



RECIT DE SITUATION COMPLEXE ET AUTHENTIQUE

« Apprendre, en le faisant, à faire ce que l'on ne sait pas faire » MERIEU

INTRODUCTION

De nombreux problèmes que traite un professionnel ne figurent pas dans les livres et ne peuvent être résolus uniquement à l'aide des savoirs théoriques et procéduraux enseignés. La figure du praticien réflexif, conceptualisée par SCHÖN, réhabilite l'intelligence pratique (savoir-faire et fonctionnements mentaux) face aux situations cliniques complexes (1)

Le concept de « narrative based medicine » développé par GREENHALGH et HURWITZ (2) pour la pratique clinique a permis de cerner les apports de l'étude des récits :

- favoriser la compréhension entre le patient et son médecin,
- développer l'empathie,
- favoriser la construction du raisonnement,

Ces constatations avaient déjà été faites dans le champ de la pédagogie par PINEAU (3).

Dans l'approche centrée sur les apprentissages, qui gagne du terrain en pédagogie médicale (4, 5, 6), l'étudiant est le moteur de sa formation et les enseignants doivent favoriser un processus de questionnement à partir de son activité professionnelle (en stages hospitaliers ou ambulatoires) « à partir de tâches complexes, complètes et significatives » (7).

Lorsque l'on « vise comme modèle professionnel un praticien généraliste réflexif, capable d'auto-évaluation et d'auto-formation, il est possible d'utiliser comme outil d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation, le portfolio » (4) qui contient toutes les traces de ses apprentissages. Les récits de situations complexes et authentiques (RSCA) utilisent le récit comme outil de formation du médecin réflexif et c'est une trace d'apprentissage observable que l'étudiant peut laisser dans son portfolio

C'EST QUOI ?

Le RSCA n'est pas une « observation clinique » au sens médical du terme, c'est un travail de réflexion de l'interne sur une situation qu'il a personnellement vécue au cours de sa pratique professionnelle, lors d'un stage, hospitalier ou en médecine générale ambulatoire. Chaque terme de l'acronyme R.S.C.A. est important et nécessite une explicitation :

Récit : traduit que le support utilisé est l'écrit. La forme est libre, il peut s'agir d'un récit chronologique, d'un récit structuré permettant de suivre la démarche de résolution de problème(s) professionnel(s) ou d'un récit déstructuré, se focalisant sur les séquences marquantes de la situation. Il ne s'agit pas d'être exhaustif, de chercher à relater tout ce qui s'est passé du début à la fin, mais de décrire le plus finement possible les moments forts ou les moments « à problème » de la situation (incident critique, par exemple).

- Situation : Il s'agit d'une situation de pratique professionnelle hospitalière ou ambulatoire ayant un caractère exemplaire :

- elle appartient au champ de la médecine générale,
- elle n'est pas exceptionnelle (ce n'est pas une « histoire de chasse »),
- elle illustre bien une ou plusieurs fonctions du métier de médecin généraliste,
- elle est contextualisée : stage hospitalier (visite, contre visite, garde...) stage chez le praticien, SASPAS (consultation ou visite à domicile, avec le maître de stage ou seul)

- Complexe : une situation complexe est une situation qui présente les caractéristiques suivantes (4) :
 - les indices n'y sont pas immédiatement disponibles et nécessitent une exploration minutieuse,
 - elle présente un caractère pluridimensionnel : biomédical, psycho-affectif, environnemental, éthique, administratif, médico-légal...
 - plusieurs stratégies de résolution de problème existent, et il n'est pas toujours possibles de les hiérarchiser,
 - la solution n'est pas univoque et plusieurs solutions peuvent avoir une pertinence comparable,
 - Les prises de décision se font en situation d'incertitude.
- Authentique : C'est une situation réelle, vécue par l'interne. Il est partie prenante de la situation, c'est un des acteurs de la situation. L'authenticité est donc le fruit de deux éléments :
 - situation professionnelle vécue et non inventée ou imaginée,
 - situation restituée de la façon la plus vraie par le narrateur, c'est à dire en étant émotionnellement le plus subjectif possible, tout en étant factuellement le plus objectif possible

COMMENT CA MARCHE ?

Le RSCA est un exercice réflexif d'auto-évaluation de pratique professionnelle et d'auto-formation qui doit comporter quatre parties « imposées » :

- Le récit : Doivent figurer :
 - tous les indices perçus par l'interne permettant d'analyser le ou les problèmes : éléments sémiologiques, éléments biographiques du patient (histoire, environnement familial, social, culturel) qui ont du sens,
 - le reflet cognitif et émotionnel chez l'interne des informations recueillies,
 - les interactions relationnelles entre le patient, l'interne et l'environnement (facilitatrices ou bloquantes)
 - les stratégies de résolution de problème,
 - les éléments du respect de l'autonomie du patient, du consentement éclairé, de la décision partagée.
 - tous les éléments de la (des) décision(s) prise(s)

Le récit est sans interprétation à postériori ni correction ni omission volontaire. L'exposé est descriptif et s'attache aux faits mais aussi au ressenti de celui qui écrit, à ce qu'il a perçu, analysé, fait, dit ainsi que ce qu'il n'a pas analysé, pas fait ou pas dit. Le récit doit être descriptif et rendre compte au plus près de ce qui s'est passé, du point de vue de l'interne, pour que le maître d'apprentissage, pour faire son travail pédagogique, puisse se mettre « dans la peau » de l'interne.

- L'analyse : une fois la narration faite, l'interne analyse le contenu de la situation. Ce travail réflexif « à froid », c'est à dire à distance de l'action doit :
 - expliciter le comment (il s'y est pris, il a analysé, il a décidé, il a échangé...) pour
 - argumenter le pourquoi (il a fait ça, ou pas fait, dit ou pas dit, perçu ou pas perçu...).

Ce travail permet de décrire les compétences développées en situation professionnelle à un moment donné, dans un contexte donné, mais aussi les manques ou les imperfections et de rendre compte des processus cognitifs mis en jeu.

- Les tâches d'apprentissages induites : De l'auto-évaluation doit naître une auto-formation, l'interne ayant pointé des manques ou des erreurs, il se fixe des tâches d'apprentissages pour les améliorer ou les corriger : recherche documentaire, avis de personne(s) ressource(s), échanges entre pairs, formation, travail personnel... Ces tâches d'apprentissages doivent être décrites

et analysées, pour que le(s) maître(s) d'apprentissages puisse(nt) en évaluer la pertinence.

- La synthèse : reprend les points essentiels de l'auto-évaluation et de l'auto-formation réalisées par l'interne et leur impact en terme de modifications des connaissances antérieures (déclaratives ou théoriques et d'action ou pratiques)

A QUOI CA SERT ?

L'objectif pédagogique du RSCA est d'améliorer les compétences professionnelles de l'interne. Pour cela, le RSCA a deux fonctionnalités :

- Pratique réflexive : l'interne met en mot son action au cours d'une situation professionnelle authentique. Ce faisant, il réfléchit à ce qu'il a fait, comment il a procédé et pourquoi il a procédé ainsi. De cette analyse réflexive naît un questionnement qui déclenche un renforcement ou une remise en cause des connaissances antérieures, une recherche de nouvelles connaissances qui viendront enrichir voire modifier les connaissances antérieures.
- Rétroaction pédagogique : La mise en forme par l'écriture permet aux maîtres d'apprentissages (praticiens hospitaliers pendant les stages hospitaliers, maîtres de stage chez le praticien, tuteurs, enseignants) de se faire une idée la plus exacte possible de ce qui s'est passé dans cette situation professionnelle mais avec les « lunettes » de l'interne. Le maître d'apprentissage intervient après le travail de l'interne avec ses « lunettes » d'enseignant pour valider ce qui est pertinent et proposer des pistes de réflexion, si nécessaire, en faisant prendre conscience à l'interne des améliorations possibles = c'est la rétroaction pédagogique.

Celle-ci peut être orale ou écrite mais, de toute façon, une trace de cette rétroaction doit figurer dans le portfolio. Liberté est laissée à chaque maître d'apprentissage :

- soit de faire une rétroaction pédagogique écrite détaillée à insérer dans le portfolio,
- soit de faire une rétroaction pédagogique orale détaillée et de faire un compte-rendu synthétique à insérer dans le portfolio.

QUELLE RETROACTION PEDAGOGIQUE ?

Dans l'évaluation formative, le recueil de données permet à l'enseignant d'apprécier les connaissances déclaratives, conditionnelles et d'action de l'apprenant à un moment donné et dans un contexte donné dans l'objectif pédagogique de permettre à l'apprenant de les améliorer. Pour ce faire, l'enseignant doit donc fournir à l'apprenant une information en retour de ce qu'il a analysé. Cette action pédagogique est dénommée feedback par les anglosaxons « *feedback is information about the effect of our actions* » (8). et **rétroaction** par les francophones. Elle peut être naturelle ou intentionnelle : naturelle lorsque la rétroaction est la conséquence logique ou accidentelle d'une action, **intentionnelle** quand elle est conçue spécifiquement pour informer quelqu'un de la qualité ou l'exactitude d'une action = caractéristique du contexte d'enseignement ou de formation (9)

- **Régulation, ajustement, amélioration des apprentissages** : Historiquement, « *la perspective qui a dominé la méthodologie de l'évaluation formative a été principalement la régulation par enseignement correctif* » (10) actuellement la rétroaction pédagogique est un moyen d'informer chaque apprenant des qualités et des défauts de sa production ou des difficultés éprouvées lors de sa démarche pour lui permettre de réaliser des ajustements propres à améliorer sa pratique (et se pose en substitution d'un enseignement correctif).
- **Rétroaction immédiate** : Les travaux de CROOKS (11) indiquent une supériorité de la rétroaction immédiate par rapport à la rétroaction différée, ce qui intéresse l'évaluation formative.
- **Qualité** : SCALLON (12) a montré que la qualité de la rétroaction (critériée plutôt que normative, analytique plutôt que globale) a été associée à des résultats positifs plus constants que l'augmentation de la fréquence des évaluations : la qualité l'emporte sur la quantité.

COMMENT EVALUER LES RSCA ?

Les RSCA réalisés spontanément par les internes ou à la demande d'un maître d'apprentissage, peuvent être évalués soit :

- par des enseignants formés à cette technique,
- par des binômes d'enseignants (enseignant formé – maître d'apprentissage non formé dans le cadre d'une formation pédagogique de formateur)
- par des groupes d'échanges de pratiques entre internes, dans le cadre d'une formation pédagogique des internes,
- par des groupes d'échanges de pratiques des maîtres d'apprentissages, dans le cadre d'une formation pédagogique des enseignants.

Etant dans le cadre d'une évaluation formative, l'évaluation sera évidemment qualitative mais critériée pour que la « règle du jeu » soit plus claire pour tous. Les critères que nous avons retenus, en sachant que cette liste n'est pas exhaustive et s'enrichira des apports de chacun au fur et à mesure de la pratique de tous, sont les suivants :

- Qualité du récit : un bon récit est un récit subjectif où l'interne s'implique (emploi le « je ») et objectif factuellement, qui reflète bien le discours de(s) l'autre(s), qui relate bien l'histoire et la trajectoire du patient, qui décrit bien l'action
- Complexité de la situation : indices nombreux qu'il faut aller chercher dans tous les champs (biomédicaux, psycho-affectifs, sociaux, éthiques) = approche globale ou systémique, avec des stratégies de résolution de problèmes alternatives, des solutions plurielles prises en situation d'incertitude.
- Pertinence : ayant du sens par rapport aux situations rencontrées en soins primaires et illustrant une ou des fonctions du métier de médecin généraliste et les compétences nécessaires à leur(s) réalisation(s) (cf annexe I)
- Résolution de(s) problème(s) : face à cette situation complexe, la résolution de(s) problème(s) est-elle satisfaisante ? des alternatives ont-elles été envisagées ? le doute et l'incertitude sont-ils exprimés, analysés, pris en compte ?
- Qualité de l'auto-évaluation : pertinence de l'analyse, du questionnement induit, de la définition des objectifs d'auto formation.
- Qualité de l'auto-formation : qualité des procédures mises en place (recherche documentaire, échange de pratique, personne ressource) et du résultat (niveau de preuve, transférabilité en MG) des traces de ce travail. Ce travail est-il pertinent par rapport aux objectifs de formation pointés ?
- Synthèse : les connaissances antérieures ont-elles été enrichies par ce travail ? La résolution de(s) problème(s) va-t-elle être améliorée par ce travail ?

En annexe II, la grille d'évaluation servant d'aide à l'évaluation des SSCCA pour les maîtres d'apprentissages nantais

CONCLUSION

Ces RSCA peuvent être réalisés pendant les six stages de la maquette du D.E.S. de médecine générale, ce qui permet aux maîtres d'apprentissages de contextualiser chaque stage de les contextualiser c'est à dire d'apprécier que des compétences spécifiques que l'interne peut acquérir pendant ce stage ont bien été acquises. Cela permet également aux tuteurs de juger, sur la durée du DES, de l'évolution des acquisitions de compétences, par l'intermédiaire du portfolio. Enfin, les RSCA font partie des traces d'apprentissages colligées dans le portfolio de l'interne et seront donc un des éléments de validation de son DES.

Les RSCA ont donc une double fonctionnalité évaluative :

- Outil d'évaluation formative : Les RSCA sont un des outils mis en place pour permettre une évaluation formative de qualité des internes de médecine générale par les maîtres d'apprentissages, au cours de chaque stage de la maquette et sur l'ensemble du DES.
- Élément de certification : Ces RSCA seront une des traces d'apprentissages contenues dans le portfolio de l'interne et participeront ainsi à la certification des internes de médecine générale en fin de D.E.S.

Remerciements à

- Nicolas FARTHOUAT qui a autorisé l'utilisation d'un de ses R.S.C.A. comme outil pédagogique.
- aux enseignants du Département de Médecine Générale de Nantes participants du séminaire de réflexion et de production pédagogique qui a servi de base à ce travail: Jean Louis BERTON, Dominique CAILLET, Christian GILLES, Lionel GORONFLOT, Virginie LE GAC, Pierre LE MAUFF, Patrick LE VAILLANT, Rémy MALLET, Noëlle RAILLARD – MAUDUIT, Joseph ROUSSELOT, Rémy SENAND, Jean Louis SUGIER, Jacqueline URION.
- au Professeur Jean JOUQUAN et au Professeur Philippe BAIL pour le séminaire « être centré sur l'étudiant en formation clinique : aspects conceptuels et outils » DIU de Pédagogie médicale, Brest 2004.

BIBLIOGRAPHIE

1. PERENNOUD P « Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant » : Paris ESF 2001
2. GREENHALGH T., HURWITZ B « narrative based medicine : dialogue and discourse in clinical practice » London : BMJ books 1998.
3. PINEAU G. « produire sa vie. Auto-formation et autobiographie » SAINT MARTIN 1983
4. BAIL P., LE RESTE J.Y. et BOITEUX François « Le Portfolio, expérience du Département de médecine générale de la Faculté de Brest » La Revue du Praticien médecine générale 2004 ; 646 : 445-47.
5. HERMIL J.L., BCRET F., OLOMBEL P., THIBERVILLE J. “SASPAS en SUMGA. Le programme ambitieux de la Haute Normandie » La Revue du Praticien médecine générale 2004 ; 639 : 119-20.
6. RENARD V., ATTALI C. « le séminaire d'entrée de troisième cycle de médecine générale à la Faculté de médecine de Créteil – Paris XII » Exercer 2003 . 67 : 27-30.
7. TARDIF J., « L'évaluation dans le paradigme constructiviste » in HIVON R « L'évaluation des apprentissages ». Sherbrooke éditions du CRP 1993 : 27-56.
8. WIGGINS G.P. « Assessing student performance » San Francisco 1993 ; JOSSEY – BASS éditeur
9. BANGERT – DROWNS R.L., KULIK C.L., KULIK J.A., et MORGAN M.T. “ the instructional effect of feedback in test-like events” REVIEW OF EDUCATIONAL RESEARCH 1991; 61 : 213-38.
10. LAURIER M.D. « Evaluation et communication : De l'évaluation formative à l'évaluation informative » Editions QUEBECOR, 2003 ; 306 p.
11. CROOKS T.J. « the impact of classroom evaluation practices on students » REVIEW OF EDUCATIONAL RESEARCH, 58 : 438 – 81.
12. SCALLON G. « l'impact des pratiques évaluatives sur la motivation des élèves : le pouls de la recherche » Monographie, Université Laval, Département de mesure et évaluation

les compétences génériques du médecin généraliste

- 1. Résoudre un problème de santé indifférencié en contexte de soins primaires.**
- 2. Prendre une décision adaptée en situation d'urgence ou en contexte d'incertitude.**
- 3. Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en médecine générale.**
- 4. Communiquer de façon appropriée avec le patient et son entourage.**
- 5. Eduquer le patient à la promotion et à la gestion de sa santé.**
- 6. Assurer la continuité et le suivi des soins.**

7. **Entreprendre des actions de santé publique.**
8. **Travailler en équipes, en réseau dans les situations complexes, coordonner les soins.**
9. **Appliquer les dispositions réglementaires dans le respect des valeurs éthiques.**
10. **Assurer la gestion humaine, administrative, financière et structurelle de l'entreprise médicale.**
11. **Réfléchir à ses actions professionnelles, évaluer sa pratique, organiser sa formation professionnelle, participer à des travaux de recherche en médecine générale.**

Annexe II :
Grille d'aide à l'évaluation des RSCA (Nantes)

ITEM		Insuffisant	Moyen	Bon	Excellent
complexité	Champs				
	Problématiques				
	Indices cachés				
	Stratégies alter				
Pertinence analyse	Problématiques				
	Interactions				
	Reflét				
	Négociation				
	stratégies				
Objectifs de formation	Pertinence/MG				
	Modalités				
	résultats				
Traces d'apprentissages	Pertinence/MG				
	Modalités				
	Niveau de preuve				
	transférabilité				
Résultats	Connaiss d'action				
	Analyse critique				

stratégiques	Amélioration comp				
	Pertinence/exercice				

- Complexité : problématiques dans plusieurs champs : biomédical, psychologique, social, éthique, réglementaire... dont les indices ne sont pas immédiatement disponibles, dont l'analyse est à plusieurs niveaux et dont les solutions ne sont pas univoques
- Pertinence d'analyse : les problématiques sont pointées et analysées ainsi que les interactions (analyse systémique), les difficultés ressenties par l'interne et ses affects sont décrits et analysés. La négociation est décrite et analysée et l'engagement (stratégie(s) de résolution de problème) est décrite et analysée.
- Objectifs de formation : Les améliorations à apporter (= objectifs de formation) sont pertinents par rapport à l'exercice de la médecine générale, les modalités employées sont adéquats et les résultats sont corrects (niveau de preuve, adaptation ...)
- Traces d'apprentissages : Les travaux personnels de l'interne sont consignés dans le portfolio, leur qualité est bonne, leur recherche est facile et leur utilisation pratique.
- Résultats stratégiques : Ce travail a modifié les connaissances antérieures de l'interne. Il a permis de résoudre les problèmes pointés. Les compétences devraient être améliorées.