



Soutenir activement l'apprentissage des résidents

Suzanne Laurin, Marie-Claude Audétat et Gilbert Sanche

BIEN QUE LA MAJORITÉ des résidents admis dans les programmes québécois de résidence en médecine familiale cheminent normalement dans leur formation, de 10 % à 15 % d'entre eux éprouvent chaque année des difficultés suffisamment importantes pour que leurs évaluations de stage soient défavorables. Ils doivent même parfois prolonger leur résidence^{1,2}.

Les facultés de médecine québécoises ont choisi de soutenir cette petite mais néanmoins significative proportion d'étudiants qui connaissent des difficultés au cours de leur formation clinique en leur proposant différents moyens d'atteindre le haut niveau de compétence nécessaire à la pratique de la médecine familiale.

Ce soutien à l'apprentissage s'appuie notamment sur le postulat que certains éléments (habiletés de communication, gestion des dimensions éthiques, raisonnement clinique ou qualité des gestes techniques) ne sont plus envisagés comme des aptitudes innées ni comme des dispositions personnelles, mais bien plutôt comme des compétences professionnelles à enseigner et à évaluer de façon formelle³.

Quelles sont ces difficultés ?

Myriam Lacasse et Lisa M. Vaughn^{4,5} proposent deux types de classification des difficultés d'apprentissage (*tableau*). Les responsables des programmes de médecine familiale québécois constatent, quant à eux, que les difficultés des résidents sont principalement d'origine cognitive et, plus précisément, liées au raisonnement clinique. Soulignons cependant qu'un nombre important de résidents sont aux prises avec des problèmes mixtes associant une difficulté de raisonne-

La D^{re} Suzanne Laurin, médecin de famille, est professeure agrégée de clinique au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal (DMFMU). La D^{re} Marie-Claude Audétat, psychologue, est responsable du développement professionnel au DMFMU. Le D^r Gilbert Sanche, médecin de famille, est professeur agrégé de clinique au DMFMU.

Tableau

Les types de difficultés d'apprentissage selon L.M. Vaughn et coll.⁵

1. **Cognitives**
 - a. Communication écrite
 - b. Problèmes perceptuels et spatiaux
 - c. Communication orale
 - d. Intégration des informations
 - e. Connaissances
2. **Affectives**
3. **Organisationnelles**
4. **Relationnelles**

Les types de difficultés d'apprentissage proposés par M. Lacasse⁴

1. **Connaissances**
 - a. Connaissances cliniques
 - b. Connaissances fondamentales
2. **Habiletés**
 - a. Habiletés cognitives
 - b. Relations interpersonnelles
 - c. Habiletés structurelles
 - d. Habiletés psychomotrices
3. **Attitudes**
 - a. Motivation
 - b. Professionnalisme
 - c. Problèmes ou conflits interpersonnels

ment clinique à un problème de nature affective, relationnelle ou organisationnelle.

Comment les résoudre ?

Contrairement aux déficits de connaissances, qui sont assez faciles à repérer et à combler, certaines difficultés, dont celles en lien avec le raisonnement clinique, représentent un réel défi. Lorsqu'ils font de la supervision clinique, les cliniciens enseignants perçoivent rapidement les difficultés, mais souvent de façon globale

et intuitive. Dans la perspective d'une formation de courte durée et d'objectifs d'apprentissage de haut niveau, les programmes de médecine familiale veillent à ce que l'enseignement et l'évaluation soient structurés afin de détecter et de corriger rapidement les difficultés.

Pour la majorité des résidents de médecine familiale qui n'ont que de petites difficultés, l'évaluation formative mène à l'élaboration d'un plan d'apprentissage personnalisé qui définit des objectifs individuels à atteindre et des moyens à prendre pour soutenir la progression. Ce plan d'apprentissage incite enseignants et résidents à se centrer sur les habiletés à développer pendant les activités d'apprentissage (supervisions quotidiennes, discussions de cas, ateliers, présentations, etc.).

Structurer le processus d'élaboration et de suivi d'un plan de correction des difficultés

Lorsqu'un résident a des difficultés importantes, un plan beaucoup plus élaboré et structuré est alors nécessaire. Un plan type se divise habituellement en quatre sections :

1. le diagnostic pédagogique, qui énumère les difficultés par catégories et les illustre par des exemples ;
2. les objectifs à atteindre ;
3. les stratégies et les moyens concrets de remédiation adaptés aux objectifs ;
4. l'évaluation de l'atteinte des objectifs à l'aide d'un bilan intermédiaire et d'un bilan final à des moments définis.

Ainsi, le plan de correction des difficultés d'un étudiant qui éprouverait d'importants problèmes de raisonnement clinique associés à des difficultés de communication pourrait comprendre un encadrement clinique plus actif :

- observation fréquente des consultations (supervision directe) ;
- séances de supervision par vidéo au cours desquelles des stratégies de communication ou de démarche clinique sont abordées ;
- simulations de cas cliniques permettant la « dissection » du raisonnement ;
- lectures dirigées.

Parce que ces méthodes pédagogiques prennent du temps et que l'enseignant doit s'assurer de la qualité des soins offerts, il devient souvent nécessaire de réduire la charge clinique du résident. Ce dernier voit donc moins de patients dans une journée afin de permettre à l'enseignant d'effectuer une révision et une supervision approfondie de chacune des consultations.

Les plans de correction des difficultés mettent à profit les règlements pédagogiques des facultés de médecine qui autorisent l'ajout de périodes de stage pour donner au résident le temps d'atteindre le niveau nécessaire à sa promotion en deuxième année ou à sa certification en médecine familiale selon qu'il s'agisse d'un résident de première ou de deuxième année.

Notons encore qu'il est parfois judicieux de favoriser des interventions indépendantes des cliniciens enseignants. Par exemple, un résident ayant des difficultés affectives pourrait être amené à consulter les ressources du Programme d'aide aux médecins du Québec.

Ces mesures sont-elles utiles ?

Les responsables des programmes de résidence de médecine familiale québécois qui encadrent le parcours des résidents et l'application des plans de remédiation croient au bien-fondé et à l'efficacité de ces démarches. Cette conviction, issue de l'expérience, a été confirmée par une étude récente du Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal. Les résultats obtenus ont montré une amélioration importante de la réussite des résidents à la suite de l'application de plans pédagogiques personnalisés^{6,7}.

Bien que ces plans soient souvent efficaces, certains résidents ne parviennent pas, malgré leurs efforts, à redresser suffisamment la situation pour pouvoir terminer leur formation.

Les enjeux

Si cette démarche structurée a maintenant fait ses preuves, elle n'en est pas moins porteuse d'un certain nombre d'enjeux à ne pas négliger.

Un engagement des résidents dans le processus d'apprentissage

Pour qu'un plan pédagogique soit efficace, le résident doit reconnaître ses difficultés, faire confiance aux cliniciens enseignants et s'engager dans un travail d'apprentissage. Sa collaboration et sa participation active sont ainsi indispensables à la réussite du projet.

Une certaine exigence pour les cliniciens enseignants

Dans un contexte d'enseignement clinique reposant sur une relative autonomie des résidents, la supervision simultanée de plusieurs stagiaires (résidents, externes, candidates infirmières praticiennes, etc.) et l'engagement des médecins enseignants dans une double activité, à la fois clinique et pédagogique, rendent la

démarche d'accompagnement personnalisé encore plus exigeante. Les cliniciens enseignants ont parfois du mal à conjuguer tous leurs rôles en raison du temps et de l'attention soutenue que demandent les résidents.

Un suivi difficile à structurer

La mise en application d'un plan pédagogique comprend une évaluation et la production de bilans. Souvent engagées dans le suivi pédagogique de plusieurs résidents, les équipes d'enseignants ont parfois de la difficulté à respecter les échéances prévues parce qu'elles ne réussissent pas à accomplir toutes les activités planifiées ni à observer spécifiquement un résident aussi souvent qu'il le faudrait pour s'assurer qu'il a atteint les objectifs fixés. La gestion active du processus par un responsable dans chacun des milieux d'enseignement clinique est essentielle pour maintenir l'engagement et la rigueur qu'exige le suivi des plans pédagogiques.

Une nécessaire formation des cliniciens enseignants

Bien qu'ils se sentent compétents dans leur rôle de clinicien, les médecins enseignants, pour plusieurs raisons, peuvent se trouver dans une zone d'inconfort au moment d'évaluer les performances des résidents⁸. En plus de maintenir leurs compétences cliniques, les médecins enseignants doivent accroître leurs habiletés pédagogiques et participer à des formations qui leur permettront de repérer efficacement les difficultés et de concevoir, de planifier et de suivre les plans d'apprentissage ou de correction des difficultés.

BIEN QUE TRIÉS sur le volet et malgré une formation universitaire de plus en plus centrée sur la résolution de problèmes et l'acquisition précoce de compétences cliniques, certains résidents en médecine familiale éprouvent des difficultés qui nécessitent des stratégies pédagogiques qui vont bien au-delà du classique « Va lire ! ». Même si la conception et le suivi des plans pédagogiques sont exigeants, les médecins en-

seignants s'engagent dans un processus d'accompagnement des résidents parce qu'ils tiennent à soutenir l'excellence de la discipline de la médecine familiale et croient à l'utilité de leurs actions. Selon une étude récente, leurs interventions sont efficaces et permettent à la plupart des résidents en difficulté d'atteindre la performance attendue⁷.

Si les facultés de médecine investissent beaucoup d'attention et d'énergie dans l'aide aux résidents qui ont des problèmes, rappelons que la majorité des résidents de médecine familiale ont un parcours « sans fautes » et que l'on s'applique aussi à les soutenir dans l'atteinte d'un haut niveau de compétence. 🍷

La D^{re} Suzanne Laurin, la D^{re} Marie-Claude Audétat, psychologue, et le D^r Gilbert Sanche n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Yates J, James D. Predicting the “strugglers”: a case-control study of students at Nottingham University Medical School. *BMJ* 2006 ; 332 (7548) : 1009-13.
2. Faustinella F, Orlando P, Colletti L et coll. Remediation strategies and students' clinical performance. *Med Teach* 2004 ; 26 (7) : 664-5.
3. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale* 2005 ; 6 (2) : 98-111.
4. Lacasse M. *Diagnostic et prise en charge des situations d'apprentissage problématiques en éducation médicale*. Québec : Université Laval ; 2009.
5. Vaughn LM, Baker RC, DeWitt TG. The problem learner. *Teaching and Learning in Medicine* 1998 ; 10 (4) : 217-22.
6. Sanche G, Béland N, Audétat MC. La création et l'implantation réussie d'un outil de remédiation en résidence de médecine familiale. *Le Médecin de famille canadien* 2011 ; 57 (12) : e468-e472.
7. Audétat MC, Béland N, Sanche G. Difficultés académiques : planifier ou ne pas planifier les remédiations... Telle est la question... Étude exploratoire de l'utilisation et de l'impact d'un plan de remédiation en résidence de médecine familiale. Article en cours de rédaction, données disponibles auprès des auteurs ; 2012.
8. Audétat MC, Faguy A, Jacques A et coll. 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 (1) : 7-16.



L'urologie, la néphrologie et la sexologie

13 et 14 septembre 2012
Hôtel Sheraton Laval, Laval

Inscrivez-vous avant le 31 août 2012 !
Pour informations : congrès@fmoq.org

