

Enseignement de la médecine de famille : nouvelles évolutions à Lausanne

Rev Med Suisse 2010; 6: 2270-5

T. Bischoff
M. Junod
J. Cornuz
L. Herzig
R. Bonvin

Teaching family medicine in Lausanne

The Faculty of biology and medicine of Lausanne has integrated education of family medicine all along its new undergraduate medical curriculum. The Institute of general medicine is in charge to implement those offers among which two are presented hereafter. In the new module «Generalism» several courses cover the specificities of the discipline as for example medical decision in the practice. A mandatory one-month internship in the medical practice offers an experiential immersion into family medicine for all students. In a meeting at the end of their internship, students discuss in group with their peers their individual experiences and are asked to identify, based on their personal experience, the general concepts of the speciality of family medicine and general practice.

La Faculté de biologie et médecine de Lausanne intègre l'enseignement de la médecine de famille tout au long de son curriculum de médecine. L'Institut universitaire de médecine générale est en charge de l'implantation de cet enseignement dont deux interventions sont présentées ci-après. Les nouveaux cours du module «Généralisme» permettent d'aborder les spécificités de la discipline en traitant le thème de la décision médicale au cabinet et de ses particularités. Un stage obligatoire d'un mois au cabinet du praticien expose maintenant tous les étudiants à la richesse du métier de médecin de famille. Une rencontre à la fin du stage permet aux étudiants de partager leur expérience individuelle dans des groupes d'échanges de pratiques pour dégager les concepts généraux de la médecine de famille.

INTRODUCTION

Les réformes en cours dans nos facultés ont amené de nouveaux défis et opportunités pour l'enseignement de la médecine de famille. Dans le passé, le but principal était la mise en évidence de notre spécialité, une illustration du métier, de la publicité pour une spécialité méconnue et négligée. De plus, les curricula étant généralement orientés sur la transmission du «savoir», les médecins de famille se sont beaucoup engagés dans l'enseignement du «savoir-faire» et «savoir-être», des gestes cliniques de base et des compétences de communication.

En 2004, la Commission interfacultaire médicale suisse (CIMS) a publié sa «Décision obligatoire» concernant l'enseignement de la médecine de premier recours.¹ Depuis lors, l'enseignement de la médecine de famille a trouvé une bonne intégration dans les curricula des facultés suisses; sa reconnaissance comme spécialité spécifique a progressé au sein des facultés et le métier de médecin de famille semble être mieux perçu et connu par les étudiants.

Dans la même dynamique, le processus de réforme a permis de valoriser davantage les compétences cliniques dans la formation prégraduée. A Lausanne, ces compétences (skills) sont maintenant enseignées et évaluées d'une manière structurée tout au long du curriculum.²

Cette évolution permet aux enseignants de la médecine de famille de concentrer leur enseignement davantage sur les particularités de la discipline. Toutefois, ces caractéristiques très conceptuelles restent difficiles à enseigner d'une manière vivante, notamment par des cours ex cathedra. L'organisation mondiale des médecins de famille (Wonca) a publié, en 2002, les «Définitions européennes de la médecine générale – médecine de famille», la référence actuelle pour les spécificités de notre discipline³ (tableau 1). Les concepts restent très abstraits, peu attractifs pour l'enseignement. Il y a eu un effort de traduire ces thèmes en objectifs d'apprentissage pratiques,⁴ mais le résultat est toujours très théorique et peu utilisable. Au niveau de la Suisse, la référence pour tout curriculum médical est le «Catalogue suisse des objectifs d'apprentissage pour l'enseignement médical prégradué» de la CIMS.⁵ Un certain nombre de compétences (objectifs généraux) correspondent clairement aux spécificités de la médecine de famille



Tableau 1. Définitions européennes de la médecine générale – médecine de famille selon la Wonca Europe, 2005

(Adapté de réf.³).

Wonca: organisation mondiale des médecins de famille

Les six compétences fondamentales du médecin de famille:

- Gestion des soins de santé primaire
- Soins centrés sur la personne
- Aptitude spécifique à la résolution de problèmes
- Approche globale
- Orientation communautaire
- Adoption d'un modèle biopsychosocial

et toute une série d'objectifs plus spécifiques y sont même explicitement désignés. Malheureusement, ces descriptions restent peu opérationnelles et ne permettent pas en l'état le développement d'un cursus cohérent et structuré de notre discipline. Elles représentent cependant un excellent cadre lors de la réflexion sur la mise en place de notre enseignement.

Il nous semble donc utile de centrer notre enseignement en premier lieu sur le vécu au cabinet médical, de développer des concepts à travers la pratique des compétences dans ce contexte particulier. Cette approche a aussi été choisie dans d'autres facultés.⁶ Ainsi, nous pouvons aborder d'une manière compréhensive les thèmes centraux de notre discipline, parler des aspects relationnels et de la gestion de la polymorbidité, pour arriver aux notions de la complexité et de l'incertitude, si importantes dans notre pratique. Mais, dans un enseignement principalement basé sur l'évidence, cette approche est certainement exigeante. En comparaison avec les pratiques en milieu hospitalier, les preuves scientifiques sont plus faibles, la recherche moins avancée et les pathologies sont souvent rencontrées à des stades précoces et encore peu spécifiques. Toutefois, les démarches du médecin de famille sont pertinentes dans le contexte épidémiologique et procédural du cabinet et elles ont démontré leur efficacité du point de vue de la santé publique.⁷ Pour cette raison, leur enseignement est important, tout comme l'est le développement d'une recherche correspondante pour renforcer la base théorique.

Dans le nouveau curriculum de l'Ecole de médecine à Lausanne, la médecine de famille est présente tout au long des études, tant par des cours et séminaires sur le site facultaire que par le contact avec les praticiens dans leur cabinet. Nous présentons ici deux des enseignements nouvellement introduits.

MODULE «GÉNÉRALISME»: LA DÉCISION MÉDICALE AU CABINET DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Le curriculum en médecine à Lausanne propose depuis deux ans un module de six semaines sous le titre «Généralisme». Ce module, sous la responsabilité de la Policlinique médicale universitaire (PMU) regroupe différentes institutions concernées par le généralisme, en particulier l'Institut universitaire de médecine générale (IUMG). Il a pour objectif de sensibiliser les étudiants à l'approche in-

tégrative et multidisciplinaire de la médecine ainsi que de donner les bases théoriques et les outils de la gestion clinique de la polymorbidité, de la complexité médicale et de l'incertitude clinique. Le module est organisé en deux blocs de trois semaines, actuellement en première année de master (anciennement quatrième année), avant les cours-blocs, et en deuxième année de master (cinquième année), avant les stages. La première partie (déjà décrite ailleurs)⁸ nous donne l'occasion de faire connaître quelques spécificités de notre métier, comme le suivi au long cours ou le travail en réseau.

Dans le deuxième bloc, l'IUMG dispose de neuf heures de cours pour l'enseignement de la médecine de famille. Nous avons choisi d'articuler cet enseignement autour du thème de la décision médicale au cabinet du médecin généraliste. L'illustration et l'analyse de cette démarche permettent d'approcher, d'une manière vivante, les différentes spécificités de notre discipline.

Partant des symptômes et situations simples mais fréquents (tableau 2), ces cours mettent en évidence les multiples facettes de la démarche du généraliste et abordent la notion de la complexité.⁹⁻¹² Ils montrent comment la décision médicale devient complexe dans la consultation au cabinet médical.¹³ Partant d'un raisonnement clinique basé sur une épidémiologie spécifique, nous devons non seulement inclure le raisonnement physio-pathologique, les connaissances factuelles, l'expertise personnelle et les valeurs du patient, mais également tenir compte des multiples aspects du contexte et contraintes de cette rencontre entre le médecin et son patient, comme l'illustre la figure 1. Cette situation, avec l'incertitude qu'elle engendre, nécessite des compétences particulières. C'est l'occasion de présenter et d'illustrer quelques outils de la gestion de la complexité et de l'incertitude, comme l'utilisation du temps comme moyen de diagnostic et thérapeutique (*watchful waiting*).¹⁴

Globalement, ces cours sont positivement évalués par les étudiants, ce qui nous encourage à développer davantage l'enseignement de ces démarches. Une évaluation de l'effet de cet enseignement sur la perception du généralisme et sur la préparation des étudiants pour leurs stages cliniques doit encore être réalisée.

STAGE AU CABINET DU PRATICIEN

L'élément central de l'enseignement de la médecine de famille reste évidemment la consultation au cabinet médical. La période du stage, dans une situation d'enseignement

Tableau 2. Module MMed 2.6 «Généralisme»: les thèmes des Jéudis de la médecine générale

- J'ai un œil rouge
- J'ai des boutons qui grattent
- J'ai de la peine à dormir
- La décision médicale au cabinet du médecin généraliste
- Polypathologie et polymédication
- J'ai mal en urinant
- J'ai des vertiges
- La décision médicale dans l'incertitude et dans la complexité
- La formation du médecin généraliste

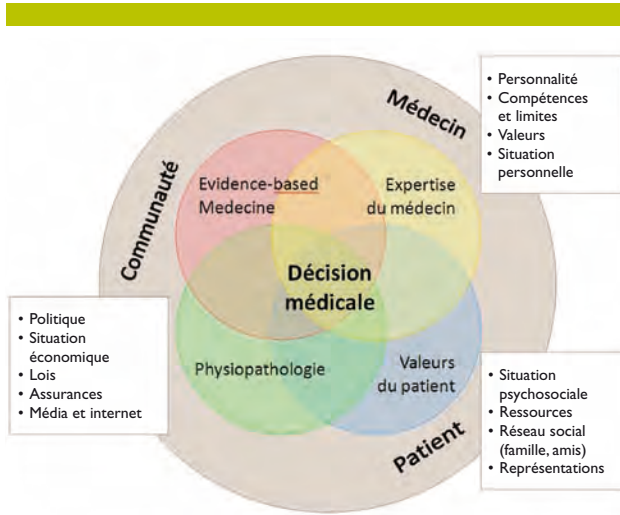


Figure 1. La décision médicale dans le contexte ambulatoire
(Adaptée de réf.²⁰).

one-to-one, avec l'expérience de contact authentique avec les patients sur une certaine durée, est certainement la situation idéale pour l'acquisition des compétences spécifiques de la discipline. La Faculté de biologie et médecine de Lausanne a reconnu l'importance de cette expérience en introduisant et en finançant un mois obligatoire chez un praticien (médecin généraliste, interniste ou pédiatre) dans la période des stages cliniques. Ces stages sont organisés sous la responsabilité de l'IUMG depuis mai 2010.

L'objectif général du stage est de comprendre comment le médecin de famille doit prendre en charge un patient dans sa globalité, en tenant compte des polyopathologies, du suivi au long cours, de l'aspect psychosocial et professionnel.¹⁵ Cette période donne l'occasion d'apprendre une multitude de compétences cliniques adaptées aux conditions du cabinet médical, des attitudes et aptitudes plus complexes qui s'acquièrent seulement par la pratique. Elle permet de se rendre compte de l'importance de la relation thérapeutique et d'une médecine centrée sur le patient et donne un vécu concret au modèle «biopsychosocial».

Pour structurer le développement d'un cadre conceptuel et orienter leur réflexion sur leur activité au cabinet, nous proposons aux étudiants d'approcher et d'analyser les situations cliniques qu'ils rencontrent en fonction de cinq axes (tableau 3). Cette démarche réflexive permet de tenir compte de pratiquement tous les éléments évoqués dans les «Définitions» de la Wonca.

Au vu de leur complexité, l'évaluation de l'acquisition de ces compétences représente un challenge. L'outil de choix reste le portfolio qui selon sa forme permet une appréciation de l'acquis et une évaluation des aptitudes plus complexes.¹⁶ La Faculté de biologie et de médecine et l'IUMG étudient actuellement l'introduction d'un tel outil.

GROUPES D'ÉCHANGES DE PRATIQUES

Afin de permettre aux étudiants de découvrir la grande variété des expériences vécues, l'IUMG organise durant

Monsieur B., l'accompagnement du patient alcoolodépendant

Présentation de Jelena Todic, étudiante en cinquième année

Monsieur B. est suivi par le Dr J. depuis dix ans. Il s'agit d'un patient de 58 ans avec syndrome métabolique et cervicarthrose. Deuxième mariage, pas d'enfant; l'épouse actuelle souffre d'une sclérose en plaques. Il travaille aux Services industriels de la ville de Lausanne et présente un problème d'alcool de longue date.

Axe patient:
Histoire de la consommation d'alcool

- Première consommation d'alcool vers l'âge de 20 ans, au service militaire.
- 2001: conflit avec un collègue de travail. Sa consommation d'alcool augmente.
- 2002: décès de sa mère.
- 2003: Séjour à la Fondation Les Oliviers.
- 2008: stress professionnel => Rechute.
- 2010: Villa Flora, Valais.

Axe scientifique:
Le repérage: les signes d'alerte

- Résultats biologiques perturbés
- Autres troubles somatiques (HTA, asthénie, troubles digestifs)
- Problèmes conjugaux / inquiétude du conjoint
- Difficultés au travail
- Troubles de l'humeur, troubles du sommeil
- Troubles du comportement, désinhibition
- -> les 4 questions (questionnaire CAGE)

Axe critique:
Comparaison des institutions

| Clinique A | Clinique B |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Dépendance à l'alcool ou à d'autres substances • Abstinence = condition absolue • Vise à retrouver une autonomie socioprofessionnelle • Prix: 7000 Frs • Expression des émotions, reprendre confiance en soi • Détente et bien-être corporel • Très stricte quant à l'abstinence. • Manque d'interdisciplinarité | <ul style="list-style-type: none"> • Abstinence = condition absolue. Pas de sevrage sur place. • Prix: 13'000 Frs • Mélange des dépendances • Peu de contact avec les proches • Préparation insuffisante au retour professionnel |

Axe communautaire:
Aspects communautaires

- Prise en charge en réseau: Médecin, institutions, AA, famille, employeur
- Monsieur B. a mis en péril sa place de travail.
- Répercussions professionnelles de l'alcool: prise de risque plus importante pour soi et pour autrui.
- Conduite automobile

Axe entreprise:
Impact sur l'organisation du cabinet

- Dénis face à la dépendance => manque les consultations
- Comportement désinhibé car alcoolisé
- Relation thérapeutique délicate

Figure 2. Journée de rencontre des stages: exemple d'une présentation



Tableau 3. Les cinq axes d'analyse pour l'activité durant le stage

Axe patient

Plaintes annoncées, agenda caché, rôles relatifs d'anamnèse et status, relation thérapeutique, compliance, contexte, représentations

Axe scientifique

Raisonnement clinique, examens complémentaires, traitements selon les connaissances factuelles

Axe critique

Confrontation de la pratique avec la littérature, adéquation des soins, économicité et qualité de la prise en charge

Axe communautaire

Contexte communautaire, implication d'autres institutions, travail en réseau, rôle des assurances

Axe entreprise

Impact sur le cabinet médical, collaboration avec le personnel, hygiène, radioprotection

les stages, vers la fin de chaque mois, une journée d'enseignement et de réflexion sur la médecine de famille. Cette rencontre réunit tous les étudiants en stage chez le praticien à ce moment. L'objectif de cette journée est d'approfondir la réflexion sur les spécificités de la médecine de famille au moyen de présentations de situations vécues au cabinet (figure 2), analysées selon les cinq axes mentionnés ci-dessus. Pour préparer sa présentation, chaque étudiant dispose de temps libre durant son stage, lui permettant de consulter le dossier, de revoir le patient et d'effectuer des recherches de littérature. Durant la matinée, les étudiants sont répartis en petits groupes, avec un tuteur, médecin de famille. Les présentations sont suivies d'une discussion entre pairs, avec une courte conclusion et un *feed-back* du tuteur. L'après-midi est consacré à une discussion sur le projet professionnel des étudiants, notamment par rapport à une formation en médecine interne générale, suivie d'un échange général sur leurs expériences de stage.

La présence et le *feed-back* du tuteur-médecin de famille permettent d'une part de valider et éventuellement de compléter les conclusions de l'étudiant et, d'autre part, d'évaluer les acquis spécifiques. Actuellement, cette évaluation est absolument informelle; notre but est de la rendre plus pertinente avec le développement d'outils d'aide pour la préparation (vidéo) et d'évaluation (grille critériée) de la présentation. Ce type d'évaluation a déjà été utilisé à Genève dans des stages plus précoces.¹⁷

A notre connaissance, la réunion des étudiants durant leurs stages cliniques, selon les modalités décrites ci-dessus, est un développement novateur à ce stade de la formation. En France, les groupes d'échanges de pratiques sont un élément important dans la formation postgraduée en médecine générale.¹⁸ L'échange entre pairs permet de comparer et mettre en commun les expériences individuelles et d'en développer des concepts plus généraux. Ce processus devrait amener à percevoir et comprendre les spécificités communes de la médecine de famille derrière les pratiques distinctes et variées de chaque praticien. Selon la littérature, les échanges en groupes de pairs semblent

avoir un effet positif sur le développement des compétences et des attitudes professionnelles.¹⁹

Nous ne disposons à l'heure actuelle que d'un recul de quatre mois. A nos yeux, ceux-ci se sont passés d'une manière très encourageante. Lors des journées de rencontre, les étudiants se sont montrés en général satisfaits de leur stage et ont exprimé un grand intérêt pour les différents aspects du métier de médecin de famille. Les présentations reflètent un haut degré de pertinence et d'intérêt. Une évaluation plus formelle nous permettra de juger à quel point ce travail améliore les différentes compétences. Nous espérons que ce stage influence positivement les étudiants dans le choix d'une carrière en médecine de famille.

CONCLUSION

Durant les dernières années, avec la réforme en cours, la place de la médecine de famille s'est considérablement améliorée dans les études de médecine à la Faculté de biologie et médecine de Lausanne. La visibilité de la discipline a nettement augmenté et avec elle la reconnaissance en tant que spécialité académique. L'enseignement de la médecine de famille est devenu plus exigeant, sollicitant davantage les compétences pédagogiques des médecins praticiens enseignants. L'introduction récente d'un mois de stage obligatoire chez le praticien joue certainement un rôle central dans les efforts de mieux faire connaître la médecine de famille avec ses spécificités et de rendre le choix du métier de médecin de famille plus attractif. Il s'agit d'un effort considérable qui implique l'engagement précieux de nombreux médecins praticiens comme maîtres de stage en Suisse romande et un travail de coordination important du côté de l'IUMG.

Nous espérons que les journées d'enseignement et de réflexion créent un nouveau lien entre les cabinets en périphérie et l'Institut, et que cet échange permette aussi de rapprocher les médecins installés et le monde facultaire. Ces efforts stimulent également l'interaction entre l'enseignement et la recherche, ce qui devrait nous permettre d'élargir la base scientifique de notre métier. Nous espérons surtout que cet effort commun contribuera à réveiller de nouvelles motivations pour le choix d'une carrière en médecine de famille. ■

Implications pratiques

- Le stage au cabinet du praticien est le moment le plus important pour l'enseignement de la médecine de famille durant les études, avec un grand engagement des médecins praticiens enseignants
- Les groupes d'échanges de pratiques permettent de traduire des expériences individuelles en concepts plus généraux, avec un effet positif sur le développement des compétences et des attitudes professionnelles
- L'enseignement de la médecine de famille amène nécessairement à une réflexion sur la complexité et la gestion de l'incertitude



Adresses

Pr Thomas Bischoff
Drs Michel Junod et Lilli Herzig
Institut universitaire de médecine générale (IUMG)
Pr Jacques Cornuz
Consultation générale
PMU, 1011 Lausanne
Thomas.Bischoff@hospvd.ch
Michel.Junod@hospvd.ch
Lilli.Herzig@hospvd.ch
Jacques.Cornuz@chuv.ch

Dr Raphael Bonvin
Unité de pédagogie
Faculté de biologie et de médecine
1011 Lausanne
Raphael.Bonvin@chuv.ch

Bibliographie

- 1 Bader C. Enseignement de la médecine de premier recours – décision obligatoire de la CIMS du 24 mars 2004. Bull Med Suisse 2004;35:1825.
- 2 Bonvin R, Lamy O. Enseignement des compétences cliniques en médecine ou le juste retour du clinicien. Rev Med Suisse 2009;5:2158-60,2162.
- 3 The European definition of general practice/family medicine – 2005, Wonca Europe (www.woncaeurope.org/Definition%20GP-FM.htm).
- 4 * Heyrman J ed. EURACT educational agenda. European Academy of Teachers in General Practice EURACT, Leuven 2005.
- 5 Swiss catalogue of learning objectives for undergraduate medical training – 2008, working group under a mandate of the joint commission of the Swiss medical schools (www.smifk.ch).
- 6 Schaufelberger M. Que peuvent apprendre les étudiants au cabinet du médecin de famille? Prim Care 2010;13:246-8.
- 7 ** Starfield B. Primary care: Balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press, 1998.
- 8 Ombelli J, Bonvin R, Bischoff T, Pécoud A, Cornuz J. Enseignement prégradué de la médecine ambulatoire à la PMU: quelques repères. Rev Med Suisse 2009;5: 2396-401.
- 9 Martin CM, Sturmberg JP. General practice-chaos, complexity and innovation. Med J Aust 2005;183:106-9.
- 10 Innes AD, Campion PD, Griffiths FE. Complex consultations and the «edge of chaos». Br J Gen Pract 2005;55:47-52.
- 11 * Fraser SW, Greenhalgh T. Coping with complexity: Educating for capability. BMJ 2001;323:799-803.
- 12 ** Sweeney K. Complexity in primary care: Understanding its value. Oxford: Radcliffe Publishing, 2006.
- 13 ** Junod AF, Nendaz MR. Décision médicale ou la quête de l'explicite. Genève: éd. Médecine et Hygiène, 2003.
- 14 Sturmberg JP, Cilliers P. Time and the consultation – an argument for a «certain slowness». J Eval Clin Pract 2009;15:881-5.
- 15 Enseignement de médecine générale, directives pour le stage, IUMG Lausanne (www.polimed.ch/IUMG > Formation prégraduée > Stages > Documentation).
- 16 Sturmberg JP, Farmer L. Educating capable doctors – a portfolio approach. Linking learning and assessment. Med Teach 2009;31:e85-9.
- 17 Mottu F, Lefebvre D, Stalder H. Stage en milieu ambulatoire pour les étudiants en médecine de deuxième année. Un mode d'évaluation original. Med Hyg 2000; 58:1383-5.
- 18 Aubert J. Formation professionnelle des médecins généralistes: état des lieux en Suisse et... en Ile-de-France! Prim Care 2009;1:12-5.
- 19 Schaub-de Jong MA, Cohen-Schotanus J, Dekker H, Verkerk M. The role of peer meetings for professional development in health science education: A qualitative analysis of reflective essays. Adv Health Sci Educ Theory Pract 2009;14:503-13.
- 20 Cornuz J, Bischoff T. Evidence-based medicine: nécessaire, mais pas suffisant. Med Hyg 2004;62:2339.

* à lire

** à lire absolument