

**Utilisation de la carte heuristique
comme outil de supervision des internes de médecine générale**

L.Vanwassenhove, P. le Mauff

**Maître de conférence associée : UFR Nantes
Professeur associé : UFR Nantes**

Résumé

L'évaluation formative nécessite une démarche réflexive conjointe de l'étudiant et de l'enseignant • Comment aider étudiants et enseignants à cheminer dans une démarche réflexive ? Comment induire une mise en méta position de l'étudiant lui permettant un travail d'autoévaluation et d'autoformation ?

Les propriétés des cartes heuristiques permettent de structurer et de faire émerger l'information, de visualiser la complexité en gardant une vision globale tout en se focalisant sur des points particuliers, de repérer les connexions. Elles amènent l'étudiant à se poser des questions sur les besoins ressentis, tant sur le plan des savoirs que sur le plan relationnel.

En supervision, elle permet l'analyse de situations globales complexes, ou de se focaliser sur des moments plus particuliers de la séance de soin comme l'élaboration d'un diagnostic de situation, l'analyse des stratégies de résolutions de problème, la construction de l'alliance thérapeutique. Elle peut être le point de départ d'une démarche réflexive plus approfondie comme l'écriture d'un RSCA, ou d'un travail de recherche

Mots clés

Evaluation formative ; rétroaction pédagogique ; cartes heuristiques ; démarche réflexive ; situations complexes

INTRODUCTION

Heuristique, « l'art de trouver ». En philosophie, c'est la discipline qui étudie les procédés de recherche pour en formuler les règles, et qui effectue une réflexion méthodologique sur cette activité. Lorsqu'on ouvre un dictionnaire des synonymes, celui-ci propose deux choix : didactique : propre à instruire et maïeutique : méthode socratique reposant sur l'interrogation et se proposant d'amener un interlocuteur à prendre conscience de ce qu'il sait implicitement, à l'exprimer et à le juger, c'est bien sur aussi « l'art d'accoucher ».

L'enseignant pourrait donc être l'accoucheur des savoirs de l'interne, l'aidant à les exprimer et à les juger.

En terme pédagogique, nous pourrions l'écrire ainsi:

- repérer les ressources de l'interne, mais aussi ses besoins, ses problèmes, ses manques.
- aider l'étudiant à identifier ses connaissances préalables, les valider favorisant l'ancrage de nouveaux savoirs, et éventuellement l'aider à les déconstruire si elles ne sont pas pertinentes.
- l'accompagner dans son analyse réflexive.
- évaluer les stratégies de résolution de problème mises en œuvre par l'interne.
- évaluer sa capacité à poursuivre son autoévaluation et son autoformation, dans le cadre de la FMC.

Appliqué à l'accompagnement des étudiants en médecine dans leurs apprentissages on pourrait le définir ainsi : les guider sans leur imposer nos propres schémas de pensée, nos propres solutions les aider à construire leurs savoirs, dans le cadre de références validées en sachant les adapter à chaque circonstance clinique

les aider à réfléchir sur la place de chacun au sein de la consultation et sur le lien qui se noue

Les faire travailler sur la complexité sans simplification, sans perte d'information, mais avec un souci de clarification

évaluer la compétence professionnelle d'un « jeune pair » sans jugement mais dans le souci d'une démarche d'autoévaluation et d'autoformation

La conjonction des données de l'EBM¹ et la mise en forme par une carte heuristique semble pouvoir répondre à l'art

difficile de travailler sur la complexité.

La carte heuristique représente une hiérarchie temporaire et arbitraire de liens entre des données, suivant une architecture arborescente, dont l'objectif est de structurer et/ou de faire émerger de l'information. Elle permet de visualiser l'information, en se focalisant sur des détails tout en conservant une vision globale⁹.

Plus spécifiquement, dans l'enseignement, elle permet de découvrir par soi-même ses propres savoirs d'action et de les analyser dans la perspective d'enrichir sa pratique¹⁰.

Les propriétés des cartes heuristiques :

La mise en forme

La structure en arborescence de la carte permet de structurer l'information, de visualiser la complexité, de repérer les connexions. Les couleurs peuvent être utilisées pour marquer les liens, les obstacles, les déterminants. Les mots clés et symboles amorcent un travail de synthèse et de mémorisation

Recueillir l'information

L'interne va noter toutes les informations, en les structurant et en les hiérarchisant, il est d'emblée dans un processus de méta cognition.

La relecture de sa carte avec l'enseignant permet de repérer les informations qu'il a jugées pertinentes, celles qu'il a omis de noter, celles qu'il a omis de rechercher. Il est amené à se poser la question des besoins d'informations complémentaires et des besoins de formation suscités par sa réflexion.

identifier

L'étudiant est amené à se poser des questions sur les besoins qu'il a ressentis, tant sur le plan de ses savoirs que sur le plan relationnel.

Il lui est demandé d'identifier les problèmes rencontrés, les obstacles à la relation, les obstacles à sa stratégie décisionnelle.

Il repérera le système du patient, familial, professionnel, social, mais également son propre système personnel, professionnel, institutionnel, sa capacité à travailler en réseau.

Il s'interrogera sur l'adéquation de ses choix en soins primaires mais aussi avec les recommandations en santé publique

L'enseignant l'aide à repérer les informations manquantes, les scotomes.

Ensemble ils analysent les ressources mobilisées dans la résolution du problème.

Cartographier la complexité

L'interne va cartographier les différents éléments qu'il a repérés aussi bien pour le patient que pour lui-même dans la relation qui s'est nouée lors de la consultation. Il va s'interroger sur les liens qui ont fait obstacle à cette relation ou qui au contraire ont facilité une relation empathique. A-t-il voulu convaincre à partir de ses postulats ? A-t-il recherché les croyances, les attentes du patient ? A-t-il vérifié l'adhésion du patient à la stratégie proposée ?

Démarche réflexive

En écrivant sa carte, l'interne est mis en situation de

- porter un regard sur le processus cognitif qu'il a suivi dans sa stratégie de résolution de problème et dans sa prise de décision. Il est amené « spontanément » dans un processus d'auto évaluation et d'auto formation.
- planifier lui-même ses besoins de formation.

L'enseignant l'accompagne dans ce travail en respectant le cheminement cognitif propre à l'interne.

Exemple de la carte heuristique utilisée au DMG de Nantes réalisée à partir de la démarche EBM

Le schéma de l'EBM est repris avec ses 3 composantes : les données issues de la consultation, les données issues de la science, les préférences et attentes du patient. La notion de relation entre le médecin et le patient est notée d'emblée comme partie intégrante de la prise de décision à l'issue de la consultation.

Les préférences et attentes du patient

Si nous commençons par ce volet du triptyque, c'est qu'il pose le plus de problème aux internes. Le patient aurait donc des préférences dont il faudrait tenir compte lors de la décision !? Le problème de l'observance ou de la non observance est une illustration qui permet de rentrer dans cette composante essentielle de la stratégie décisionnelle.

Le patient est présenté dans son contexte, en tant qu'être humain avec des désirs, des attentes, des émotions ; avec une histoire, des secrets, des blessures, des non-dit. Vient-il seul, ou accompagné ? La tierce personne sera-t-elle un obstacle à la relation ou, au contraire deviendra-t-elle « co-thérapeute » dans une approche systémique ?.

Que savons-nous du système dans lequel s'inscrit « ce » patient, système familial, professionnel, social. Que pouvons-nous apprendre de ce qu'il croit sur la genèse de sa maladie, de son problème inscrit dans son histoire, dans sa culture? Que savons-nous de ce qu'il sait lui-même?

Les données issues de la consultation

Les internes ont appris, à mener un interrogatoire, à examiner leur patient, et à recueillir un ensemble d'informations qu'ils vont ensuite utiliser. Ils oublient souvent qu'ils sont partie prenante de cette relation de soin.

Nous ne sommes pas des êtres « désincarnés ». Tout comme nos patients, nous sommes des être humains, nourris et pétris par nos propres croyances, issues de notre culture ; nous avons notre histoire, nos blessures, nos peurs. Si nous oublions que nous sommes aussi soumis à nos émotions, si nous n'apprenons pas à les reconnaître, comment pourrions-nous engager une relation « authentique » ?

Cette consultation va s'inscrire, dans un contexte particulier : sommes nous en situation d'urgence, pressés ou dispos, en retard

Lorsqu'on analyse les informations recueillies au cours de la consultation, nous sommes souvent surpris par la somme d'information à notre disposition : comment les structurer et les hiérarchiser ? Lesquelles sont pertinentes ?

La relation médecin patient

Entre le médecin et le patient s'établit une relation unique, dépendante du contexte, de l'histoire de chacun, de la présence d'une tierce personne. Le verbal véhicule une partie de cette relation, le non verbal véhicule le cadre dans lequel s'inscrit cette relation.

- L'interne est-il « celui qui sait et qui décide », le patient étant un corps à soigner ?
- Est-il celui qui sait et guide, le patient étant un corps en souffrance attendant la décision du médecin ?
- Est-il celui qui s'interroge, qui s'appuie sur son savoir et sur celui du patient, pour une décision partagée ?

Les internes expriment volontiers leurs manques, leur désarroi dans la gestion de la relation médecin patient :

- o Comment rentrer en relation empathique ?
- o Comment écouter l'autre sans se sentir envahi ?
- o Comment entendre « ce qui est caché » ?
- o Comment permettre l'expression de l'autre et que faire de cette parole ?
- o Comment faire le lien entre l'expression physique de la souffrance et la souffrance psychique sous-jacente ?

Les données issues de la science

Un premier travail de repérage leur est demandé sur ce qu'ils reconnaissent d'emblée comme un besoin de formation et sur ce qu'ils pensent savoir avec plus ou moins de certitude.

Ces savoirs:

- reposent-ils sur des données validées et réactualisées ?
- A quel référentiel font-ils appel ?
- Quelles ressources vont-ils chercher ?
- Peuvent-ils y accéder au cours de la consultation ou vont-ils différer leur recherche ?
- Peuvent-ils faire une analyse critique de leur source de données ?
- Peuvent-ils en faire un synthèse pertinente dans le cadre la consultation qui les préoccupe ?

Enfin ces données sont-elles utiles et validées en soin primaire ? Peuvent-ils les intégrer dans une optique de santé publique ?

La stratégie décisionnelle

L'interne argumentera sa stratégie de résolution de problèmes en notant les déterminants issus de l'ensemble des champs de la consultation. Cette décision peut bien sûr être différée, notamment en fonction d'un besoin d'information complémentaire, qu'il se devra d'argumenter.

Le savoir du médecin a-t-il été confronté aux propres savoirs du patient ? les croyances sous-jacentes ont-elles pu être perçues ? A –t-il vérifié si le patient est en adhésion avec cette décision ?

Cette relation unique, dans ce contexte particulier a-t-elle abouti à une véritable alliance thérapeutique ?

synthèse

Tous ces éléments sont bien sûr repris de manière globale.

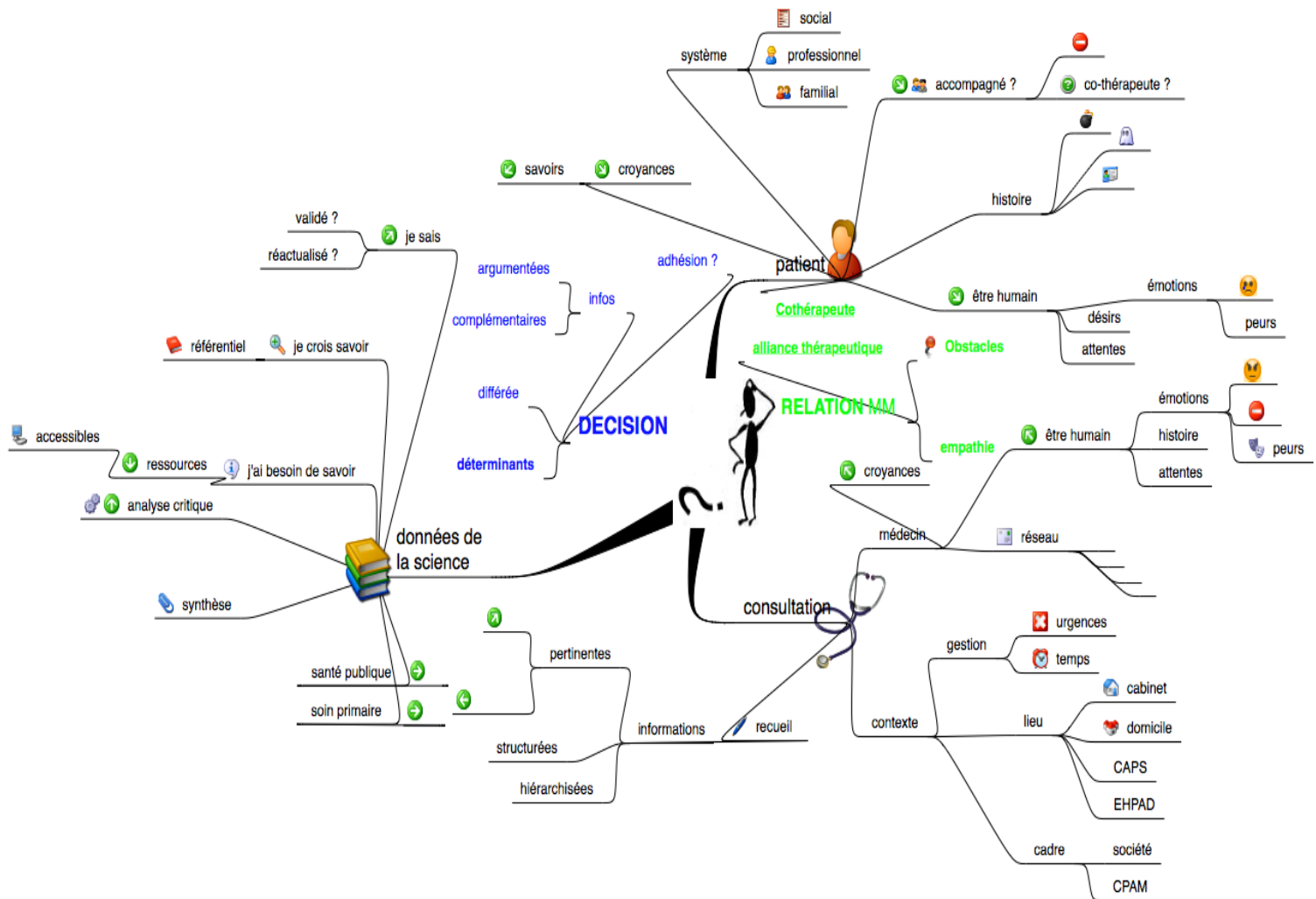
L'interne « cartographie » la consultation et pointe déjà

- Les difficultés qu'il a rencontrées,
- Les éléments qui lui ont paru pertinents dans sa stratégie décisionnelle,
- Les besoins d'auto formation ressentis.

Le travail est ensuite repris en supervision indirecte avec l'enseignant. Certains points seront plus approfondis suivant le contexte. L'enseignant peut :

- Repérer des tâches d'apprentissages à partir des besoins ressentis ou révélés.
- Proposer de cartographier spécifiquement un diagnostic de situation,
- Mettre en évidence certains déterminants de la stratégie décisionnelle,
- Aider l'étudiant à verbaliser ses doutes, ses difficultés,
- Aider à prendre conscience des éléments qui ont fait obstacle ou favorisé l'alliance thérapeutique.

Dans un premier temps, toutes les consultations sont cartographiées, puis seulement celles qui « posent problème », soit pour l'étudiant, soit pour l'enseignant.



conclusion

En une seule carte, les données essentielles sont présentes avec clarté, sans perte d'information, la carte évolue en suivant le cheminement de la pensée, s'enrichit au cours de l'entretien, aide à ne pas perdre le fil, ouvre de nouvelles perspectives.

Utilisée aussi bien en supervision directe, avec une mise en méta cognition immédiate de ce qui s'est joué, qu'en supervision indirecte en support de l'entretien, elle favorise un véritable travail réflexif en partenariat.

Ainsi, la carte heuristique nous paraît être un outil pédagogique polyvalent :

- Adaptable aux différentes situations d'interaction entre les enseignants et les apprenants,
- Utilisable pour l'analyse de situations globales complexes, comme la consultation dans son ensemble, mais également pour l'analyse fine de moments particuliers comme l'élaboration du diagnostic de situation¹¹, la mise au point de la(es) stratégie(s) de résolution de problème(s), la construction de l'alliance thérapeutique etc.
- Laissant une trace objective d'apprentissage qui peut figurer telle quelle dans le portfolio de

- l'apprenant, après avoir été validée par un enseignant,
- Constituant un point d'étape pour un travail réflexif plus approfondi, comme une tâche demandée par un enseignant, par exemple un RSCA, ou un travail de recherche personnelle initié par l'apprenant, voire un travail de recherche plus académique, mémoire ou thèse.

BIBLIOGRAPHIE

- 1** Gay B, Beaulieu MD. La médecine fondée sur les données probantes ou médecine fondée sur des niveaux de preuves : de la pratique à l'enseignement ; Pédagogie médicale 2004 ;5 :
- 2** Attali C, Bail P, Magnier AM, Beis JN and all. Compétences pour le DES de médecine générale. Exercer 2006 ;76 :31-32.
- 3** 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.
- 4** Bail P, Le Reste JY, Boiteux F. Le portfolio : expérience du Département de Médecine Générale de la Faculté de Brest. La Rev Prat Med Gen 2004 ; 18 : 445-7.
- 5** Le Mauff P, Pottier P, Goronflot L, Barrier J. Evaluation d'un dispositif expérimental d'évaluation certificative des étudiants de troisième cycle de médecine générale. Pédagogie médicale 2006 ;7 :
- 6** Andler D. Introduction aux sciences cognitives. Folio/essais Gallimard ; Paris 2004 : pages 452-63.
- 7** Le Mauff P, Farthouat N, Goronflot L, Urion J et Senand R. Le récit de situation clinique et authentique : le modèle nantais. La Revue du Praticien-médecine générale 2004 ;654/655 : 724-26.
- 8** Buzan T. Dessine moi l'intelligence. Les éditions d'organisation ; Paris ; 1995
- 9** Delabrière JL, Le Bihan F, Mongin P, Rebaud D. Organisez vos idées avec le Mind Mapping. Dunod ; Paris 2004
- 10** Bessette S, Duquette H. Découvrir ses savoirs d'action et enrichir sa pratique grâce aux cartes mentales, développement d'une pratique réflexive. Collège de Sherbrooke ; Mars 2003
- 11** Lévy L. Comment faire un diagnostic de situation : l'approche systémique en médecine générale. La Revue du Praticien – médecine générale 2004 ; 674-675 :