

Entraînement au raisonnement clinique avec des méthodes d'enseignement simples dans la pratique clinique quotidienne

Dans la pratique clinique quotidienne, il est fréquent d’observer que les médecins-assistants (MA) restent cantonnés à un rôle d’exécutant et contribuent assez peu au processus de diagnostic et de prise en charge des patientes et patients [1, 2].

Regula Fankhauser^a, Christoph Berendonk^b
^a Leitende Ärztin, Innere Medizin und Notfallmedizin, Solothurn; ^b Bereichsleiter Praktisches Assessment, Institut für Medizinische Lehre IML, Bern

Les MA sont bien rodés lorsqu’il s’agit de rapporter aux médecins-cadres (MC) les résultats de l’anamnèse et de l’examen d’une personne malade. En revanche, bien souvent, la génération autonome d’une hypothèse de travail avec des diagnostics différentiels (raisonnement clinique) et la soumission proactive de propositions pour les étapes diagnostiques et thérapeutiques ultérieures sont trop rares.

Il arrive régulièrement que les MC assurent automatiquement les processus de réflexion susmentionnés, de sorte que les compétences de raisonnement clinique des MA ne peuvent pas être suffisamment exercées. De bonnes occasions d’apprentissage sont ainsi manquées et l’entraînement des fonctions cognitives supérieures, qui sont essentielles pour le développement des compétences de raisonnement clinique, est insuffisant. Pourtant, il existe un certain nombre de méthodes d’enseignement qui peuvent soutenir une attitude proactive autodéterminée des MA dans ce domaine.

L’objectif de la présente étude était d’analyser les expériences faites par les MA et les MC concernant la promotion des compétences de raisonnement clinique des MA à l’aide de deux méthodes d’enseignement innovantes dans le cadre d’un projet pilote.

Méthodes
L’étude a été menée dans le service de médecine interne générale du Bürgerspital de Soleure. La population étudiée se composait de l’équipe médicale travaillant dans le domaine principal, soit 23 MA et neuf MC.
Nous avons choisi deux méthodes d’enseignement comme instruments:
1. Le «SNAPPS» est un modèle de présentation du patient en six étapes centré sur l’appre-

nant. SNAPPS est l’abréviation des six étapes permettant aux apprenants de présenter une patiente ou un patient (cf. tab. 1). Le SNAPPS offre une approche solide en termes de compétences de raisonnement clinique (s’enquérir des diagnostics différentiels, analyser et vérifier les diagnostics différentiels) [3, 4].
2. Comme deuxième intervention, nous avons choisi des visites didactiques hebdoma-

Tableau 1: Présentation d’une patiente ou d’un patient au moyen du SNAPPS.
Summarize the case Résumez brièvement le cas.
Narrow the differential Limitez les diagnostics différentiels à un maximum de 3 diagnostics possibles.
Analyze the differential Analysez les diagnostics différentiels sur la base des résultats disponibles (ce qui plaide pour, ce qui plaide contre).
Probe the preceptor Vérifiez vos pensées en posant des questions au chef de clinique sur les incertitudes, les difficultés ou les approches alternatives.
Plan management Élaborez un plan d’examen et de traitement pour la patiente ou le patient.
Select an issue for self-directed learning Choisissez un thème en rapport avec le cas pour l’étude personnelle.
Wolpaw TM, Wolpaw DR, Papp KK. SNAPPS: a learner-centered model for outpatient education. Acad Med. 2003 Sep;78(9):893–8.

Visites didactiques: conseils et astuces.

Le nombre de patientes et patients pour lesquels les MA doivent prendre la direction de la visite dépend du niveau de formation (1–2 patientes ou patients pour les MA venant d'obtenir leur diplôme d'État, tous les patients et patientes pour les MA expérimentés).

Avant la visite, les points sur lesquels l'accent doit être mis lors de la visite sont définis en commun. La définition des points principaux délimite les tâches des MA et facilite la supervision et le feedback.

Des exemples de ces points prioritaires sont:

- Structure de la discussion du cas de la patiente ou du patient avec le personnel soignant devant la chambre;
- Collaboration interprofessionnelle;
- Raisonnement en termes de diagnostics différentiels;
- Propositions pour la prise en charge;
- Communication avec la patiente ou le patient (sur un pied d'égalité, intelligibilité et quantité des informations, réponse aux questions, craintes, inquiétudes, etc.).

Les visites didactiques conviennent aussi bien pour les visites des chefs de clinique que pour les visites des médecins-chefs. Éventuellement, informer la patiente ou le patient à l'avance que c'est le MA qui dirige la visite, d'une part à des fins d'enseignement et d'autre part parce qu'il/elle connaît le mieux la patiente ou le patient.

Les visites didactiques se prêtent bien à une évaluation formative au sens d'un mini-CEX.

Dans la chambre de la patiente ou du patient, il est judicieux de se tenir un peu en retrait en tant que MC, car sinon la patiente ou le patient s'adresse souvent automatiquement à la personne la plus expérimentée.

Il est recommandé de définir devant la chambre de la patiente ou du patient les points qui doivent impérativement être demandés/examinés lors de la visite. Ainsi, il est moins nécessaire d'intervenir devant la patiente ou le patient.

dares au cours desquelles le MA prenait la direction de la visite et le MC jouait un rôle d'observateur et de coach.

Déroulement de l'étude

L'étude était divisée en trois phases.

Phase d'intervention: Nous avons débuté les interventions en octobre 2020: mise en œuvre de la méthode d'enseignement SNAPPS et de l'idée de la visite didactique par le biais de sessions de formation, d'informations par e-mail et de cartes de poche.

Phase d'implémentation: Il s'en est suivi une phase d'implémentation de trois mois, au cours de laquelle le SNAPPS et les visites didactiques ont été appliqués dans la pratique clinique quotidienne.

Collecte des données: Dans la mesure où la problématique de notre étude était de nature exploratoire, nous avons choisi une approche qualitative. En janvier 2021, nous avons mené des discussions en focus groups avec les MA et les MC, répartis en groupes distincts. Au total, trois réunions d'une durée d'env. 60 minutes ont été organisées en *focus groups*. Dans l'ensemble, 21 MA et 7 MC ont participé aux entretiens. La participation aux *focus groups* était volontaire pour tous les participants et participantes. Au cours des discussions en *focus groups*, les participantes et participants ont été invités à discuter de leurs expériences et, en particulier, des avantages et des inconvénients liés aux deux méthodes d'enseignement. Les discussions ont été enregistrées et retranscrites textuellement.

Analyse des données

L'évaluation des discussions en focus groups a été réalisée à l'aide de l'analyse qualitative de contenu [5]. Après une première analyse des transcriptions, l'équipe de recherche a identifié les thèmes pertinents en tant que catégories au moyen d'une procédure inductive. Dans un deuxième temps, toutes les transcriptions ont été codées à l'aide de ces catégories. Il s'agissait d'un processus itératif dans lequel la création de catégories influençait le codage et le codage influençait le développement des catégories.

Résultats

Nous avons identifié trois thèmes principaux:

- (1) l'apprentissage en tant que processus actif,
- (2) la supervision et le feedback dans la pratique clinique quotidienne et (3) la compréhension des rôles de médecin et de formateur.

1) L'apprentissage en tant que processus actif
L'introduction des méthodes d'enseignement a permis aux MA de jouer un rôle plus actif lors des visites des MC et des discussions de cas de patientes et patients. Les MA ont trouvé les méthodes d'enseignement précieuses et utiles pour devenir des médecins responsables ou être perçus comme tels. Ils ont ainsi appris à raisonner de manière autonome s'agissant des diagnostics différentiels et ont fait des propositions pour la prise en charge des patientes et patients – ils ont donc acquis les compétences que chaque médecin devrait maîtriser lorsqu'il obtient son titre de spécialiste.

MA 5: «Cela joue aussi un rôle dans la relation avec la patiente ou le patient, parce que si tu ne fais que suivre et que c'est le chef de clinique qui fait la visite, il est difficile d'établir une relation avec la patiente ou le patient. Si tu passes seul l'après-midi, beaucoup de patientes et de patients ne te perçoivent même pas comme un médecin. C'est pourquoi il est bon d'être soi-même aux commandes.»

Du côté des MC, beaucoup ont été étonnés de constater que certaines choses, comme le raisonnement en matière de diagnostic différentiel, les méthodes analytiques pour établir un diagnostic, etc., ne sont pas aussi évidentes qu'ils l'avaient supposé. Le SNAPPS a permis aux MA de s'exercer au processus de diagnostic et aux MC de mieux évaluer les connaissances, le raisonnement et le besoin de soutien de chaque apprenant.

MC 3: «J'ai trouvé intéressant que les MA aient tous été un peu dépassés par ce SNAPPS au début. Cela m'a montré que la pose d'un diagnostic est effectivement un problème. Au moins la moitié des MA ne pouvaient initialement pas gérer le fait que nous leur demandions à présent quel était leur avis sur le diagnostic.»

2) Supervision et feedback dans la pratique clinique quotidienne

Les MC ont estimé que les instruments constituaient de bonnes occasions de dispenser un enseignement adapté à la situation. Les apprenants ont également apprécié les instruments pour le feed-back individualisé qui en découle.

Raisonnement clinique au moyen du SNAPPS (tab. 1): conseils et astuces.

Pour mettre en œuvre le SNAPPS dans la clinique, l'ensemble du corps médical (tous les niveaux hiérarchiques) devrait, si possible, être formé en conséquence.

En guise d'introduction, un bref atelier de 30–45 minutes permet de s'exercer aux différentes étapes du SNAPPS à l'aide d'exemples de cas.

Pour faciliter l'utilisation au quotidien, des cartes de poche résumant brièvement les six étapes du SNAPPS peuvent être utilisées (par ex. faire imprimer le tab. 1 au format carte de poche).

Une discussion d'un cas de patiente ou de patient au moyen du SNAPPS ne dure pas plus longtemps qu'une discussion traditionnelle d'un cas de patiente ou de patient, en moyenne 4–6 minutes.

Vidéos et matériel pédagogiques SNAPPS:
Introduction: <https://youtu.be/cEZOjSyPhZ0>
SNAPPS in action: <https://youtu.be/Y6J3dL-7hZfk>
One-Pager SNAPPS: <https://paaonline.org/wp-content/uploads/imported-files/SNAPPS.pdf>

La supervision directe des MA dans le cadre des activités médicales principales, telles que la présentation du patient et la visite du médecin, permet un feedback et un enseignement ciblés, sans perte de temps considérable.

MC 2: «Je trouve que c'est très intéressant [la visite didactique] et je le fais de temps en temps. On y voit bien comment un MA aborde un patient ou une patiente. Des erreurs se produisent parfois dans la communication avec la patiente ou le patient, c'est pourquoi j'aime aussi observer cela de temps à autre. Certains se débrouillent très bien et font preuve d'un grand professionnalisme [...] et d'autres peuvent être encouragés et formés en conséquence.»

MA 2: «J'ai trouvé cela très positif, on est vraiment actif soi-même et on ne se contente pas de rester à côté. Cela m'a paru très utile, car je recevais immédiatement un feedback avec des remarques sur l'exhaustivité de la visite, etc.»

(3) Compréhension des rôles de médecin et de formateur

Certains MC interrogés ont indiqué qu'ils étaient tiraillés entre leur rôle de médecin traitant et leur rôle de coach, qui reste plutôt en retrait et observe.

MC 5: «Il est certain que l'on fait parfois des 'concessions' en tant que MC. Il faut trouver un juste milieu entre ne pas s'impliquer et intervenir, si nécessaire. C'est là que réside pour moi la difficulté. C'est pourquoi il est plus pertinent d'effectuer des visites didactiques avec des MA expérimentés, parce que cela nécessite généralement moins d'interventions de fond qu'avec des médecins venant de décrocher leur diplôme d'État.»

Sans surprise, les MA ont également constaté des différences entre les MC lorsqu'il s'agit d'endosser le rôle de formateur. Les MA ont trouvé les instruments d'enseignement utiles, notamment parce qu'ils aident les MC à remplir leurs fonctions de coach.

MA 3: «Cet instrument [SNAPPS] est également utile pour les chefs de clinique. Ils apprennent ainsi à laisser faire l'assistant et à poser les bonnes questions [...]. C'est un bon guide pour laisser les gens réfléchir.»

Discussion

Cette étude a examiné l'impact de l'introduction du SNAPPS et des visites didactiques sur la génération autonome d'hypothèses de travail, les diagnostics différentiels et la prise en charge des patientes et patients par les MA. Les deux instruments ont été jugés utiles par les MC pour permettre aux MA de s'exercer, sous supervision, aux processus de réflexion liés à la recherche du diagnostic et à la planification

des procédures ultérieures. L'implémentation de ces outils a eu pour effet que les MC n'ont pas automatiquement anticipé le processus d'élaboration du diagnostic, mais ont laissé ces étapes aux MA, tout en les supervisant directement. Cette expérience a contribué à faire prendre conscience aux MC que leur propre processus de réflexion est très différent de celui des apprenants, qui ne disposent pas encore de la même expertise clinique [6]. En outre, les méthodes d'enseignement aident les MC à prendre conscience de leur double rôle de médecin prestataire de soins d'une part et de formateur d'autre part.

Les méthodes d'enseignement ont aidé les MA à endosser un rôle plus actif dans la prise en charge des patientes et patients. Cela peut et doit bien sûr être adapté au niveau de formation postgraduée de chacune et chacun. Par exemple, pour les MA en 1^{ère} année, il peut être suffisant qu'ils élaborent une hypothèse de travail lors de la présentation d'une patiente ou d'un patient ainsi que les principaux diagnostics différentiels, alors que pour les MA plus avancés, il est possible qu'ils mènent la visite dans son intégralité. Grâce à l'apprentissage actif, au feed-back et à la supervision, les MA acquièrent au cours de leur formation postgraduée un spectre d'action s'élargissant progressivement et les compétences médicales spécialisées correspondantes.

Le SNAPPS et les visites didactiques se prêtent très bien à un feed-back spécifique à la situation; si l'on dispose de suffisamment de temps, on peut également procéder à une évaluation en milieu de travail [7]. Au vu de l'évolution actuelle, les deux sont indispensables pour la formation postgraduée médicale basée sur les compétences [8], et les *Entrustable Professional Activities* (EPA) pourront ainsi être évaluées de manière très efficace à l'avenir [9, 10]. De plus, à la fois le SNAPPS et les visites didactiques sont relativement faciles à intégrer dans la pratique clinique quotidienne sans que cela prenne beaucoup de temps.

Conclusion

En résumé, les méthodes d'enseignement du SNAPPS et des visites didactiques sont utiles aux MC pour superviser et encourager individuellement les MA dans le processus de raisonnement clinique. Les méthodes d'enseignement aident les MA à assumer un rôle actif et responsable dans la prise en charge des patientes et patients. Les occasions quotidiennes d'apprentissage actif, de supervision et de feed-back conduisent à une promotion graduelle des compétences médicales spécialisées. Une mise en œuvre dans d'autres institutions et spécialités en vaudrait la peine.

Correspondance

Regula Fankhauser
Solothurner Spital AG
Schöngrünstrasse 36A
CH-4500 Solothurn
regula.fankhauser[at]spital.so.ch

Références

- 1 Foley R, Smilansky J, Yonke A. Teacher-student interaction in a medical clerkship. *J Med Educ.* 1979 Aug;54(8):622–6.
- 2 Irby DM. Teaching and learning in ambulatory care settings: a thematic review of the literature. *Acad Med.* 1995 Oct;70(10):898–931.
- 3 Seki M, Otaki J, Breugelmans R, Komoda T, Nagata-Kobayashi S, Akaishi Y, et al. How do case presentation teaching methods affect learning outcomes? – SNAPPS and the One-Minute preceptor. *BMC Med Educ.* 2016 Jan;16(1):12.
- 4 Pascoe JM, Nixon J, Lang VJ. Maximizing teaching on the wards: review and application of the One-Minute Preceptor and SNAPPS models. *J Hosp Med.* 2015 Feb;10(2):125–30.
- 5 Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006 Jan;3(2):77–101.
- 6 Schmidt HG, Rikers RM. How expertise develops in medicine: knowledge encapsulation and illness script formation. *Med Educ.* 2007 Dec;41(12):1133–9.
- 7 Norcini J, Burch V. Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. *Med Teach.* 2007 Nov;29(9):855–71.
- 8 Frank JR. The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework. Ottawa, Ontario, Canada: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.
- 9 ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ.* 2005 Dec;39(12):1176–7.
- 10 Ten Cate O, Hart D, Ankel F, Busari J, Englander R, Glasgow N, et al. International Competency-Based Medical Education Collaborators. Entrustment Decision Making in Clinical Training. *Acad Med.* 2016 Feb;91(2):191–8.