

Stratégies de communication au service de la formation : quelques outils pratiques

Rev Med Suisse 2015; 11 : 2058-63

D. Gachoud
S. Félix
M. Monti

Drs David Gachoud,^{1,2} Sylvie Félix¹
et Matteo Monti^{1,2}

¹ Unité pédagogique
Département formation et recherche
FBM-UNIL, 1011 Lausanne

² Service de médecine interne
CHUV, 1011 Lausanne
matteo.monti@chuv.ch

Effective communication strategies to frame the trainer-trainee dialogue in the clinical setting

Communication between trainer and trainee plays a central role in teaching and learning in the clinical environment. There are various strategies to frame the dialogue between trainee and trainer. These strategies allow trainers to be more effective in their supervision, which is important in our busy clinical environment. Communication strategies are well adapted to both in- and out-patient settings, to both under- and postgraduate contexts. This article presents three strategies that we think are particularly useful. They are meant to give feedback, to ask questions and to present a case.

La communication entre médecin en formation et superviseur est un élément-clé de l'apprentissage en milieu clinique. Ce dialogue peut être structuré grâce à différentes stratégies de communication qui doivent permettre au superviseur d'être plus efficace dans son rôle. Ce gain d'efficacité est intéressant dans nos environnements cliniques où le temps est compté. Les stratégies à disposition s'appliquent tant au milieu ambulatoire qu'hospitalier, tant à la formation prégraduée que postgraduée. Dans cet article, nous avons choisi trois stratégies qui nous semblent particulièrement utiles car elles concernent la façon de donner un feedback, de poser des questions et de présenter un cas.

INTRODUCTION

Un des éléments-clés de l'apprentissage en milieu clinique est l'interaction entre le médecin en formation et son superviseur. Face à une activité clinique intense, il n'est pas toujours facile de trouver du temps pour aider les jeunes collègues à acquérir des connaissances, pour les faire réfléchir et, le cas échéant, pour les corriger. Nous risquons ainsi de renoncer à des occasions propices à l'enseignement.

Cependant, il existe des stratégies de communication qui permettent de structurer le dialogue entre le médecin en formation et son superviseur.

En optimisant le temps mis à disposition par le superviseur, ces stratégies adaptées au milieu clinique rendent l'apprentissage plus efficace. Elles sont des outils à disposition du superviseur.

Dans cet article, nous allons vous présenter trois stratégies qui nous semblent particulièrement utiles, qui peuvent être appliquées tant au milieu ambulatoire qu'hospitalier, tant à la formation prégraduée que postgraduée. Ces stratégies concernent la façon de donner un feedback, de poser des questions et de présenter un cas. Nous utiliserons le terme d'*apprenant* pour désigner le médecin en formation, qu'il soit étudiant ou médecin-assistant/interne.

LE FEEDBACK

Le feedback est un élément primordial de l'enseignement clinique. Il permet à un apprenant de prendre conscience de sa performance actuelle, de manière à pouvoir évoluer jusqu'à la performance désirée. Le paradoxe de l'enseignement en médecine est que la plupart des superviseurs pensent donner du feedback, mais peu d'apprenants ont l'impression de recevoir un feedback régulier et efficace.

Donner du feedback n'est pas une tâche facile. Les superviseurs craignent parfois de s'exposer à une situation conflictuelle, ou trop émotionnelle, si leur feedback suscite une réaction de défense chez leur interlocuteur. L'absence de feedback a toutefois des conséquences sur la formation des apprenants : ce qui est bien fait n'est pas validé, ce qui doit être amélioré n'est pas corrigé ; les apprenants imaginent que ce qu'ils font est juste si personne ne leur fait de remarque ou font leurs expériences au détriment du patient.¹



Quelques principes fondamentaux permettent à un superviseur d'aborder le feedback de manière plus sereine et à l'apprenant de pouvoir en tirer un plus grand bénéfice. Le climat d'apprentissage est important. Le feedback devrait faire partie de la culture et du quotidien de l'institution. Il est important de préciser le but de la séance de feedback et de clarifier son objectif pédagogique. Le feedback devrait se donner dans un endroit approprié, calme, qui préserve une certaine confidentialité. Cela participe à la création d'un climat de confiance.²

Le feedback est efficace quand il est (figure 1):²⁻⁴

- Donné au bon moment. Proche de l'événement observé, il peut avoir lieu sous forme de feedback informel, au quotidien, sous forme brève et non planifiée. Lors d'une séance formelle, planifiée d'entente avec l'apprenant, après une période d'observation déterminée.
- Basé sur des comportements observés par la personne qui donne le feedback: il est ainsi plus crédible, acceptable et instructif pour l'apprenant.
- Axé sur des actions et non sur la personnalité, formulé de manière non évaluative. Le feedback cherche à modifier un comportement de la pratique professionnelle, pas à porter un jugement de valeur sur la personnalité.
 - Feedback inefficace: «Tu n'es pas très doué en communication...» «Tu n'es pas assez attentif aux réactions du patient».
 - Feedback efficace: «J'ai observé que tu ne paraissais pas très à l'aise durant l'entretien, qu'est-ce que tu en penses?», «Est-ce que tu as pensé à observer si cette manœuvre provoquait une réaction chez ton patient?»
- Spécifique: le but du feedback est d'expliquer ce qui a été bien fait et ce qui doit être amélioré.
 - Feedback inefficace: «Bravo! Continue comme ça!» ou «Il faudra faire mieux la prochaine fois...».
 - Feedback efficace: «La désinfection de la plaie a été correctement faite de l'intérieur vers l'extérieur». «Les points de suture sont trop espacés, il faut en ajouter deux».
- Équilibré en qualité et en quantité: il est important de donner tant du feedback positif, qui renforce, donne confiance et motive, que du feedback correctif, qui informe et permet de s'améliorer. Les superviseurs tendent spontanément à utiliser le mot «mais» pour passer du positif au correctif. Il est toutefois préférable de l'éviter, car le «mais»

a tendance à dévaloriser, voire annuler, la partie positive du feedback qui est alors perçue comme un enrobage qui sert à artificiellement adoucir une critique. Il est important que la personne qui reçoit le feedback ressente l'authenticité du message qui lui est délivré.

– Feedback inefficace: «L'antalgie est justifiée, *mais* il ne faut pas prescrire des AINS avec une créatinine aussi élevée.»

– Feedback efficace: «Il est justifié de prescrire des antalgiques. Dans cette situation, que penses-tu de la créatinine du patient? de l'association AINS-créatinine élevée?»

Il est préférable de planifier des séances de feedback régulières, de durée limitée, en vue d'atteindre certains objectifs, plutôt qu'une longue séance de feedback à la fin d'une période d'observation qui ne laisse pas la possibilité à l'apprenant de démontrer une amélioration après le feedback. Le fait de donner du feedback sur plusieurs séances permet également de ne pas surcharger l'apprenant d'informations et lui laisse le temps de les analyser.

• Réalisé comme un partenariat avec l'apprenant: solliciter l'auto-évaluation de l'apprenant, tant sur l'appréciation de la performance que sur les moyens d'amélioration. Cela permet de construire le feedback sur les points qui lui semblent primordiaux. Cela favorise l'acceptation du feedback et limite les réactions de défense. L'apprenant s'impliquera davantage dans le processus d'amélioration. Cela n'empêche pas le superviseur d'apporter ses propres observations. Il est important de fixer une nouvelle échéance qui permette de rediscuter des progrès réalisés et de fixer de nouveaux objectifs pour une nouvelle période d'observation.

LE QUESTIONNEMENT

Dans les différentes institutions de formation, les questions d'un enseignant à ses élèves sont essentielles à l'apprentissage.⁵ Il en va de même en milieu clinique: les questions qu'un superviseur peut poser au médecin-assistant ou à l'étudiant peuvent être très utiles à l'apprentissage.^{6,7}

En quoi – spécifiquement – le questionnement d'un superviseur contribue-t-il à l'apprentissage? Une des principales plus-values réside dans l'interactivité et l'apprentissage actif qui caractérisent le questionnement.⁸ Par opposition à la transmission unilatérale d'un contenu de l'expert au novice, le questionnement engage activement le médecin en formation dans un processus qui favorise un apprentissage durable.⁸ Mais cela n'est pas toujours simple. Dans nos environnements cliniques chronométrés, il est tentant pour un superviseur de donner rapidement une marche à suivre plutôt que de questionner l'apprenant sur la façon dont il aurait procédé. Comme souvent, il s'agit d'identifier le moment précis où il y a une opportunité intéressante d'enseigner: un «teachable moment».⁹

En préambule, il faut noter que les questions ne sont pas toutes équivalentes. Elles se situent à des niveaux différents de «profondeur». Ainsi, certaines questions vont rester superficielles sur un plan cognitif. Ces questions-là ciblent simplement la mémorisation d'éléments factuels et

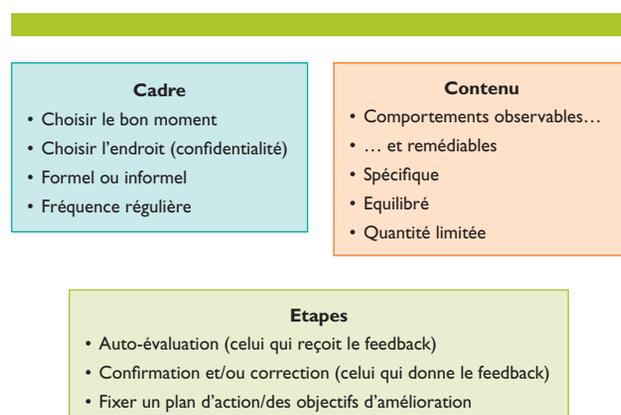


Figure 1. Éléments d'un bon feedback



amèneront l'apprenant à restituer des connaissances déjà acquises («Quels sont les critères diagnostiques d'une infection urinaire?»). La réponse attendue est, généralement, juste ou fausse. Les questions qui vont davantage en profondeur explorent la *compréhension* de l'apprenant. De telles questions feront expliquer un concept ou un mécanisme («Comment des bactéries peuvent-elles coloniser les voies urinaires?»). Enfin, le dernier niveau de questions, le plus profond, teste l'*application de connaissances* au cas d'un vrai patient. Cela suppose la capacité d'analyser une situation de façon critique («Comment expliquez-vous la récurrence d'une infection urinaire chez cette patiente-là?»). La prise en compte de ces niveaux de profondeur aidera le superviseur à adapter ses questions à l'apprenant; cette adaptation est un critère de succès dans la démarche de questionnement.⁷ Par exemple, des questions portant sur des éléments factuels permettront d'évaluer les connaissances d'un étudiant, de révéler d'éventuelles lacunes et de donner ensuite des conseils pour les combler.¹⁰ Si les bases théoriques semblent acquises, il sera possible d'aller plus en profondeur pour pouvoir explorer la compréhension ou encourager l'application de connaissances à des situations concrètes. Certaines données semblent indiquer que les questions restent trop fréquemment superficielles.^{11,12}

Quant à la technique de questionnement, on veillera à poser *une seule question à la fois* et à la formuler simplement. Il s'agira d'éviter le piège où l'apprenant essaie différentes réponses sans succès parce qu'il ne comprend pas où le superviseur veut en venir.

L'autre piège à éviter réside dans les délais accordés pour les réponses. Comme avec les patients, les délais accordés aux apprenants pour répondre sont souvent trop courts... Il faut y être attentif avec les questions d'application de connaissances car l'apprenant a besoin de plus de temps pour répondre.¹³ La littérature en pédagogie générale suggère d'attendre 3 secondes après avoir posé une question.^{13,14} Lorsque l'apprenant amorce sa réponse, il faut là encore lui laisser suffisamment de temps, surtout si la réponse est hésitante. *Donner assez de temps* à l'apprenant permet d'obtenir de meilleures réponses.

Le superviseur devra aussi veiller au *contexte* et au *climat* du questionnement. Ces éléments peuvent constituer un obstacle à la participation si l'apprenant ne se sent pas en confiance pour répondre. Contexte et climat peuvent aussi susciter des émotions négatives (peur, anxiété) qui influencent les performances intellectuelles.^{8,10}

Au niveau du contexte, la présence du patient ou d'autres soignants peut être un facteur de stress. Au niveau du climat, le superviseur veillera à créer une atmosphère favorable et constructive; il sera attentif aux éléments de communication verbale (par exemple en évitant de commenter le caractère évident de la réponse), paraverbale (intonation de la voix, etc.) et non verbale (mimique, gestuelle, etc.).

La réaction du superviseur est particulièrement importante face à une réponse imprécise, incomplète, voire carrément fausse. Il est essentiel que l'apprenant reparte avec des messages clairs. Idéalement, le superviseur devrait pouvoir exploiter une réponse insuffisante de l'apprenant pour ensuite clarifier, compléter ou corriger. Une stratégie est d'*explorer le raisonnement* sous-jacent de l'apprenant («Vous avez répondu cela, quels sont vos arguments?»). Une autre est de *relancer l'apprenant*, en essayant d'inclure un indice («Vous avez mentionné plusieurs critères diagnostiques importants. Que vous faut-il encore pour poser un diagnostic de certitude?»).

Face à une réponse correcte, le superviseur peut relancer avec une question de complexité croissante. Ceci peut être très stimulant pour l'apprenant («Disons maintenant que votre patient est porteur d'une valve mécanique, quelles seraient les conséquences pour votre prise en charge?»).¹¹

En résumé, il ne fait aucun doute que le questionnement est un outil d'enseignement très efficace pour le milieu clinique. Il y a certains éléments à prendre en compte pour utiliser cet outil de façon optimale. Un de ceux-ci est d'adapter au mieux ses questions à l'apprenant, en tenant compte du niveau de profondeur de la question (tableau 1).

LE SNAPPS

Le SNAPPS, acronyme anglais d'une technique en six étapes, propose une structure pour la *présentation de cas*.¹⁵ Contrairement aux présentations classiques qui se concentrent principalement sur la restitution d'informations obtenues lors de l'entretien avec le patient, cette technique met l'accent sur la discussion du diagnostic différentiel, du plan de prise en charge et des zones d'incertitude. Enseignée aux étudiants de la faculté de médecine de Lausanne, cette technique est aussi utile dans la formation post-graduée, tant en milieu ambulatoire qu'hospitalier. Elle permet au superviseur de mieux comprendre le raisonnement clinique du médecin en formation et simultanément de cibler l'enseignement à partir des questions et incerti-

Tableau 1. Poser de bonnes questions

(Adapté de réf.⁷).

Les différents niveaux de questionnement	Objectifs de la question	Mots-clés pouvant être inclus dans la question	Exemples de question
Mémorisation	Évaluer des connaissances factuelles, pour mieux guider l'apprentissage	Lister, nommer, donner la définition	Lister les germes typiquement responsables d'endocardites sur valves natives
Compréhension	Faciliter la compréhension d'un concept	Expliquer	Expliquer la pathogenèse de l'endocardite
Application de connaissances, analyse	Faciliter l'application de connaissances à des situations cliniques concrètes, faciliter le raisonnement clinique et la résolution de problème	Interpréter	Faut-il demander une échocardiographie transœsophagienne chez ce patient avec une bactériémie à <i>S. aureus</i> ?



Tableau 2. Les six étapes SNAPPS

(Adapté de réf.¹⁵).

Étapes	Le médecin en formation
Summarize	Résume l'anamnèse et les éléments principaux de l'examen clinique et des examens paracliniques
Narrow	Propose un diagnostic différentiel limité aux 2-3 hypothèses les plus probables
Analyse	Analyse les éléments qui parlent pour et contre chaque hypothèse évoquée
Probe the preceptor	Pose des questions au superviseur concernant d'éventuelles incertitudes ou difficultés
Plan management	Propose un plan de prise en charge (mesures diagnostiques et/ou thérapeutiques)
Self-directed learning	Identifie les éléments problématiques qu'il souhaite clarifier ou approfondir par une recherche de littérature

tudes de l'apprenant.¹⁶ Les six étapes sont décrites dans le **tableau 2**.

Le raisonnement clinique est un exercice où le clinicien intègre symptômes, signes cliniques et résultats des examens paracliniques afin d'élaborer des hypothèses diagnostiques pertinentes, dans le but de proposer un traitement adéquat.¹⁷ Les trois premières étapes du SNAPPS sont dérivées des théories sur l'organisation de la mémoire (*information processing theories*) et se basent sur des études qui expliquent les processus d'acquisition, rétention et rappel de connaissances.^{18,19} Ces premières étapes du SNAPPS permettent de rendre plus performants: a) la représentation des problèmes et b) le raisonnement clinique analytique et non analytique. Nous revenons en détail sur ces premières étapes:

Summarize: dans le résumé, il est important que le médecin remplace le langage du patient par une *terminologie médicale*. Le résumé doit comporter les informations suivantes:

- qui est le patient? (âge; sexe; antécédents médicaux et familiaux pertinents);
- les symptômes avec leur évolution temporelle (mode d'apparition, durée, évolution);
- les signes cliniques mis en évidence.

Par exemple: «M^{me} X est une patiente de 78 ans connue pour une FA et une insuffisance cardiaque, qui présente le jour de l'admission une hémiparésie droite et une dysarthrie d'apparition soudaine».

Narrow: la sélection des deux à trois hypothèses les plus probables implique un effort d'intégration des notions d'épi-

démiologie et des facteurs de risque. En prenant en compte différentes hypothèses de travail, le risque d'erreur diagnostique par *fermeture prématurée* est aussi diminué.²⁰

Analyse: l'identification des éléments parlant pour et contre chaque hypothèse permet de développer le raisonnement analytique²¹ et de réduire le risque de *biais diagnostiques*.²⁰

Les trois dernières étapes, *Probe the preceptor*, *Plan management* et *Self-directed learning*, sont dérivées de la *théorie de l'apprentissage autorégulé (self-regulated learning theory)*. Elles visent à inclure dans l'activité clinique quotidienne des compétences importantes, telles que la pratique réflexive et la capacité à déterminer soi-même d'éventuelles lacunes à combler.

L'utilisation de la technique SNAPPS permet d'améliorer la performance diagnostique des cliniciens;²² elle est particulièrement utile pour la présentation et la discussion de cas complexes (présentations cliniques peu typiques; situations avec informations cliniques discordantes). ■

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Implications pratiques

- > Il existe différentes façons de structurer le dialogue entre médecin en formation et superviseur. Ces stratégies de communication permettent au clinicien d'être plus efficace dans son rôle de superviseur
- > Le feedback est un outil très efficace pour guider le médecin en formation. Pour être pleinement efficace, le feedback doit répondre à certains principes portant sur le contenu et le cadre dans lequel il est donné
- > Questionner le médecin en formation contribue à un apprentissage durable, offrant une plus-value par rapport à la transmission unilatérale du savoir de l'expert au novice. Toutes les questions ne sont pas équivalentes: elles peuvent tester la mémorisation d'éléments factuels, la compréhension de mécanismes ou l'analyse de situations cliniques
- > La présentation de cas selon la méthode SNAPPS a les avantages de révéler le raisonnement cliniquement de l'apprenant, de limiter certains biais diagnostiques et d'encourager l'apprentissage autonome

Bibliographie

- 1 ** Cantillon P, Sargeant J. Giving feedback in clinical settings. *BMJ* 2008;337:a1961.
- 2 Ramani S, Krackow SK. Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical environment. *Med Teach* 2012;34:787-91.
- 3 Hesketh EA, Laidlaw JM. Developing the teaching instinct, I: Feedback. *Med Teach* 2002;24:245-8.
- 4 * Ende J. Feedback in clinical medical education. *JAMA* 1983;250:777-81.
- 5 Watts M, Pedruso H. Enhancing university teaching through effective use of questioning. Birmingham: Ed. SEDA, 2006.
- 6 Lim FA. Questioning: A teaching strategy to foster clinical thinking and reasoning. *Nurse Educ* 2011;36:52-3.
- 7 Long M, Blankenburg R, Butani L. Questioning as a teaching tool. *Pediatrics* 2015;135:406-8.
- 8 Tiberius R, Sinai J, Flak E. The role of teacher-learner relationships in medical education, in *International handbook of research in medical education*. Dordrecht: K.A. Publishers, Editor, 2002.
- 9 * Ramani S. Twelve tips to improve bedside teaching. *Med Teach* 2003;25:112-5.
- 10 Kost A, Chen FM. Socrates was not a pimp: Changing the paradigm of questioning in medical education. *Acad Med* 2015;90:20-4.
- 11 Edmunds S, Brown G. Effective small group learning: AMEE Guide No. 48. *Med Teach* 2010;32:715-26.



- 12** Phillips N, Duke M. The questioning skills of clinical teachers and preceptors: A comparative study. *J Adv Nurs* 2001;33:523-9.
- 13** Schneider JR, et al. Questioning skills: The effect of wait time on accuracy of medical student responses to oral and written questions. *Acad Med* 2004;79(Suppl. 10):S28-31.
- 14** Rowe M. Wait-time: Slowing down may be a way of speeding up. *American Educator* 1987;11:38-43.
- 15** * Wolpaw TM, Wolpaw DR, Papp KK. SNAPPS: A learner-centered model for outpatient education. *Acad Med* 2003;78:893-8.
- 16** Wolpaw T, et al. Student uncertainties drive teaching during case presentations: More so with SNAPPS. *Acad Med* 2012;87:1210-7.
- 17** Ledford CH, Nixon LJ. General teaching techniques, in teaching clinical reasoning. American College of Physicians, Editor, 2015.
- 18** Bordage G. Elaborated knowledge: A key to successful diagnostic thinking. *Acad Med* 1994;69:883-5.
- 19** Charlin B, Tardif J, Boshuizen HP. Scripts and medical diagnostic knowledge: Theory and applications for clinical reasoning instruction and research. *Acad Med* 2000;75:182-90.
- 20** ** Nendaz M, Perrier A. Diagnostic errors and flaws in clinical reasoning: Mechanisms and prevention in practice. *Swiss Med Wkly* 2012;142:w13706.
- 21** * Bowen JL. Educational strategies to promote clinical diagnostic reasoning. *N Engl J Med* 2006;355:2217-25.
- 22** Mamede S, et al. How can students' diagnostic competence benefit most from practice with clinical cases? The effects of structured reflection on future diagnosis of the same and novel diseases. *Acad Med* 2014;89:121-7.
- * **à lire**
** **à lire absolument**