

Que faire d'un stagiaire dans votre consultation ?

Rev Med Suisse 2010; 6: 1026-30

**S. Félix
R. Bonvin
T. Bischoff**

Drs Sylvie Félix et Raphaël Bonvin
Unité pédagogique
Faculté de biologie et de médecine
UNIL
Rue du Bugnon 21, 1011 Lausanne
sylvie.felix@unil.ch
raphael.bonvin@unil.ch

Pr Thomas Bischoff
Institut universitaire de médecine
générale (IUMG)
Rue du Bugnon 44, 1011 Lausanne
thomas.bischoff@hospvd.ch

Tips for hosting a medical student in a PC consultation

Hosting a medical student in one's primary care consultation challenges the practitioner to be a clinical teacher as well as providing high-quality patient care. A few tips can make this double task easier. Before the consultation it is possible to define the student's learning objectives and to plan the consultation. During the consultation itself some teaching models exist (One minute preceptor, SNAPP) that facilitate the teaching by maximizing the teaching moments for each student-patient encounter. And finally after the consultation a time of reflection where both student and clinical teacher can think about what went well and what could be done better.

Accueillir un étudiant dans son cabinet demande au médecin de premier recours de jongler entre les exigences de l'enseignement et celles de la prise en charge adéquate de sa patientèle. Quelques dispositions simples peuvent faciliter la gestion de cette double tâche. Avant la consultation, il s'agit de planifier l'interaction étudiant-patient en clarifiant les objectifs d'apprentissage de l'étudiant et en organisant le rythme de la consultation. Pendant la consultation, certaines techniques (*One-minute preceptor*, SNAPP) permettent au médecin de profiter de chaque rencontre étudiant-patient pour enseigner avec un maximum d'efficacité. Et finalement après la consultation, un bilan des performances tant de l'étudiant que de celles de l'enseignant permet aux deux de s'améliorer.

INTRODUCTION

L'académisation de la médecine générale implique non seulement des efforts dans le domaine de la recherche, mais également dans l'enseignement de notre discipline. Dans cette période de pénurie menaçante, il est essentiel à la fois d'intéresser les futurs collègues à notre spécialité et de transmettre les objectifs spécifiques comme ils ont été décrits par la «Définition européenne de la médecine générale – médecine de famille» de Wonca Europe (tableau 1). Pour cet enseignement, le cabinet du médecin de famille est certainement l'endroit idéal, tant pour la formation pré- que postgraduée. Il s'agit d'un enseignement fréquemment individuel (*one-to-one*), parfois

en petits groupes. Les conditions et contraintes du cabinet et la complexité des situations et des sujets à enseigner rendent cet enseignement très exigeant pour aller au-delà de l'illustration simple. La structuration du travail de l'apprenant et certaines techniques pédagogiques sont donc utiles pour le faire profiter de son séjour au cabinet. Mais le succès de l'enseignement de la médecine générale dépend surtout de l'enthousiasme et de l'engagement du grand nombre de médecins de famille installés qui contribuent à la formation d'une relève suffisante et qualifiée.

ACCUEILLIR UN ÉTUDIANT

La réforme des études de médecine, initiée en 2004, souligne, entre autres, la nécessité d'exposer davantage les étudiants à la médecine de premier recours. Dans cette optique, l'École de médecine de la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne impose depuis le 1^{er} mai 2010, un mois de stage obligatoire au cabinet du praticien. Les stages changent de place dans le cursus, passant de la cinquième à la sixième année de médecine, désormais nommées deuxième et troisième années de master (M2 et M3). L'importance des stages est soulignée par l'obtention de crédits servant à valider l'année et non plus une simple signature. Le but de cette démarche est d'améliorer la qualité des stages et d'augmenter le bénéfice que les étudiants en retirent.



Tableau 1. Caractéristiques de la discipline de la médecine générale – médecine de famille

(Définition européenne de la médecine de famille, Wonca 2002, www.kollegium.ch).

- A. Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée
- B. Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient
- C. Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires
- D. Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée
- E. Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient
- F. Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires
- G. Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient
- H. Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide
- I. Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace
- J. Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté
- K. Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle

Les défis de l'enseignement en milieu ambulatoire sont différents de ceux du milieu hospitalier. Les objectifs d'apprentissage établis par l'Institut universitaire de médecine générale (IUMG) en attestent (tableau 2). En ambulatoire, le rythme de consultation est soutenu. S'il n'est pas maintenu, le mécontentement des patients et, à terme, une diminution des revenus peuvent être craints. En accueillant un stagiaire, le médecin enseignant peut donc se trouver confronté à des soucis d'organisation et de place. Cette situation peut le mener à laisser l'étudiant observer plutôt que faire lui-même, à lui poser des questions factuelles

Tableau 2. Objectifs d'apprentissage fixés par l'IUMG pour les stages en cabinet

IUMG: institut universitaire de médecine générale.

Objectif général

L'étudiant est capable de comprendre la prise en charge globale du patient dans un cabinet d'omnipraticien en tenant compte des polyopathologies, du suivi au long cours, de l'aspect psychosocial et professionnel

Objectifs spécifiques

- Comprendre la spécificité de la pratique en cabinet de premier recours
- Pratiquer les gestes techniques courants de la consultation d'un omnipraticien
- Pratiquer un diagnostic différentiel des affections courantes au cabinet et savoir les traiter
- Comprendre et identifier les cinq axes de la médecine générale et les mettre en pratique:
 - axe patient
 - axe scientifique
 - axe critique
 - axe communauté
 - axe entreprise

plutôt que de le faire raisonner ou lui donner des cas simples aux diagnostics établis plutôt que des cas plus complexes qui demandent réflexion.¹

Accueillir un stagiaire dans sa consultation met le médecin au défi de donner un enseignement efficace et adapté à l'étudiant tout en prodiguant des soins de qualité au patient.

Le médecin n'a pas uniquement un rôle d'enseignant au sens strict, mais adopte aussi le rôle de maître d'apprentissage et de modèle en transmettant son savoir, son savoir-faire et son savoir-être et en accompagnant l'étudiant dans sa progression.

En se basant sur un modèle d'enseignement décrit par Ferenchick et coll.,² nous pouvons proposer à nos collègues quelques conseils pour les aider à intégrer un étudiant dans leur pratique en adoptant une stratégie en trois temps:

- Avant: planifier l'interaction étudiant-patient.
- Pendant: enseigner avec le patient.
- Après: réfléchir sur l'enseignement.

AVANT: PLANIFIER L'INTERACTION ÉTUDIANT-PATIENT

Cette étape comporte différentes manières de préparer l'étudiant à rencontrer les patients de manière efficace, que ce soit au niveau global (tout le stage) ou plus particulier (une interaction avec un patient).

Définition des objectifs du stage

Un des éléments clés de la planification est de définir les objectifs d'apprentissage (par exemple, s'exercer à la prise en charge de telle pathologie). Une discussion préalable des objectifs d'apprentissage avec l'étudiant au début du stage permet d'élaborer un projet commun. A Lausanne, l'IUMG propose un modèle pour l'établissement d'un contrat pédagogique.

Organisation de l'agenda de consultation

Dans les semaines qui précèdent l'arrivée de l'étudiant, on peut demander aux patients qui ont besoin d'un bilan ciblé (patients avec diabète ou hypertension qui commencent un nouveau traitement, par exemple) leur accord pour qu'ils soient vus par l'étudiant lors d'une prochaine consultation.

Il est possible d'organiser les rencontres entre les patients et l'étudiant sans perte d'efficacité dans le déroulement de la consultation en organisant la venue des patients en «vagues» (figure 1). Cette méthode permet à l'enseignant de voir ses patients et d'avancer dans sa consultation tout en donnant aussi à l'étudiant la possibilité de voir les patients et de bénéficier d'une supervision dans un cadre adapté.

Le nombre optimal de consultations faites par l'étudiant varie avec le niveau de l'étudiant et les objectifs de son stage. Au début, l'étudiant devrait voir des patients avec lesquels la communication est aisée et qui présentent des symptômes et signes typiques de maladies fréquentes. Ainsi, l'étudiant peut se forger une expérience et des représentations des affections courantes. Les étudiants plus avancés peuvent voir des patients qui présentent des

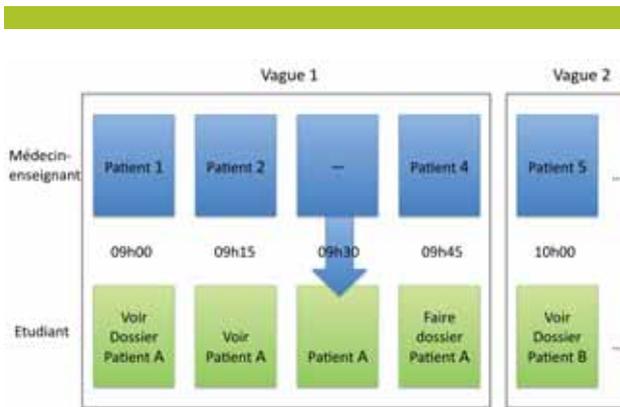


Figure 1. Exemple d'organisation en vagues³

pathologies plus complexes ou des problèmes cliniques sans diagnostic posé afin qu'ils apprennent à travailler dans un contexte d'incertitude qui reflète de manière plus réaliste le quotidien du médecin de premier recours.

Orientation de l'étudiant

En une minute, l'enseignant peut orienter l'étudiant avant qu'il ne voie son patient. En lui donnant quelques indications sur le patient et les objectifs de la consultation, il donne à l'apprenant le cadre dans lequel il doit évoluer (tableau 3).

Informations utiles à l'étudiant :

- Quelques mots sur l'histoire médicale du patient.
- Sur quelle plainte se concentrer.
- Indications sur le status à réaliser.
- Fixer une limite de temps pour l'entretien.

Le moment de l'orientation est aussi utile à l'enseignant pour indiquer à l'étudiant s'il y a des sujets sensibles qu'il vaut mieux éviter d'aborder en présence du patient (certaines hypothèses diagnostiques ou certains traits de caractère du patient, par exemple).

PENDANT : ENSEIGNER AVEC LE PATIENT

Présentation de cas

Il peut être tentant de faire présenter le patient par l'étudiant hors de la salle de consultation, mais cela peut interférer tant avec le rendement de la consultation qu'avec l'efficacité de l'enseignement. Le fait que l'étudiant présente l'anamnèse devant le patient a plusieurs avantages : les patients préfèrent entendre ce que l'étudiant transmet à leur médecin. La confiance envers son médecin est maintenue par une certaine transparence par rapport à ce qui est discuté entre le médecin et l'étudiant. De son côté, le

Tableau 3. Exemple d'orientation avant consultation

«Madame M. est une patiente de 80 ans que je suis depuis plusieurs années pour une insuffisance cardiaque. Elle a pris un rendez-vous car elle se plaint d'une dyspnée en aggravation. J'aimerais que vous alliez voir cette patiente et que vous investiguiez sa dyspnée. Au status, concentrez-vous sur l'examen cardio-pulmonaire, sans oublier de chercher une hépatomégalie ainsi que des œdèmes. Je vous rejoindrai dans 30 minutes.»

médecin gagne du temps, car il peut vérifier l'anamnèse et le status immédiatement. Il peut observer de quelle manière le patient réagit face à l'étudiant. Il passe davantage de temps avec son patient que s'il discute de son cas en son absence. De ce fait, le médecin peut facturer le temps de consultation qu'il passe avec l'étudiant et le patient, sans risque que le patient s'offusque du fait qu'on puisse lui facturer du temps de consultation pendant lequel il n'a pas vu son médecin.³

Il existe deux stratégies d'enseignement particulièrement adaptées à l'enseignement clinique.

One-minute preceptor (ou five steps microskills) (tableau 4)

Il s'agit d'un modèle en cinq étapes qui permet aux enseignants d'organiser et cibler leur enseignement. La méthode permet d'évaluer rapidement les connaissances et le raisonnement clinique d'un étudiant, tout en lui donnant un *feedback* et des indications pour s'améliorer.

- Etape 1 : impliquer l'étudiant. Demander son hypothèse diagnostique, son évaluation de la situation.
- Etape 2 : sonder ses arguments. Demander quels éléments lui ont permis d'arriver à son diagnostic.
- Etape 3 : enseigner une règle générale issue du cas. Faire que la situation particulière puisse s'appliquer à des situations plus générales.
- Etape 4 : renforcer ce qui est bien fait. Le renforcement des actions positives permet qu'elles soient répétées. Don-

Tableau 4. One-minute preceptor ou five steps microskills: exemples

Etape 1 : impliquer l'étudiant

«Etant donné ces signes et symptômes, que pensez-vous qu'il se passe chez ce patient?»

Etape 2 : sonder ses arguments

En fonction du niveau de l'étudiant, plusieurs types de questions sont possibles :

- Question simple : «Quand je pense à la toux chronique de Monsieur B., je me demande s'il n'a pas de l'asthme. Est-ce que cela pourrait correspondre à ses signes et symptômes?»
- Question élargissant les diagnostics : «Quelles sont les autres causes de toux?»
- Question demandant une justification : «Qu'est-ce qui suggère un asthme chez ce patient?»
- Question posant une hypothèse : «Si ce patient était VIH positif, en quoi cela changerait-il le problème?»
- Question avec alternative : «Que se passerait-il si nous traitions ce patient tout de suite ou si nous lui faisons une radiographie pulmonaire d'abord?»

Etape 3 : enseigner une règle générale

«En cas de toux chronique, trois diagnostics principaux sont à évoquer : l'asthme, qui peut aussi se manifester sans sibilance audible ; le reflux gastro-œsophagien qui est fréquemment associé à une toux nocturne et l'écoulement nasal postérieur qui peut être suspecté sur la base de l'anamnèse et de signes pharyngés typiques.»

Etape 4 : renforcer ce qui est bien fait

«Vous avez très bien décrit les bruits entendus lors de l'auscultation pulmonaire.»

Etape 5 : corriger les erreurs

«Votre auscultation du pharynx était trop rapide et vous n'avez pas vu les modifications dues à l'écoulement nasal postérieur. La prochaine fois que vous verrez un patient avec une toux chronique, souvenez-vous de bien observer son pharynx.»



ner un *feedback* positif en premier permet de rendre un *feedback* négatif ultérieur plus facile.

- Etape 5 : corriger les erreurs. Les erreurs qui ne sont pas corrigées seront probablement répétées. Cette partie est importante, mais ne doit pas prendre une importance prépondérante par rapport aux autres. Cette dernière partie est idéalement faite en l'absence du patient.

SNAPPS

Le modèle SNAPPS comporte six étapes. Sa particularité est que les apprenants mènent l'interaction et ne se retrouvent donc pas en position d'infériorité par rapport à l'enseignant. Le modèle SNAPPS est décrit dans le [tableau 5](#).

Apprendre à faire une anamnèse et un status ciblés est une spécificité de la médecine ambulatoire par rapport à la médecine hospitalière et ses entrées complètes. Seules quelques parties de l'anamnèse ou du status peuvent donc être observées par le médecin lors d'une consultation. C'est l'addition des diverses parties d'anamnèse et de status observées chez différents patients qui permettra au médecin enseignant de se faire une représentation complète des compétences de l'étudiant.

Etre un modèle (*role modeling*)³

L'enseignement en présence du patient permet aussi au médecin de démontrer à l'étudiant son raisonnement diagnostique, ainsi que ses qualités en communication et agir ainsi en tant que modèle.

Faire du *role modeling* de manière délibérée est une expérience d'enseignement plus valorisante pour l'enseignant

| Tableau 5. Modèle SNAPPS: exemples |
|---|
| <p>Summarize: résumer brièvement l'anamnèse et le status Après avoir fait l'anamnèse et le status appropriés du patient, l'étudiant présente un bref résumé des informations significatives au superviseur</p> |
| <p>Narrow: cibler le diagnostic différentiel Pour un nouveau patient, l'étudiant devrait présenter deux ou trois alternatives diagnostiques. Pour les consultations de suivi ou les événements aigus, le diagnostic différentiel devrait se cibler sur la raison de l'activité de la maladie, les interventions thérapeutiques envisagées et/ou les stratégies de médecine préventive</p> |
| <p>Analyse: analyser le diagnostic différentiel Lors de cette étape, l'étudiant devrait comparer son hypothèse diagnostique avec les preuves de raisonnement clinique. Cette discussion permet à l'étudiant de verbaliser son processus de pensée et peut stimuler une discussion interactive avec le superviseur. Cette discussion peut aussi aider l'enseignant à évaluer le niveau de l'étudiant et y adapter son enseignement</p> |
| <p>Probe: tester l'enseignant L'étudiant teste le superviseur, en lui posant des questions sur des concepts moins bien compris, des difficultés ressenties ou des alternatives possibles. Cette étape est un aspect unique d'apprentissage basé sur l'apprenant, car il commence une discussion en testant le superviseur par ses questions plutôt que d'attendre que le superviseur teste l'étudiant. L'étudiant utilise l'enseignant comme une source de connaissances facilement accessible</p> |
| <p>Plan: planifier la prise en charge médicale du patient L'étudiant initie une discussion sur la prise en charge du patient</p> |
| <p>Select: choisir un thème lié au cas pour un apprentissage autodirigé L'étudiant peut identifier un sujet d'apprentissage après avoir parlé du patient avec le superviseur. L'étudiant doit en discuter avec le superviseur afin de cibler ses lectures et cadrer les questions importantes à étudier</p> |

et plus enrichissante pour l'étudiant. Il est important d'expliquer la démarche à l'étudiant pour qu'il ne la vive pas comme une expérience d'observation passive. Par exemple, on peut identifier une séance de prévention (arrêt du tabac) que l'étudiant et l'enseignant peuvent mener ensemble. L'étudiant prend place près du médecin pour observer comment il procède. Par la suite, l'étudiant peut s'exercer à reproduire ce qu'il a observé avec d'autres patients sélectionnés. Pour terminer ce processus d'apprentissage, enseignant et étudiant peuvent discuter ensemble de leur vécu et de leurs impressions.³

La *role modeling* est aussi particulièrement utile quand le temps manque pour se lancer dans une grande analyse de cas, ou qu'il est trop compliqué pour l'étudiant. Le médecin pense à haute voix, partage ses idées, signale les controverses et clarifie ce qui a été fait pendant la consultation.⁴

Consultation conjointe³

Comment faire quand l'étudiant observe durant les premiers jours de stage ou s'il n'y a qu'une seule salle de consultation à disposition? On peut rendre l'étudiant actif en lui donnant une tâche à accomplir plutôt que le laisser simplement observer:

- Demander à l'étudiant d'observer une partie spécifique de l'interaction. Par exemple: consentement pour une procédure, annonce de mauvaise nouvelle, information sur les effets secondaires d'un traitement.
- L'étudiant peut chercher des médicaments ou les effets secondaires de médicaments pendant que le médecin parle au patient.
- L'étudiant peut prendre des notes dans le dossier pendant l'entretien.
- L'étudiant peut réviser des informations, telles que pression artérielle ou taux de glycémie lors des trois dernières consultations et faire un petit bilan des résultats.
- L'étudiant peut prendre les signes vitaux ou faire une partie de status pendant que le médecin complète le dossier.

APRÈS: ÉVALUER ET RÉFLÉCHIR SUR L'ENSEIGNEMENT⁵

La phase finale du cycle de l'enseignement est d'évaluer la performance de l'étudiant, de donner du *feedback* et d'encourager l'auto-évaluation.

Donner du *feedback*

Le *feedback* est le plus utile quand il est basé sur des comportements spécifiques de l'étudiant et non des généralités. Il est donc préférable de se référer à des comportements que vous avez observés et auxquels l'étudiant peut remédier.

Mieux vaut dire: «Vous avez attendu que le patient verbalise ses craintes avant de le rassurer. C'est très bien.»

Plutôt que «Félicitations! Bon travail» qui, certes, fait plaisir, mais n'identifie pas clairement quels points ont été bien réalisés.

Ou: «Etes-vous attentif à la manière dont vous posez les questions au patient?» au lieu de: «Vous êtes trop brusque».

Un *feedback* se doit d'être positif (choses que l'étudiant fait bien) plutôt que négatif (choses que l'étudiant peut



améliorer). Par la suite, il est conseillé au médecin de chercher des solutions avec l'étudiant afin qu'il puisse s'améliorer.

Le *feedback* devrait être donné fréquemment et régulièrement dans un environnement serein. Une période quotidienne en fin de consultation est idéale, mais pas toujours évidente à sauvegarder dans la réalité.

S'auto-évaluer (étudiant et médecin-enseignant)

Aider l'étudiant à reconnaître ses propres erreurs l'aide à travailler sur son auto-évaluation, sa réflexion sur lui-même et l'auto-apprentissage.

Quant au médecin, une fois par jour au moins, il devrait prendre une minute pour étudier un moment d'enseignement vécu durant la journée et se poser deux questions:

- Est-ce que cette manière d'enseigner a été efficace ou inefficace ?
- Faut-il faire les choses différemment la prochaine fois et pourquoi?²

Evaluer l'étudiant

Il n'est pas toujours facile d'évaluer un étudiant. Le fait d'avoir établi clairement des objectifs d'apprentissage permet de simplifier cette tâche. Une bonne évaluation comprend des commentaires sur les points forts de l'étudiant et des recommandations sur les points à améliorer. A Lausanne, un formulaire spécifique d'évaluation en fin de stage est proposé par l'IUMG.

CONCLUSION

Les étudiants en stage au cabinet du médecin de premier recours ont besoin d'avoir un rôle concret à jouer dans la prise en charge des patients, pas seulement un rôle

d'observateur. Ils ont besoin de l'appui et de la supervision des médecins. Les clés de la réussite se trouvent dans l'organisation de la consultation en suivant un processus réfléchi. ■

Implications pratiques

- > Définir des objectifs d'apprentissage
- > La planification de la consultation est essentielle
- > L'étudiant doit voir un nombre suffisant de patients présentant des pathologies variées
- > Il existe des techniques d'enseignement efficaces et faciles à appliquer en clinique (*One-minute preceptor*, SNAPPS)
- > L'étudiant doit pouvoir discuter régulièrement avec le médecin de ses apprentissages, obtenir un *feedback* sur ses prestations et disposer d'un temps d'enseignement protégé

Bibliographie

- 1 * Lake FR, Vickery AW. Teaching on the run tips 14: Teaching in ambulatory care. *MJA* 2006;185:166-7.
- 2 Ferenchick G, Simpson D, Blackman J, DaRosa D, Dunnington G. Strategies for efficient and effective teaching in the ambulatory care setting. *Acad Med* 1997;72:277-80.
- 3 De Witt DE. Incorporating medical students into your practice. *Austr Fam Physician* 2006;35:24-6.
- 4 ** McGee SR, Irby DM. Teaching in the outpatient clinic. Practical tips. *JGIM* 1997;12(Suppl. 2):534-9.
- 5 Irby DM, Bowen JL. Time-efficient strategies for learning and performance. *The Clinical Teacher* 2004;1:23-8.

- * à lire
- ** à lire absolument