

Comment améliorer la compétence des internes à assurer le suivi au long cours en médecine générale ?

Jean-François Massé¹, Céline Baron², Jacqueline Lacaille-Urien³, Claude Attali⁴,
Jean-François Huez², Pierre Le Mauff³

exercer 2008;80:23-7.

jfc.masse@club-internet.fr

1. UFR Poitiers
2. UFR Angers
3. UFR Nantes
4. UFR Créteil

Introduction

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini onze fonctions pour la médecine générale¹. L'une d'entre elles est la responsabilité de la continuité des soins dans la durée, selon les besoins du patient.

Le suivi au long cours en médecine générale s'inscrit dans la (longue) durée, il met en jeu un médecin choisi par un patient et se construit par la succession des rencontres². Il consiste à :

- être présent quand le patient en a besoin ;
- établir un contrat de confiance (explicite ou implicite) ;
- faire régulièrement la synthèse de ses problèmes de santé ;
- vérifier les résultats obtenus vis-à-vis des propositions qui lui ont été faites.

Il implique aussi :

- d'évaluer les difficultés du patient à adhérer aux propositions médicales et à s'y adapter ;
- de prendre en considération la responsabilité qu'engage le médecin.

Le dossier médical est le socle du suivi au long cours et organisé pour le faciliter.

Continuité des soins, suivi au long cours et lieux d'apprentissages

Il faut distinguer ce qui relève de l'organisation professionnelle nécessaire à la continuité des soins proprement dite de ce qui relève de la pratique professionnelle dans le cadre de cette organisation pour assurer le suivi clinique au long cours.

La continuité des soins. Elle peut être abordée au cours de tous les stages puisqu'elle concerne l'organisation du parcours du patient dans le système de soins (l'hospitalisation n'étant qu'une période dans la vie du patient), sous réserve que l'interne soit sensibilisé à ce qui s'est passé avant et se passera après l'hospitalisation. La permanence des soins, elle, ne pourra être abordée que pendant le stage chez le praticien et les stages hospitaliers qui ont une interface avec la permanence des soins ambulatoires (urgences).

Le suivi au long cours personnalisé en médecine générale. En revanche, il ne peut être appréhendé qu'en contexte de soins primaires puisqu'il concerne la pratique professionnelle. Cela implique que l'appropriation de cette compétence se déroule durant le stage chez le praticien (niveau I) et le stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS, niveau II).

Formation pratique en médecine générale

Pour l'interne, le stage de niveau I a pour objectif principal d'acquérir l'autonomie professionnelle. Il est structuré en trois phases :

- une phase d'observation initiale ;
- une phase de mise en situation professionnelle en supervision directe ;
- une phase de mise en autonomie, en supervision indirecte.

Cette construction permet difficilement aux internes de disposer d'une période suffisante pour effectuer le suivi au long cours des patients.

Pour le diplôme d'études spécialisées³ (DES), les internes de médecine générale ne font qu'un stage de six mois en médecine générale. Selon les facultés⁴, 30 à 50 % d'entre eux peuvent en faire un second, c'est le SASPAS⁵. Il a pour objectif principal d'améliorer les compétences professionnelles des internes. Ils sont d'emblée mis en autonomie, ce qui leur permet de pouvoir suivre certains patients dans la durée. Cette mise en autonomie d'emblée favorise la rencontre personnalisée précoce interne/ patient et la possibilité d'en initier de nouvelles induisant le « suivi dans la durée » et facilitant la perception des spécificités de cette compétence. Le SASPAS est donc LE stage qui permet le mieux à l'interne d'acquérir cette compétence.

Cet article est le fruit d'un séminaire organisé par le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) qui a réuni des enseignants des Unités de formation et de recherche (UFR) d'Angers, Brest, Nantes, Poitiers et Rennes en février 2007.

Ces cinq UFR ont comme même positionnement pédagogique le modèle par apprentissage dont les grands principes⁶ sont : centrer la formation sur les apprentissages en situation professionnelle authentique et en interaction avec des maîtres d'apprentissage, et partir des connaissances antérieures de l'apprenant pour construire des processus de résolution de problèmes complexes, pertinents et adaptables aux circonstances.

Cette démarche est centrée sur les processus cognitifs de résolution de problème et l'objectif est de former des praticiens réflexifs⁷.

Il existe une solide cohérence entre le paradigme d'apprentissage, la perspective constructiviste de l'apprentissage et le courant de l'évaluation authentique⁸. Pendant la durée de leur DES, les internes de médecine générale ont un tuteur pédagogique qui les aide à acquérir les compétences à l'autoévaluation, évalue certains de leurs travaux et les aide à constituer le portfolio⁹ qui permettra de certifier l'acquisition des compétences.

Ce travail avait pour objectifs de tenter de répondre à plusieurs questions :

- comment mettre en place au mieux l'acquisition des compétences en situation de suivi au long cours pour les internes ? (objectif principal) ;
- comment évaluer cette acquisition ?
- comment intégrer ce travail dans la validation des compétences en fin de DES ?

Méthode

Consensus d'experts utilisant la méthode des *focus groups* avec comme objectifs ceux énoncés plus haut. La cible était les participants du séminaire expérimental de formation et de production « recherche-action » qui s'est déroulée en février 2007. Les participants étaient tous enseignants cliniciens ambulatoires (ECA) expérimentés dans leur fonction de maître de stage de SASPAS, et volontaires pour participer à cette expérience.

Ils ont été répartis en trois groupes préalablement déterminés pour être homogènes et stratifiés sur l'origine géographique, le sexe ratio, et les compétences pédagogiques. Chaque groupe était animé par un enseignant associé et comprenait un observateur, également enseignant associé, dont la mission était de présenter un rapport du travail de chaque groupe à l'ensemble des participants.

Lors de la présentation des travaux des groupes, et grâce au débat qui s'est instauré, des apports ont enrichi la production initiale. Un quatrième observateur était chargé de colliger tous ces apports.

À partir du matériau ainsi récolté, une première version de ce travail a été rédigée. Le groupe des

rédateurs a ensuite régulièrement échangé pour finaliser cet article. Le texte ainsi produit a été soumis pour approbation et/ou critiques à la relecture de tous les participants du séminaire.

Résultats

Les résultats se divisent en deux chapitres : les problématiques pédagogiques et professionnelles posées par l'apprentissage de cette compétence, puis les propositions pour en faciliter l'acquisition.

Les problématiques

Initialisation du suivi au long cours en SASPAS

Avec une durée de stage limitée à six mois, l'interne et ses maîtres de stage doivent mettre en place les conditions nécessaires à la réalisation de cet objectif prioritaire dès le début du SASPAS. Plusieurs questions se posent :

- quelle est la motivation de l'interne et celle du maître de stage ?
- quel est le niveau de compétence initial de l'interne concernant le suivi au long cours ? Le manque d'expérience dans ce domaine peut être un frein naturel à la réalisation de ces consultations (conduite d'évitement). Les consultations de suivi sont des consultations où l'implication relationnelle des acteurs, patient et soignant, est forte ce qui peut constituer un frein naturel au changement de la part du patient mais également de l'interne ;
- quelles sont les situations-problèmes facilement et rapidement exploitables pendant le SASPAS ?

Suivi au long cours : organisation d'une file active

La prise de rendez-vous n'étant pas spontanée pour cette demande :

- quelles sont les mesures qui peuvent faciliter, inciter le suivi au long cours des patients ?
- quels sont les rôles respectifs des enseignants cliniciens, des internes, et des secrétariats ?

L'expérience de l'interne étant faible dans ce domaine :

- quel délai faut-il lui laisser pour mettre en place ce type de consultations ?
- comment déléguer ce suivi en préservant la qualité des soins et le contact avec le patient ?

Le suivi au long cours nécessitant un séquençage temporel :

- comment organiser l'agenda de l'interne en conséquence ?
- est-il préférable de privilégier le début d'un suivi, le relais d'un suivi, ou les deux ?

Suivi au long cours et supervision(s)

Quelle(s) modalité(s) de supervision utiliser pour l'apprentissage de cette compétence ?

Comment organiser en pratique la supervision indirecte pour en faciliter l'acquisition ?

La supervision directe est-elle à exclure *a priori* ? Sinon, comment l'articuler avec la supervision indirecte ?

Les outils pédagogiques actuels sont-ils adaptés à cet objectif spécifique ?

Les propositions du groupe de travail

L'analyse systémique de la problématique a permis de repérer des stratégies de résolution aux problèmes posés dans trois champs : l'organisation du cabinet médical, celui de la pratique professionnelle, et celui de la pratique pédagogique.

Agir dans le champ organisationnel

Prévoir des consultations dédiées.

Au niveau du secrétariat : favoriser l'orientation ciblée des patients en fonction de cet objectif et pas seulement dans une logique de fonctionnement du cabinet. Le secrétariat a naturellement tendance à organiser des plannings de consultations plutôt que de favoriser les types de consultations. Faire des mises au point régulières entre l'ECA et le secrétariat à partir des agendas des internes et des contraintes de fonctionnement du cabinet. Autrement dit, harmoniser logique de fonctionnement et logique pédagogique.

Inciter les internes à redonner des rendez-vous aux patients afin de se constituer une file active, quitte à programmer des séances de supervision directe ciblées afin de garder le contact avec les patients et leurs problèmes de santé.

Agir sur le champ professionnel

Avec les patients :

- informer sur le déroulement du stage et ses possibilités de suivi au moyen de différents canaux : affiche dans la salle d'attente, informations par le secrétariat, explications directes, etc. ;
- vérifier la qualité de l'information transmise par le secrétariat en interrogeant les patients tout au long du stage ;
- présenter directement certains patients (intéressés et consentants) à l'interne en expliquant les conditions ;
- organiser des rencontres de réassurance mutuelle entre patient et médecin traitant.

Travail personnel de l'ECA :

- analyser sa pratique de soins et d'enseignement : en quoi la place laissée à l'interne peut-elle nuire au travail antérieur avec le patient ? Réfléchir à la place de son investissement personnel dans le rapport aux patients : « laisser **sa** place ou laisser **la** place ? », travail de deuil symbolique, blessure narcissique ;

- organiser en amont des consultations avec les patients et l'interne, « reprendre la main » à intervalles réguliers notamment avant le départ de l'interne, pour synthétiser le travail effectué et l'évaluer ;
- favoriser des rencontres régulières entre tous les membres du cabinet ou du centre de médecine générale afin de faire le point sur ce thème entre ECA et interne ;
- utiliser les complémentarités entre praticiens (suivi d'une femme enceinte, patient ayant une addiction, par exemple).

Agir sur le champ pédagogique

Lister les situations exemplaires qui se prêtent au suivi longitudinal et en profiter pour mettre l'interne en situation :

- préventions primaire, secondaire ou tertiaire ;
- situations particulières : grossesse, adolescent en crise, personne âgée fragile ou dépendante, soins palliatifs, etc. ;
- suivi de maladies chroniques et psychiatriques.

Repérer les acquis de l'interne en début de stage par des entretiens pour définir les situations cliniques qui permettront l'apprentissage de cette compétence en tenant compte de ces acquis.

Programmer des supervisions spécifiques : repérer, dans l'activité de l'interne, les consultations de suivi pour pouvoir en faire l'évaluation formative. Ces consultations doivent être facilement repérables (carnet de bord de consultations). Organiser l'expression de chacun des protagonistes (patient, interne, ECA) et en garder les traces pour « suivre le suivi ».

Créer et utiliser des outils pour l'évaluation formatrice de l'apprentissage de cette compétence :

- carte heuristique¹⁰ ;
- récit de situations complexes et authentiques¹¹ sur le suivi au long cours à demander spécifiquement pendant le stage ;
- carnet de suivi papier spécifique ou espace dans le portfolio dédié à l'illustration de l'acquisition de cette compétence ;
- traces dans le dossier patient : courriers médicaux ou paramédicaux ou médicosociaux rédigés ou reçus par l'interne, résultats d'exams complémentaires. Ces éléments du dossier sont à la fois des traces du travail effectué par l'interne et des éléments objectifs de supervision indirecte pour l'ECA.

Faire le lien entre la pratique de l'interne et les groupes d'échange de pratique et programmer qu'au moins un groupe d'échange de pratique concerne le suivi au long cours en médecine générale.

Discussion

Sur les limites méthodologiques

Recueillir des informations sur la pratique de professionnels, sur l'analyse de cette pratique, et sur les réflexions qui en découlent relève de la recherche qualitative. Plusieurs méthodes de recherche qualitative étaient disponibles¹².

Compte tenu du nombre de participants à ce travail et du contexte, deux types de méthodes étaient utilisables : les entretiens de groupe (*focus group*) ou l'observation directe non participante.

La méthode utilisée pour ce travail ne rentre pas dans un cadre théorique précis. Elle s'inspire à la fois de l'observation directe non participante pour le recueil des données et de la méthode Delphi pour l'analyse et la mise en forme des résultats. Ce choix a été fait car il constituait le meilleur compromis entre faisabilité et efficacité pour trouver un consensus.

En recherche qualitative, il convient de discuter la validité, la crédibilité et la transférabilité des données¹⁴. Pour la validité, les participants ont pu faire leurs interventions « à chaud » lors de la présentation par les observateurs du résultat de leurs travaux. Ils ont ensuite été sollicités pour une lecture critique du travail accompli, dix d'entre eux se sont exprimés.

Pour la transférabilité, la présence d'ECA de cinq facultés différentes et la similitude du contexte de l'étude avec ceux des facultés françaises est un gage de la transférabilité des résultats.

Pour la crédibilité, un certain nombre de faiblesses méthodologiques altèrent la crédibilité des résultats :

- les travaux des groupes ont été retranscrits au fur et à mesure par les observateurs, ce qui ne garantit ni l'exhaustivité ni l'objectivité du recueil des données, aussi bien pour la production des groupes que pour la mise en commun des productions ;
- les points de vue des participants n'ont été explorés que d'une seule façon, même s'ils ont pu s'exprimer en seconde intention lors de la mise en commun des travaux de chaque groupe ;
- la neutralité et l'impartialité des observateurs sont incertaines car ils étaient tous enseignants de médecine générale responsables de l'organisation pédagogique de leurs départements facultaires.

Ces limites avaient été acceptées compte tenu des contraintes de lieu et de temps d'un séminaire de recherche-action.

Sur les résultats

La mise en place

Le groupe de travail a bien analysé les conditions à réunir pour une mise en place efficace :

- évaluer le développement professionnel de l'interne pour cette compétence. La coordination entre l'ECA (qui découvre l'interne) et le tuteur pédagogique

(qui le suit depuis le début de son cursus) est indispensable. En plus de l'aide apportée par le tuteur, le contenu du portfolio trouve ici toute sa place ; il permet à l'ECA d'intégrer les traces d'apprentissages antérieurs ;

- déterminer ensemble, ECA et interne, les situations-problèmes les plus adaptées, celles qui auront du sens pour l'interne ;
- réfléchir avec le maître de stage, son secrétariat et l'interne aux conditions d'organisation du cabinet médical à adapter¹⁵.

Le SASPAS est le stage où les internes peuvent le mieux appréhender et améliorer cette compétence professionnelle or :

- seulement 1/3 des internes y accèdent. Qu'une partie seulement des futurs généralistes puisse faire un SASPAS est regrettable et dommageable ;
- pour atteindre cet objectif de formation, la mise en place doit être très précoce. Il est donc capital de disposer dès le début du stage des données permettant d'évaluer le développement personnel de l'interne et son niveau de compétence. Le tuteur pédagogique et le portfolio ont là toute leur importance.

Évaluer la pratique des internes

La supervision indirecte. Les internes étant en autonomie pendant le SASPAS, les participants ont exploré les modalités de supervision indirecte que ce soient des traces « professionnelles », par exemple le contenu du dossier patient, les courriers, les résultats d'examens, ou des traces « pédagogiques », par exemple les cartes heuristiques, les récits de situations complexes et authentiques, les entretiens de supervision.

La supervision directe. Elle a été analysée dans un second temps et une proposition intéressante a été faite : organiser une supervision directe en fin de stage en présence du ou des patient(s) suivi(s) au long cours par l'interne. Cette modalité a une double pertinence :

- pertinence professionnelle puisqu'elle permet au médecin traitant de renouer le contact avec son patient suivi par l'interne et de faire le point sur la prise en charge,
- pertinence pédagogique puisque ce point sur la prise en charge constitue de facto une évaluation du travail de l'interne.

Quelles que soient les modalités proposées, l'objectif est d'évaluer le travail de l'interne, et d'inférer le niveau de compétence qu'il a développé. C'est une évaluation des apprentissages centrée sur les compétences telle que l'a définie Scallon¹⁶, c'est-à-dire définir des situations-problèmes adaptées au niveau de développement de l'apprenant (complexes, authentiques et qui ont du sens pour sa formation) et des enseignants formés à l'évaluation de la pratique professionnelle de l'interne.

Tout le travail pédagogique de l'ECA doit laisser des traces objectives : comptes rendus d'entretien(s), de séances de supervision directe ou indirecte, évaluation des tâches d'apprentissage, recherches bibliographiques, etc.

Pendant son SASPAS, l'interne continue à travailler avec son tuteur pédagogique. Celui-ci doit tenir compte du travail entre l'ECA et l'interne pour adapter son accompagnement pédagogique. Ici, la coordination et la complémentarité entre les enseignants dans un système pédagogique centré sur les apprentissages et l'évaluation des compétences sont nécessaires, ce qu'a bien démontré Tardif¹⁷.

Les participants ont souligné l'intérêt du portfolio pour conserver les traces d'apprentissage, faciliter les échanges entre l'interne et ses différents enseignants, en pointant la performance du portfolio électronique¹⁸. Le problème de sa structuration et de sa finalité n'a pas été soulevé.

La certification des compétences n'est pas de la responsabilité des ECA. Elle est institutionnelle, donc de la responsabilité du directeur du département et/ou du coordonnateur du DES de médecine générale. Les participants n'ont pas mis en perspective leurs réflexions sur une compétence avec la certification des compétences des internes, alors que leur rôle est capital, car un portfolio structuré autour des compétences, recueillant des traces d'apprentissage illustrant l'acquisition de chaque compétence, évalué par divers enseignants formés, serait un outil performant pour la certification finale¹⁹.

Conclusion

Ce travail traduit la volonté des enseignants cliniciens ambulatoires de se centrer sur l'évaluation des compétences afin de former les internes au plus près de leur future pratique professionnelle. Le suivi au long cours en médecine générale, compétence « emblématique », était le thème de réflexion de ce travail. Les résultats exposés montrent les progrès faits sur le plan conceptuel, sur les modalités de mise en place, sur l'appropriation des outils pédagogiques et sur les propositions pratiques qui en découlent. Ils soulignent également, en creux, les problèmes de fond qui persistent. Existe-t-il des travaux de recherche sur cette thématique et des référentiels pour évaluer cette compétence ? Les enseignants sont-ils formés pour ? Ce travail ouvre des voies de recherche pédagogique sur l'évaluation de cette compétence et, bien au-delà, sur l'ensemble des compétences professionnelles du médecin généraliste. C'est aux enseignants de médecine générale de mettre en œuvre les travaux de recherche méthodologiquement solides visant à démontrer l'efficacité de ces propositions. C'est une

approche dans la perspective de l'analyse de la pratique professionnelle initiale (certification) et, pourquoi pas, de l'évaluation de la pratique professionnelle dans le cadre de la formation médicale continue.

Références

1. Allen J, Gay B, Crebolder H et al. La définition européenne de la médecine générale. Médecine de famille. WONCA Europe 2002;7-18.
2. Pouchain D, Attali C, de Butler J et al. Médecine Générale. Concepts & Pratiques. Paris : Masson 1996:1026 p.
3. Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Liste et réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. Bulletin officiel n° 39 du 28 octobre 2004.
4. Le Mauff P, Jacquet JP, Gilberg S. Évaluation de la mise en place du SASPAS dans les UFR. Exercer 2005;72:31-4.
5. Circulaire DGS/DES/2004/n° 192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé.
6. Tardif J. L'évaluation dans le paradigme constructiviste. In : Hivon R. L'évaluation des apprentissages : réflexions, nouvelles tendances et formation. Université de Sherbrooke 1993:27-56.
7. Schön DA. Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Montréal : Les Éditions Logiques 1999:418 p.
8. Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. Repères conceptuels et pratiques, perspectives. Pédagogie Médicale 2002;1:38-52.
9. Naccache N, Samson L, Jouquan J. Le portfolio en éducation des sciences de la santé : un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation. Pédagogie Médicale 2006;7:110-27.
10. Bessette S, Duquette H. Développement d'une pratique réflexive. Découvrir ses savoirs d'action et enrichir sa pratique grâce aux cartes mentales. Collège de Sherbrooke 2003.
11. Le Mauff P, Farthouat N, Goronflot L et al. Récit de situation clinique et authentique : le modèle nantais. La revue du praticien médecine générale 2004;654/655:724-6.
12. Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L et al. S'approprier la méthode du focus group. La revue du praticien médecine générale 2004;645:382-4.
13. Britten N, Jones R, Murphy E, Stacy R. Qualitative research methods in general practice and primary care. Fam Pract 1995;12:104-14.
14. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Beverly Hills (CA). Sage Publications 1985.
15. Escourrou B et al. Le SASPAS prépare-t-il à la prise en charge des pathologies chroniques ? Exercer 2006;79:132-4.
16. Scallon G. L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences. Bruxelles : De Boeck 2004.
17. Tardif J. L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement. Montréal : Les éditions de la Chenelière 2006.
18. Wielenga D. Proving competence: integrative assessment and web-based portfolio system in a dynamic curriculum. Document présenté à la Society for Information Technology and Teacher. San Diego : Education International 2000.
19. Le Mauff P, Pottier P, Goronflot L, Barrier J. Évaluation d'un dispositif expérimental d'évaluation certificative des étudiants en fin de troisième cycle de médecine générale. Pédagogie Médicale 2006;7:142-54.