiques par probabilités en intégrant l'ensemble des informations cliniques et paracliniques à disposition. Cette approche de l'analyse décisionnelle va lui permettre de gérer le temps, de prendre des risques mesurés, de programmer raisonnablement des examens souvent coûteux et, finalement, de ne pas figer le patient dans un engrenage médical inutile.

En outre, nombre de pathologies sont peu abordées en milieu hospitalier ou universitaire (par exemple : nombreuses affections douloureuses de l'appareil locomoteur) et l'échange avec des praticiens expérimentés va permettre au jeune médecin un apprentissage accéléré de ce type de troubles. En dehors des champs de connaissances mentionnés, il en va de même pour l'apprentissage de gestes techniques (examen clinique, chirurgie ambulatoire, radiologie, etc.) où l'échange quotidien améliore la qualité médicale tant chez les médecins-assistants que chez les médecins-superviseurs.



A chaque présentation clinique, cette confrontation contribue à faire découvrir au jeune médecin en formation la richesse des champs de réflexions et d'applications en médecine de famille, elle l'aide à prendre conscience de la nécessité de larges connaissances médicales somatiques et psychiatriques, elle le motive pour une médecine de haut niveau, elle l'aide à cibler son apprentissage et ses lectures vers ses besoins futurs de médecin de famille. Ces expériences partagées lui confèrent des outils pour reconnaître et gérer mieux ses propres limites, son incertitude et son angoisse. En cela, elles sont primordiales.

Dans ce type d'enseignement, le médecin-assistant découvre dans l'échange le mode de fonctionnement en réseau de ses aînés praticiens. Il apprend comment mieux s'appuyer sur des collègues (autres médecins de famille ou médecins d'autres spécialités) pour gérer la complexité d'une prise en charge, comment apprivoiser aussi son propre stress, comment faire le trait d'union entre une médecine académique pointue et le monde du patient, comment harmoniser et adapter à la situation particulière d'un patient donné les recommandations hospitalières ou spécialisées aux exigences multiples.

En résumé, le médecin de famille-superviseur permet une accélération du processus d'apprentissage en vue d'un meilleur savoir-être et savoir-faire dans les nombreuses exigences de la médecine générale.

AVENIR: CIBLER LES INTERVENTIONS NÉCESSAIRES AUX FUTURS MÉDECINS DE FAMILLE

Dans un premier temps, notre projet-pilote a laissé le champ libre à chacun des formateurs pour optimiser sa supervision et son enseignement, laissant ainsi place à une riche diversité. Dans la supervision, la relation triangulaire patient – médecin-assistant – superviseur est subtile et doit être en permanence ajustée afin que chaque composante en soit respectée dans son autonomie et ses compétences. Nous travaillons régulièrement ces aspects pédagogiques avec les médecins superviseurs, notamment par la pratique de jeux de rôle impliquant diverses situations de supervision.

Par la suite, il s'agira d'une part d'étudier l'impact et l'utilité de l'enseignement par des médecins de famille-superviseurs sur le devenir des médecins en formation et, d'autre part, de rechercher les attitudes les plus propices à un apprentissage de qualité et de mieux cibler les objectifs.

ENJEUX POLITIQUES ET SOCIAUX

La promotion d'une relève suffisante de médecins de famille a été mentionnée dans les objectifs prioritaires. L'apprentissage d'une planification réfléchi des examens

et traitements médicaux et l'amélioration dans l'approche de situations relationnelles difficiles va de pair avec une réduction des coûts en médecine et une meilleure économicité en santé publique.⁶ L'expérience du superviseur et sa conscience des coûts peuvent permettre de faire le choix le moins onéreux sans perte de qualité. Il en va de même dans la difficile détermination de l'incapacité de travail en fonction de la maladie et de la profession du patient, décision dont l'importance de l'enjeu est souvent sous-estimée en milieu hospitalier.

Finalement, l'instauration d'un partage entre un médecin-praticien et un médecin-assistant crée un pont entre les milieux ambulatoire et hospitalier, un partage que nous souhaitons fructueux et respectueux pour une meilleure compréhension, collaboration et harmonisation dans la prise en charge du patient dans son réseau de soins.

CONCLUSION

Dans cet article, nous avons souhaité présenter d'une part notre projet-pilote en phase initiale lié à l'Institut universitaire de médecine générale, et d'autre part l'intérêt de former les futurs médecins de famille dans une permanence médicale sous supervision de praticiens expérimentés en médecine ambulatoire de cabinet. Ce projet vise à promouvoir la médecine de famille dans un système de soins dont la complexité croissante rend une relève médicale suffisante et de haut niveau, centrale et indispensable. ■

Implications pratiques

- > Dans un contexte d'urgences ambulatoires, la supervision des médecins-assistants peut être réalisée par des médecins de famille installés
- > Cette supervision peut apporter rapidement des éléments de compétences spécifiques à la médecine de famille dans le savoir-faire technique (problèmes spécifiques, gestion de l'incertitude)
- > Elle peut également permettre au médecin-assistant d'acquérir des compétences relationnelles

Adresse

Drs Jean Perdrix, Roger Gubser et Willy Gilgien
Pr Thomas Bischoff
Institut universitaire de médecine générale
CHUV, 1011 Lausanne
jean.perdrix@hospvd.ch
roger.gubser@hin.ch
willy.gilgien@hospvd.ch
thomas.bischoff@hospvd.ch

Bibliographie

- 1 Goehring C, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: A cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly* 2005;135:101-8.
- 2 Hampton T. Experts address risk of physician suicide. *JAMA* 2005;294:1189-91.
- 3 * Patrick G. What learners and teachers value most in ambulatory education: Academic medicine. *Acad Med* 1999;74:186-91.
- 4 * Gordon J. One to one teaching and feedback. *Br Med J* 2003;326:543-5.
- 5 * Egniew TR, Wilson HJ. Role modeling the doctor-patient relationship in the clinical curriculum. *Fam Med* 2011;43:99-105.
- 6 Starfield B. Primary care: Balancing health needs, services, and technology. Revised. New York: Oxford University Press, USA; 1998.

* à lire
** à lire absolument