

France-Québec

Au Québec, le médecin en formation est connu et reconnu à la fois par les médecins et les patients, grâce à une organisation moins hiérarchique et une véritable réflexion sur les méthodes pédagogiques.

Jessica Guibert, L'accueil

ancienne interne,
nouvelle externe
en médecine générale

8 h 30, Paris, France

Je suis en avance. J'arrive devant la salle de staff, et je retrouve quelques-uns des autres étudiants debout dans le couloir. On doit

être une dizaine en tout. Nous avons appris quelques jours auparavant, par hasard à la fac, que nous devions être à 8 h 30 dans le service pour assister au staff, en ce premier jour de stage. La salle s'ouvre, nous nous asseyons discrètement. Quelques étudiants n'étaient pas au courant : ils arrivent vers 9 heures, et passent au milieu de la salle sous le regard désapprobateur de la moitié du service. Le professeur anime d'une voix forte cette réunion quotidienne de débriefing des événements de la nuit. Ne pas s'endormir, faire bonne figure, la première impression est importante : avoir l'air motivé, quoiqu'il arrive. Au bout d'une heure, pourtant, c'est dur... « Les externes ! » Ah ? On s'adresse à nous... « Vous avez la matinée pour vous répartir les gardes/astreintes/places dans les unités, récupérer une blouse et faire toutes les formalités administratives. Rendez-vous demain, 8 h 30 ! » Allez, ça bouge ! C'est parti pour un long parcours du combattant dans les méandres administratifs de l'hôpital : « De toute façon, nous n'aurons pas les badges avant trois semaines ». Puis nous passons quelques heures à débattre sur le planning du trimestre, chacun ayant évidemment pour but de s'en tirer le mieux possible... Le premier jour est déjà fini.

8 h 30, Montréal, Québec, Canada

Je suis en avance. Je rejoins l'autre externe qui sera avec moi dans le service, nous nous asseyons et commençons à discuter. La secrétaire nous a donné rendez-vous pour l'accueil dans ce stage, par un mail envoyé trois semaines auparavant. La voici, et elle commence par nous emmener visiter l'hôpital, nous montrer nos casiers personnels, et nous accompagner récupérer notre blouse et notre badge. Puis nous rencontrons nos tutrices de stage, deux médecins du service. Après un accueil chaleureux autour d'un café, elles nous emmènent dans une salle de réunion, et nous interrogent sur les raisons du choix de ce stage et ce que nous en attendons. Nous discutons longuement des objectifs et

des modalités du stage, ainsi que de son déroulement que nous avons sur un planning personnalisé. Nous avons également une pochette nominative remplie de documents : un livret de présentation du service comprenant notamment les noms et contacts de toutes les personnes avec qui nous allons travailler, une fiche pratique récapitulant tous nos codes de casiers et informatiques, les feuilles d'évaluation que nous devons faire remplir quasi quotidiennement par les médecins qui nous supervisent, des exemples de dossiers médicaux (courbes de croissance des enfants, dossier obstétrical et pédiatrique). Enfin elles nous emmènent visiter le service, et nous présentent à toutes les personnes que nous croisons : secrétaires, internes, médecins. « Si vous avez des questions, n'hésitez pas, nous sommes là pour en discuter avec vous ».

Pédagogie et évaluation

Quelque part en France, dans un centre hospitalo-universitaire...

Il faut se lancer. Je dois aller voir un patient et faire son « observation », c'est-à-dire reconstituer avec lui son histoire médicale, l'examiner, et émettre des hypothèses diagnostiques. Il faut que je me dépêche, car tout cela doit être fait avant la visite du chef de service plus tard dans la matinée. « Bonjour, je suis Jessica G., étudiante en médecine, et je viens vous poser quelques questions et vous examiner » Le patient, malade ne l'oublions pas, et qui a déjà été examiné et interrogé plusieurs fois par différentes personnes, n'est évidemment pas enchanté de devoir se coltiner une étudiante en médecine gauche et hésitante, à qui il va devoir redire ce qu'il a déjà raconté de nombreuses fois. Alors parfois, pour qu'il accepte, je dis plutôt : « Bonjour, je suis le Dr G., externe ». En général, ça passe mieux...

En sortant de la chambre, j'ai du mal à mettre de l'ordre dans mes idées, et j'ai plein de questions. Mais à qui les poser ? J'arrive à en caser une avec mon interne, étudiante un peu plus avancée que moi, qui me répond comme elle peut. Sinon, j'essaie de repérer le passage du chef de clinique, celui qui normalement est payé pour nous enseigner la médecine. Mais il est souvent très occupé. Je réussis quand même à lui glisser une petite question, et puis... « Ah, Jessica, il faudrait faire un

« En sortant de la chambre, j'ai du mal à mettre de l'ordre dans mes idées, et j'ai plein de questions. Mais à qui les poser ? »

électrocardiogramme, et appeler le laboratoire pour avoir les résultats de ses prises de sang, et aussi, puisque tu t'en occupes, pourrais-tu l'amener à la radio ? ». C'est parti pour les corvées du matin, il ne fallait pas compter y échapper. Et je range mes questions pour plus tard. Bientôt j'apprendrai à refouler toute curiosité et toute interrogation, c'est plus pratique et de toute façon ça fait mieux de donner l'impression de tout savoir.

De temps en temps, nous avons des cours, donnés par les médecins du service, dans le cadre du stage. Ce sont des cours magistraux, en général peu adaptés à notre programme d'enseignement, que les médecins ne connaissent pas. Et parfois, le cours n'a pas lieu, car le médecin oublie, tout simplement.

La grande visite va commencer, menée par le chef du service, praticien hospitalier et Professeur universitaire. Peut-être enfin un moment dédié à l'enseignement ! Sauf qu'on est quinze en tout. Placés par ordre hiérarchique. Mes questions ont donc bizarrement du mal à sortir... Je présente l'observation du patient vu ce matin. Je ne dois surtout pas montrer de signes d'incertitude ou de doute, mais au contraire démontrer dans ma manière de présenter que j'ai TOUT compris. Personne n'a vérifié comment j'ai réalisé mon questionnaire et mon examen, ni comment je me suis comportée avec le patient. Cela ne rentre pas dans l'évaluation des étudiants en médecine.

Puis viennent les questions du Professeur. Si je ne sais pas répondre, la sanction est simple : l'humiliation devant les autres étudiants. « Il va peut-être falloir se mettre à travailler si tu ne veux pas finir par exercer dans un trou paumé ! ». Voilà qui ne contribue probablement pas à régler les problèmes de démographie médicale... A ce petit jeu, les plus forts se battent et réussissent. Les étudiants sensibles ou ayant peu confiance en eux abandonnent et échouent.

Mais enfin tout cela n'est pas si grave. Puisque de toute façon, la note de stage sera la même pour tout le monde. Je ne suis même pas sûre que le chef de clinique sache réellement le nom de chacun d'entre nous.

... Pendant ce temps, à Montréal, Québec, Canada

Il faut se lancer. Pour aller écouter, questionner et examiner le patient, je sais que j'ai tout mon temps. C'est ce que m'a expliqué le médecin qui me supervise : « Tu es là pour apprendre... ». Ah oui, c'est vrai ! Je me présente au patient qui connaît bien le fonctionnement des soins médicaux couplés à l'enseignement, dans cet hôpital universitaire. D'ailleurs, des panneaux le rappellent un

peu partout : « Vous allez être en contact avec des étudiants en médecine et participer à l'enseignement médical. Ceux-ci travaillent sous la supervision étroite de médecins seniors. » Pendant que j'écoute le patient me raconter son histoire, je sais que je suis peut-être observée. Une caméra permet au médecin qui me supervise de voir et d'écouter ma consultation. Mais cette caméra est aussi souvent utilisée par les étudiants pour s'observer entre eux.

L'observation par caméra, bien que rare, permet à mon superviseur de faire une évaluation très fine de l'ensemble de la consultation. Cette évaluation « en direct » m'angoisse un peu au début, jusqu'à ce que je comprenne qu'elle est extrêmement constructive et d'une grande utilité pour mon apprentissage. Il ne s'agit pas d'un jugement ou d'une sanction, mais bien de réflexions partagées avec mon superviseur sur mon attitude avec le patient, la structure de l'entretien, les modalités de l'examen physique, la nature de la demande du patient et comment j'aurais pu mieux y répondre.

Le plus souvent, personne n'a regardé la consultation, j'en fais donc un rapport détaillé à mon superviseur lorsque j'ai fini. Ensemble, nous réfléchissons aux hypothèses diagnostiques, nous identifions les éléments importants que j'ai oubliés, et nous discutons

de ce que nous allons proposer au patient. Puis il retourne le voir avec moi, afin de compléter mon examen et de lui expliquer nos propositions.

Ici, je ne suis pas là pour faire des papiers administratifs, transporter des patients ou me noyer dans l'organisation complexe de l'hôpital. Le rôle de l'externe est d'apprendre la médecine auprès des patients. Et c'est déjà énorme... J'ai d'ailleurs des demi-journées dédiées à des recherches personnelles à partir des pathologies que je rencontre au cours de mon stage. J'ai aussi des demi-journées d'apprentissage auprès des infirmières du service ; tiens, des non-médecins pourraient m'apprendre des choses ? Une matinée par semaine est consacrée à un enseignement plus formel, toujours en relation avec les patients vus au cours du stage. Elle est composée de plusieurs temps : une présentation par un étudiant, puis une discussion animée par un psychiatre autour des difficultés relationnelles que nous avons pu rencontrer, et enfin un échange plus technique autour de diagnostics difficiles. Il s'agit d'un véritable apprentissage collectif par problèmes, très enrichissant car actif et réflexif.

A chacune des consultations ou autres activités auxquelles je participe, une feuille d'évaluation est remplie, que je peux consulter à tout moment lors de mon stage. A la moitié, puis en fin de stage,

« Je ne dois surtout pas montrer de signes d'incertitude ou de doute, mais au contraire démontrer dans ma manière de présenter que j'ai TOUT compris. »

.../...

.../... la totalité des médecins du service se réunissent pour nous évaluer. Cette évaluation me sera retranscrite par oral par mon tuteur de stage, et par écrit sur une feuille nominative, listant les aspects positifs de mon stage et les points que je dois améliorer.

Point de vue d'une stagiaire

Un véritable grand écart pédagogique... Mais d'où vient-il ?

D'abord, le type de service dans lesquels se sont déroulés ces stages : le stage québécois était dans une unité de Médecine Familiale, soit un lieu d'enseignement universitaire de médecine générale, alors que la description du stage français s'inspire de plusieurs services hospitaliers spécialisés. Quel investissement et quelle réflexion pédagogique des médecins généralistes québécois ! Ils inventent de nouveaux modes d'apprentissage, de supervision, d'évaluation, bref ils sont à la pointe de l'innovation pédagogique, par rapport à un enseignement de spécialité beaucoup plus classique.

Malgré cela, la qualité de l'encadrement reste meilleure dans les services spécialisés québécois par rapport à la France ; la dichotomie généralistes/spécialistes ne suffit donc pas à expliquer ces différences. Selon moi, stagiaire observatrice, le décalage vient avant tout d'une question de considération de l'étudiant en médecine. Au Québec, le médecin en formation est connu et reconnu à la fois par les médecins et les patients. Le concept de hiérarchie y est quasiment étranger : chacun a quelque chose à apporter, à son niveau, on écoute tout le monde, même l'opinion de l'étudiant est intéressante ! Le savoir n'est pas une vérité absolue qui vient d'en haut, mais il est multiple et doit être partagé. Cela implique

de nombreuses conséquences : le temps d'enseignement est complètement intégré à l'organisation hospitalière, ainsi qu'à l'exercice médical ; il existe une véritable réflexion sur les méthodes pédagogiques ; les responsables des services sont tenus de définir les objectifs des stages, en cohérence avec la formation médicale universitaire, et de les remplir ; les évaluations des étudiants sont constructives et non pas destructrices. Dans ce contexte, le compagnonnage n'est plus seulement un concept, mais bien une réalité.

Cela peut paraître une base indispensable, mais tout cela est très rare en France. Dans beaucoup de facultés, les objectifs des stages ne sont pas définis. La mission d'enseignement n'est pas une priorité pour de nombreux médecins, préférant se consacrer aux soins et à la recherche. L'enseignement est donc très aléatoire, et souvent les plus vieux reproduisent sur les plus jeunes ce qu'eux-mêmes ont subi lors de leurs études. La notion même de « méthode pédagogique » n'existe pas.

Evidemment, le système québécois n'est pas parfait. Mais il me semble que nous pourrions tout de même nous inspirer un peu de ce modèle de formation médicale, au moins sur ses grands principes.

A nous, futurs médecins généralistes français, professionnels du soin, patients, citoyens, d'inventer de nouvelles approches pédagogiques. A nous d'essayer de répandre ne serait-ce qu'une petite remise en question d'un système d'enseignement médical complètement archaïque. A nous de réinventer la place de l'étudiant en médecine, et le compagnonnage. A nous de traiter réellement ces questions pédagogiques laissées à l'abandon, et de diffuser notre réflexion, pour qu'enfin la caste médicale arrête de se reproduire à l'identique. ■

§ Ecoute, empathie, Relation soignant soigné
 § Formation initiale, Formation continue
 § Femme, Condition féminine, Droit des femmes
 § Contraception
 § Médecin généraliste, médecine générale

D'autres horizons

Entretien avec **Anna Christidis**, médecin généraliste. Propos recueillis par **Martine Lalande**

Au bout de dix ans d'études, on se sent encore insuffisamment formés sur certains sujets importants pour l'activité de médecin généraliste. Anna Christidis est une jeune médecin généraliste, installée depuis un an dans un cabinet de trois médecins à Gennevilliers, qui travaille en parallèle au centre de Planification de la ville. « J'ai fait une formation complémentaire en régulation des naissances car nos études, qui comportaient un module de gynécologie au deuxième cycle et des séminaires sur la santé de la femme pendant l'internat, ne proposaient rien sur ce sujet. De plus, la formation que j'ai faite ¹ présentait une approche pas uniquement "médicale", mais prenait en compte d'autres aspects : religieux, psychologique, sociologique. Ce qui à mon sens est primordial pour prendre en charge correctement les patient(e)s. Ces aspects sont rarement abordés dans nos études qui res-

sent très "scolaires". Dans mon exercice de médecine générale en groupe, le fait d'avoir eu une approche différente en formation m'autorise plus à aborder les aspects "non médicaux" dans les discussions autour de la prise en charge des patients. Et les patients en profitent aussi quand ils consultent les autres médecins du cabinet, qui voient du coup aussi "autre chose". Je parle de cette formation à tous les internes qui sont intéressés par le sujet, car je trouve qu'elle ouvre d'autres horizons : on apprend des choses sur le plan médical et "non médical". » ■

1. Diplôme inter universitaire (DIU) de régulation des naissances, une année de formation théorique sous forme de séminaires de deux jours par mois et 20 heures de stage pratique, par exemple dans un centre d'IVG et de contraception.