

Comment réussir une évaluation formative des compétences des internes en étant centré sur leurs processus cognitifs d'apprentissage ?

1. UFR Brest
2. UFR Nantes

Philippe Bail¹, Pierre Le Mauff²

exercer 2008;83:104-10.

philippe-bail@wanadoo.fr

Mots-clés

Évaluation formative

RSCA

Processus cognitif

Introduction

Dans un précédent article¹, les processus cognitifs en jeu dans une interaction entre un enseignant et un étudiant ont été abordés. La finalité de cette interaction est d'aider un étudiant à construire des compétences professionnelles et à les évaluer. C'est au cours de la formation clinique que l'ensemble des dimensions de la compétence professionnelle sont développées et mises en action². Elle permet à l'étudiant d'être confronté à des situations-problèmes qu'il doit résoudre³. Les apprentissages sont d'autant plus profonds et significatifs qu'ils sont accompagnés, au cours de la formation clinique, par des enseignants stratégiques ayant une action de supervision efficace. Les données de la littérature illustrent surtout l'intérêt de la supervision directe d'un étudiant en situation professionnelle⁴, moins la supervision indirecte avec rétroaction retardée. Dans le cadre du DES de médecine générale, cette rétroaction pédagogique retardée est une nécessité, tant la formation en contexte clinique est soumise à diverses contraintes :

- des sites de stages multiples et éclatés entre les hôpitaux et l'ambulatoire, avec la nécessité pour l'interne de construire des compétences spécifiques en soins primaires ;
- des enseignants nombreux (hospitaliers et généralistes) intervenant à des niveaux de recours aux soins différents et dans des disciplines différentes ;
- des problèmes de santé et des contextes de soins différents ;
- de multiples contraintes souvent non contrôlées (aléas du recrutement des patients, charge de travail, hétérogénéité pédagogique et effectif insuffisant des enseignants, etc.).

Les récits de situations complexes et authentiques (RSCA), qui sont un élément essentiel du portfolio de l'interne en médecine générale, ont fait l'objet de

descriptions⁵. Nous n'avons jamais illustré comment un RSCA peut être un outil performant pour construire et évaluer certaines compétences professionnelles dans une approche formative. Le RSCA permet de mettre en évidence l'expertise spécifique de l'interne et sa capacité d'analyse réflexive, et il favorise les interactions avec les enseignants qui le guident vers la construction de ses compétences professionnelles.

C'est l'objectif de ce travail, à partir d'un RSCA utilisé (avec l'accord de son auteur) lors d'un atelier de formation pédagogique dans le cadre des XVII^e journées universitaires francophones de pédagogie des sciences de la santé de la CIDMEF, à Lille⁶.

Le RSCA comme matériel pédagogique

« Voilà maintenant un an et demi que je suis interne en médecine générale... un mois que je suis en stage chez mon praticien référent et dans vingt minutes mes vacances commencent. La journée s'est jusqu'à présent bien déroulée, l'ambiance est assez détendue quand vient le tour de Madame D. Le motif de consultation est, somme toute, banal dans la patientèle du Dr M., car il s'agit de mettre en place un traitement de fond homéopathique. À l'entrée de Madame D., je me présente comme interne en médecine générale et je demande à la patiente si ça ne la dérange pas que j'assiste à la consultation. La réponse n'étant pas négative je me positionne devant le clavier de l'ordinateur.

La demande d'un traitement de fond homéopathique est due au fait que la patiente se déclare dépassée par ses obligations quotidiennes. En effet Madame D., institutrice remplaçante, explique ne pas parvenir à mener conjointement une vie familiale et professionnelle

épanouie. Pour faire comprendre sa situation, elle décrit une semaine ordinaire type tout à fait édifiante. Madame D. ne s'accorde pas une seconde de repos, jonglant entre ses cours, ses corrections, son ménage, ses courses, son repassage, le fait de devoir amener les enfants au sport, sans oublier la cuisine et la nécessité de recevoir la famille de temps à autre.

Dans mon esprit, je me mets à plaindre cette femme, rapprochant son état de celui du burn-out des médecins généralistes. À la demande de ce que fait son mari, elle explique que lui aussi travaille beaucoup (il est professeur d'éducation physique), mais qu'il a une capacité à prendre du recul beaucoup plus importante qu'elle.

Et, alors que l'on voit avec elle comment faire pour la soulager, elle se met à pleurer, déclarant n'être bonne à rien, ne valoir rien. Devant cette femme en état de détresse morale, pour ne pas dire déprimée, le Dr M. et moi-même nous nous concertons, décidant pour elle de la nécessité de la mettre en arrêt de travail pour une durée d'un mois.

À cette invitation, Madame D. a une attitude surprenante : elle refuse l'arrêt, arguant de la nécessité de continuer à travailler pour ne pas prendre du retard. Commence alors une longue discussion durant laquelle Madame D. ne reprendra jamais une totale maîtrise d'elle-même. Je découvrerais également quelque chose que je ne connaissais pas, venant de Paris : le qu'en dira-t-on. En effet, après l'argument de la nécessité de ne pas prendre du retard professionnel, cet argument a été maintes fois exprimé par Madame D., cette dernière expliquant qu'il lui était impossible de s'arrêter car elle devrait de toute façon amener ses enfants à l'école et les parents d'élèves la voyant à cette occasion ne manqueraient pas de la juger.

Pour moi, voir un être humain dans un tel état de désespoir me fait l'effet d'une bombe, car je n'aurais jamais pu imaginer qu'une personne puisse souffrir à ce point, se battant contre sa maladie – la dépression avec son cortège de souffrances – et contre des préjugés dus à certaines personnes n'ayant rien d'autre à faire que de s'occuper de la vie des autres et de la juger en ne possédant pas toutes les données du problème.

À la fin de cette consultation d'une durée d'une heure et demie, l'arrêt de travail sera imposé à la patiente, le Dr M. et moi-même estimant qu'il lui était impossible d'être objective.

Au cours de la consultation nous avons tenté en vain de joindre le compagnon de Madame D., ce dernier se trouvant en région parisienne. Je découvris par la suite, à mon retour de vacances, que ce dernier, bien qu'ayant eu le Dr M. au téléphone ne croyait pas au diagnostic, n'acceptant l'arrêt de travail que du bout des lèvres et déclarant dans un second temps à sa femme qu'il serait bon qu'elle reprenne le travail pour se changer les idées.

Après avoir creusé un peu plus l'histoire personnelle de Madame D., on peut dater l'origine de la dépression à sa première grossesse (Madame D. a eu deux enfants). À cette époque, la patiente avait fait une dépression du post-partum qui avait été traitée par antidépresseur, mais ce dernier avait été arrêté prématurément par la patiente en raison du faible bénéfice que le médicament lui apportait. Le Dr M. m'explique que c'est pour cela que la patiente n'est pas sous antidépresseur.

Mais, pour l'instant, me voilà parti en vacances plus changé que jamais par une consultation qui m'a permis de découvrir la dépression et la souffrance qu'elle pouvait provoquer.

Je reviens chez mon médecin généraliste trois semaines plus tard. Pendant ces trois semaines je n'ai pas cessé de penser à Madame D. : qu'était-elle devenue ? L'arrêt de travail qui lui a été imposé a-t-il été utile ? »

Analyse réflexive du récit

« Au final, voilà trois mois que j'ai quitté le Dr M., et je pense toujours à cette patiente. Son cas m'a ouvert les yeux sur une maladie que je connaissais très mal, la dépression, et plusieurs questions se posent à moi.

- La première concerne l'origine même de la dépression de Madame D. : y a-t-il des facteurs favorisants la dépression du post-partum, et peut-on l'éviter ?
- La deuxième est en rapport avec l'entourage de la patiente : j'ai précisé que son mari ne comprenait pas la maladie de Madame D. Doit-on, dans ce cas, expliquer la maladie à la patiente et à son mari ?
- La troisième question concerne la prise en charge de la maladie. Au cours de mes études il m'a été enseigné que la dépression se soignait par antidépresseur et psychothérapie de soutien. Est-ce que cette maladie peut être traitée uniquement par psychothérapie comme dans le cas de la patiente qui refuse obstinément les traitements médicamenteux ?

La dépression du post-partum est connue de longue date. Dès 1858, Marcé a décrit des dépressions survenant cinq à six semaines après l'accouchement. En fonction des différentes études et des différents modes de diagnostic, la prévalence des dépressions caractérisées se situe entre 2 et 6 %, celle des dépressions mineures entre 6 et 10 %. L'incidence de la dépression étant maximale vers la sixième semaine.

Le DSM IV retient, comme définition de l'épisode dépressif, l'existence pendant au moins deux semaines consécutives d'une humeur triste et de la perte (ou d'une réduction significative) du plaisir normalement associé aux activités quotidiennes. En fonction d'autres critères, il détermine s'il s'agit d'un épisode dépressif sévère ou mineur. En fonction de la classification

DSM IV ou CIM 10, la période de quatre à six semaines suivant la naissance constitue la période durant laquelle la survenue d'épisodes dépressifs peut être rattachée au post-partum.

Mais existe-t-il des facteurs pouvant favoriser la survenue des dépressions du post-partum ? De nombreuses études fiables retiennent comme principaux facteurs de risque les antécédents psychiatriques et relationnels. Parmi les facteurs de risque psychiatriques on retiendra les antécédents de dépression postnatale, ou à une autre période de la vie, et les manifestations anxieuses ou dépressives durant la période périnatale. Il semble que l'intensité des manifestations anxieuses durant la grossesse soit corrélée à l'intensité des manifestations dépressives du post-partum. Parmi les facteurs de risque relationnels ou socio-économiques, on retient le faible soutien social, le faible niveau d'éducation, l'absence d'emploi, les carences affectives, les violences et abus sexuels de l'enfance. Ces facteurs de risque auraient comme conséquence commune de favoriser une faible estime de soi et une confiance réduite en ses qualités maternelles.

Dans le cas de Madame D., qui est institutrice, les facteurs de risque socio-économiques sont réduits : stabilité de l'emploi (bien que remplaçante) et niveau d'éducation élevé. Cependant, sa première grossesse remontant à 6 ans, il est impossible de retrouver des manifestations périnatales entrant dans le cadre des facteurs de risque psychiatriques, bien que l'interrogatoire initial, ayant pour but la détermination de la personnalité de la patiente (nécessaire à l'instauration du traitement homéopathique), ait permis de mettre en évidence un manque de confiance certain en ses propres qualités. Peut-on pour autant affirmer que la dépression du post-partum de Madame D. est liée à sa personnalité ? Les études n'ont pas montré de corrélation entre la personnalité de la patiente et la survenue de dépression du post-partum et on ne peut donc pas conclure.

Le cas de Monsieur D. qui ne comprend pas la maladie de sa femme est en réalité un cas fréquent comme j'ai pu le constater par la suite. En effet, de nombreuses personnes dans l'entourage direct de la personne dépressive se trouvent confrontées à un sujet n'ayant pas de maladie organique, replié sur lui-même et ne cessant de se dénigrer. L'attitude la plus fréquente dans ce cas est la lassitude lorsque la dépression se prolonge, et des réactions de rejet et d'incompréhension peuvent apparaître, réactions qui ne font que renforcer le patient, déjà culpabilisé, dans son sentiment d'inutilité et d'échec. Ainsi, outre le fait d'expliquer la maladie dépressive au patient, il faut aussi l'expliquer à son entourage avec, comme objectif, sa collaboration au protocole de soins.

L'entourage doit éviter toute attitude de culpabilisation, d'anxiété ou de rejet, au profit d'attitudes de compréhension, d'acceptation, de collaboration afin de rassurer le patient. Pour le praticien, la prise en charge de la dépression ne se limite pas uniquement au traitement d'une personne mais concerne aussi l'environnement ; une présence compréhensive et une écoute attentive étant les meilleures alliées du patient et de sa famille.

Initialement, le cas de Madame D., outre la détresse due à la dépression, ne m'a interpellé qu'en raison de la prise en charge purement psychothérapeutique. Au cours de nos études, on nous a enseigné que la prise en charge de la dépression passait forcément par un traitement antidépresseur auquel s'associait une psychothérapie de soutien. Ainsi, ce cas m'a permis de voir une autre approche du traitement de la dépression, à savoir : la psychothérapie seule. Mais ce traitement peut-il suffire à lui seul ?

La dépression est multifactorielle, associant des perturbations biologiques cérébrales et une vulnérabilité psychologique personnelle conjointement à différents facteurs de stress (dans le cas de Madame D. la naissance de son premier enfant), à l'origine d'une mauvaise adaptation à son environnement. Ainsi, dès les années 1960, de nouvelles approches thérapeutiques de la dépression sont apparues : les thérapies cognitivocomportementales, ayant pour but l'acquisition par le patient de stratégies comportementales et cognitives pour lutter contre les manifestations de la dépression.

Par la suite, les thérapies comportementales et cognitives n'ont jamais montré d'efficacité inférieure à celle des antidépresseurs ; la combinaison des deux traitements étant souvent supérieure à chaque traitement suivi isolément comme le montre l'étude NIMH aux États-Unis comportant 250 patients ayant des dépressions caractérisées et traitées selon quatre procédures de prise en charge : thérapie cognitivocomportementale seule, thérapie interpersonnelle, imipramine et thérapie de soutien, placebo et thérapie de soutien.

Cependant, il est important de préciser la nécessité de la réalisation de la thérapie cognitivocomportementale par un praticien formé à cette spécialité, ce qui manque cruellement en France. »

Synthèse

« Le cas de Madame D. m'aura donc appris à connaître la dépression, à la traiter comme il se doit – sans pour autant négliger l'entourage – et à modifier mon approche thérapeutique en m'apportant une nouvelle vision des thérapies cognitivocomportementales.

Cela fait trois mois que je n'ai pas eu de nouvelles de Madame D. et j'espère qu'elle ira mieux quand je me

rendrai chez mon praticien. Cependant, je pense que le chemin sera encore long avant que la patiente se reconstruise totalement et puisse à nouveau jouir de la vie. »

Références

- Dayan J. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2007;36:549-61.

Méthode pédagogique et résultats

La démarche de l'enseignant qui réalise une évaluation formative, centrée sur le travail écrit de l'interne, dans l'objectif d'améliorer ses compétences professionnelles et en étant centré sur ses processus cognitifs d'apprentissage, passe par trois étapes :

- faire un diagnostic pédagogique ;
- élaborer une stratégie pédagogique d'amélioration des compétences de l'interne ;
- s'engager, ensemble, sur un projet pédagogique.

On réalise d'emblée la similitude d'approche (et des processus cognitifs mobilisés) entre la prise en charge globale du médecin généraliste centrée sur le patient¹ (démarche EEE), et la prise en charge pédagogique de l'enseignant centrée sur l'interne.

Le diagnostic pédagogique

Comme le praticien qui établit son diagnostic de situation, l'enseignant doit utiliser l'approche systématique pour faire le diagnostic pédagogique. Appliqué au matériau pédagogique livré par cet interne, on retient :

- qu'il est en deuxième année de DES de médecine générale ;
- en début de stage chez le praticien, première expérience de soins ambulatoires ;
- qu'il n'est pas en autonomie (c'est son praticien qui fait la consultation) ;
- que ce RSCA permet de travailler dans les trois champs d'activité des compétences professionnelles en médecine générale⁷ : la démarche clinique, la communication avec les patients et l'exercice professionnel ;
- qu'il n'a jamais été confronté à la prise en charge d'une patiente possiblement dépressive = champ de l'exercice professionnel ;
- que le vécu de cette situation a eu chez lui des conséquences psychoaffectives qui sont venues

« parasiter » ses processus cognitifs = champ de la communication avec les patients ;

- qu'il s'est interrogé sur la dimension éthique et déontologique de cette situation : secret médical, place du mari dans cette problématique, jusqu'où va le respect de l'autonomie du patient ? ;
- que la séance de soins a duré une heure et demie, ce qui interroge sur l'organisation de l'exercice professionnel = champ de l'exercice professionnel.

Ce RSCA est le témoin d'une réflexion médicale à un moment donné du cursus et dans un contexte donné.

Dans sa supervision, l'enseignant doit donc tenir compte :

- des stages antérieurs de la maquette de DES de l'interne ;
- des RSCA qu'il a déjà rédigés et intégrés dans son portfolio ;
- des compétences qu'il a ou n'a pas encore construites ;
- du niveau de ces compétences.

Tous ces éléments ne sont pas présents dans le contexte de cet article. Tenant compte de ce bilan, l'enseignant centrera sa supervision sur une ou plusieurs compétences spécifiques (la qualité primant la quantité).

À partir du matériau pédagogique fourni, la compétence spécifique à travailler avec cet interne est l'approche centrée sur la personne. Cette compétence, citée dans la plupart des référentiels de compétences⁷, est essentielle à développer dans ce contexte du stage chez le praticien, avant la mise en autonomie.

Stratégie pédagogique d'amélioration des compétences professionnelles et engagement commun

Partant du référentiel de compétences du CNGE⁷, appliqué à Brest et Nantes, nous relevons dans le récit de l'interne les indicateurs suivants.

- Adopter une approche centrée sur la personne et son entourage en tenant compte du contexte personnel du patient ; l'interne en parle ainsi : *« Pour faire comprendre sa situation, elle décrit une semaine ordinaire type tout à fait édifiante. Madame D. ne s'accorde pas une seconde de repos, jonglant entre ses cours, ses corrections, son ménage, ses courses, son repassage, le fait de devoir amener les*

enfants au sport, sans oublier la cuisine et la nécessité de recevoir la famille de temps à autre. [...] Après avoir creusé un peu plus l'histoire personnelle de Madame D, on peut dater l'origine de la dépression à sa première grossesse. »

- Créer une relation adaptée entre le médecin et le patient, en respectant son autonomie :
 - manifester une écoute active et empathique ; si le comportement de l'interne laisse deviner une empathie, nous ne pouvons recueillir aucune trace d'écoute active ;
 - maîtriser les techniques de communication verbale et non verbale ; nous ne pouvons recueillir, dans le corps du récit ni dans l'analyse réflexive de signes de communication verbale et non verbale, aucun indice venant illustrer une psychothérapie de soutien ;
 - adapter la communication aux possibilités de compréhension du sujet ;
 - prendre en compte ses émotions et celles du patient : « *Dans mon esprit je me mets à plaindre cette femme rapprochant son état de celui du burn-out des médecins généralistes. [...] elle se met à pleurer, déclarant n'être bonne à rien, ne valoir rien. [...] Pour moi, voir un être humain dans un tel état de désespoir me fait l'effet d'une bombe, car je n'aurais jamais pu imaginer qu'une personne puisse souffrir à ce point [...]. Mais, pour l'instant, me voilà parti en vacances plus changé que jamais par une consultation qui m'a permis de découvrir la dépression et la souffrance qu'elle pouvait provoquer. [...] Pendant ces trois semaines je n'ai pas cessé de penser à Madame D. : qu'était-elle devenue ? L'arrêt de travail qui lui a été imposé a-t-il été utile ? [...] Au final, voilà trois mois que j'ai quitté le Dr M., et je pense toujours à cette patiente. »*
 - intégrer dans la pratique les principes éthiques appliqués aux soins : humanité, respect, égalité, autonomie du patient : « *À l'entrée de Madame D., je me présente comme interne en médecine générale et je demande à la patiente si ça ne la dérange pas que j'assiste à la consultation. [...] nous nous concertons décidant pour elle de la nécessité de la mettre en arrêt de travail pour une durée d'un mois. [...] À la fin de cette consultation d'une durée d'une heure et demie, l'arrêt de travail sera imposé à la patiente, le Dr M. et moi-même estimant qu'il lui était impossible d'être objective. Au cours de la consultation nous avons tenté en vain de joindre le compagnon de Madame D. [...]. »*

Le champ d'intervention pédagogique étant déterminé, deux modalités opératoires sont utilisées par

l'enseignant pour amener l'interne à développer des compétences d'un niveau supérieur à celui qu'il révèle dans son travail : le renforcement positif et le questionnement visant à enrichir son niveau réflexif. L'attribution de consignes pédagogiques constituant « l'ordonnance pédagogique » de l'enseignant.

- Le renforcement positif sur certains points :
 - l'item « adopter une approche centrée sur la personne et son entourage... » ; son travail illustre qu'il a acquis des notions à propos de l'approche systémique de la complexité, des interactions environnementales et psychoaffectives ;
 - l'item « intégrer dans la pratique les principes éthiques... » ; son travail montre qu'il a acquis des notions à propos de l'humanité et du respect : « *je me présente comme interne en médecine générale et je demande à la patiente... ».*
- Le questionnement sur d'autres aspects :
 - l'item « prendre en compte ses émotions... » ; nous jugeons que le raisonnement de l'interne a été « parasité » par ses affects. Pour l'aider à en prendre conscience (ce qu'il n'a pas réussi à faire spontanément pendant la consultation ni lors de l'analyse après la consultation), nous proposons d'utiliser certaines modalités de l'entretien d'aide⁸ et certaines modalités de la supervision pédagogique⁹. Nos questions sont orientées pour lui faire décrire son expérience afin qu'il confronte ses perceptions avec l'analyse réflexive faite ensemble. Cette interaction peut se réaliser à l'occasion d'un entretien formel ou par l'e-portfolio ;
 - l'item « intégrer dans la pratique les principes éthiques... » ; les écrits de l'interne interrogent le principe du respect de l'autonomie du patient, celui de son consentement et de la décision partagée. Il faudra le questionner sur ses savoirs et accompagner sa réflexion sur les conséquences que ces impératifs éthiques ont sur la pratique professionnelle.
- L'attribution de consignes : par exemple, demande de recherche bibliographique pertinente sur les points déficitaires ou négligés, et d'analyse et de synthèse de ces articles recontextualisés à la situation clinique décrite.

Des degrés existent dans ces consignes : nous pouvons lui donner les références de ces articles, nous pouvons le guider dans ses recherches ou nous pouvons le laisser faire ses recherches en autonomie.

Discussion

Cet article n'avait pas pour objet de travailler sur l'analyse de la construction du RSCA*, mais sur les processus cognitifs d'apprentissage. Nous avons également fait le choix, à partir de ce récit, d'illustrer une seule compétence. Dans notre exemple, nous avons insisté sur la compétence dans le champ de la communication et des soins centrés sur la personne. Nous aurions pu travailler sur le champ de l'exercice professionnel à partir d'un indice comme celui de la durée de la consultation. Même volontairement réduit dans le cadre de cet article, ce matériel pédagogique permet d'illustrer plusieurs points.

- Il est nécessaire pour l'enseignant de rester centré sur la production écrite de l'interne dans l'optique d'un diagnostic pédagogique. La rencontre de soins a eu lieu, elle n'est plus à refaire. L'expertise professionnelle de l'enseignant dans son interaction avec l'étudiant peut lui permettre, en plus des stratégies de renforcement positif et de questionnement, d'illustrer d'autres alternatives argumentées, mais certainement pas de porter un jugement de valeur sur l'acte réalisé à un autre moment et dans un autre contexte.
- Nous avons procédé, à partir de la lecture du récit, à une analyse déductive d'une compétence sélectionnée. Pour ce faire, il est nécessaire d'utiliser les guides ou les référentiels de compétences professionnelles validés, soit généraux^{7,10} soit spécifiques, comme le guide de Calgary-Cambridge dans le cadre de la communication médicale¹¹. Il est nécessaire que les étudiants et les enseignants se les approprient. Dans notre exemple, une qualité réflexive plus élaborée de l'étudiant aurait été qu'il sélectionne lui-même, dans son analyse ou dans sa synthèse, la compétence qu'il pensait avoir illustrée le mieux, plutôt que de laisser son enseignant la déduire.
- Ce travail de supervision témoigne de la nécessité pour l'enseignant de se former à l'analyse de contenu dans le cadre d'une approche qualitative, afin de pouvoir porter un jugement objectif à partir du discours écrit d'un étudiant^{12,13}.
- L'écriture promeut l'activité réflexive en favorisant une perception plus « objective » des expériences vécues grâce à un processus de distanciation qui doit aider l'interne à distinguer les faits, et l'interprétation qu'il en a faite, et à appréhender la composante affective de l'apprentissage¹⁴. Dans notre exemple, l'écriture n'a pas permis à l'interne de réfléchir à cette composante affective, mais elle a permis aux enseignants de s'en rendre compte, de la mettre en évidence et de pouvoir la travailler avec l'interne. Dans le cadre d'une supervision directe avec observation, l'importance de cette composante affective sur le vécu de l'interne, pendant et surtout après la consultation, n'aurait pas été remarquée. En revanche, la supervision indirecte ne permet pas de porter un jugement sur l'écoute active, sur les techniques de communication verbale et non verbale mises en œuvre, ni sur l'adaptation de la communication du médecin aux possibilités de compréhension du patient. Nous aurions pu disposer d'informations précises sur ces aspects de la communication centrée sur le patient si le maître de stage avait procédé à une réelle supervision avec un retour oral ou écrit à l'étudiant qui lui aurait permis d'engager une réflexion critique sur ces points. Le RSCA doit servir à tous les enseignants qui encadrent l'étudiant (formateurs hospitaliers et ambulatoires, tuteurs), afin d'enrichir la rétroaction pédagogique et pour permettre de croiser les informations afin de conforter leur évaluation.
- Si les conditions de supervision sont correctement réalisées selon les processus cognitifs décrits, le RSCA est un outil pédagogique très fort pour privilégier l'apprentissage vers la pratique réflexive et l'autonomie cognitive et professionnelle, grâce au retour sur l'action médicale¹⁵, soit du fait de l'interne seul quand il reprend son récit pour en élaborer l'analyse et la synthèse après une recherche documentaire, soit du fait de l'interaction enseignant/étudiant dans la phase de construction de ce praticien réflexif, qui est le modèle du professionnel que nous visons.
- Ce travail de supervision et les interactions qui en découlent témoignent de l'exigence de cette supervision : exigence en termes d'expertise pédagogique, qui s'acquiert à partir de formations spécifiques (école du CNGE, DIU de pédagogie) et se développe avec l'expérience ; exigence en termes de temps passé pour l'enseignant, ce qui nécessite une reconnaissance statutaire et financière.

* L'analyse de la construction du RSCA concerne la qualité narrative, la pertinence par rapport à la médecine générale, l'abord de la complexité, la qualité de la réflexivité de l'interne, la qualité de la recherche documentaire, la qualité de la synthèse.

Conclusion

Nous avons choisi le RSCA d'un interne de deuxième année de médecine générale, sans rechercher l'excellence du travail. Même dans ce cas de figure, nous voyons combien un récit peut être riche de données qui permettent de juger de la construction ou non de certaines compétences, pour peu que les enseignants, dans leur travail de supervision et d'interaction, se réfèrent à un guide validé de compétences professionnelles et à l'analyse du discours écrit dans une approche qualitative.

Ainsi, l'utilisation du récit en formation médicale initiale interroge-t-elle l'interaction enseignant/enseigné à partir d'une relation de soins médecin/patient retranscrite par l'écriture ; l'enseignant est au service de l'étudiant comme le médecin est au service du patient.

Les auteurs remercient Thomas, interne de médecine générale brestois, qui leur a permis de construire cet article à partir d'un de ses RSCA.

Références

1. Le Mauff P, Bail P. Comment réussir une évaluation formative des compétences des internes en étant centré sur leurs processus cognitifs d'apprentissage ? *exercer* 2008;82:77-81.
2. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale* 2005;6:98-111.
3. Dalongeville A, Huber M, Situations-problèmes pour enseigner la géographie au cycle 3. Paris : Hachette Éducation, 2002.
4. Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B. AMEE Guide n°27: Effective educational and clinical supervision. *Med Teach* 2007;29:2-19.
5. Le Mauff P, Farthouat N, Goronflot L, Urion J, Senand R. Récit de situation complexe et authentique : le modèle nantais. *La revue du praticien médecine générale* 2004;654/655:724-6.
6. Bail P, Le Mauff P. Apprentissage à l'analyse de récits cliniques dans le portfolio des internes de médecine générale afin de juger du développement de leurs compétences. XVII^e journées universitaires francophones de pédagogie des sciences de la santé de la CIDMEF. Lille : avril 2008. In : Volume des Actes : 28-9.
7. Attali C, Bail P et al. Compétences pour le DES de médecine générale. *exercer* 2006;76:31-2.
8. Bioy A, Maquet A. Se former à la relation d'aide. Concepts, méthodes, applications. Paris : Dunod, 2003.
9. O'Brien HV, Marks MB, Charlin B. Le feedback (ou rétroaction) : un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique. *Pédagogie Médicale* 2003;4:184-91.
10. Le cadre de compétences CanMEDS. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada 2005.
11. Kurtz SM, Silverman JD, Draper J. Calgary-Cambridge Guide to communication: process skills. Consultable sur <http://www.skillscascade.com>. (Traduit et adapté en français par Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier MT.)
12. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. Bruxelles : De Boeck, 2003 (2^e éd.).
13. Jones RA. Méthodes de recherche en sciences humaines. Bruxelles : De Boeck, 1999.
14. Walker D. Writing in reflexion. In: Boud D, Keogh R, Walker D, eds. Reflection: turning experience into learning. London: Logan, 1985;52-68.
15. Jouquan J, Bail P. À quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Exemple d'une révision curriculaire conduite en résidanat de médecine générale. *Pédagogie Médicale* 2003;4:163-75.



Photo Marie-Lan Nguyen - 2006

Clé de Barbuk. Musée du Louvre, Paris, France