

ENSEIGNEMENT DE LA MEDECINE GENERALE: UNE UTILISATION POSSIBLE

"Des séminaires en tables rondes"

J.L. Rouy (UER, Bobigny 1982)

Il s'agit probablement d'une des formes d'enseignement bien adaptées, quand le sujet concerne l'élaboration de démarches diagnostiques et/ou thérapeutiques, c'est-à-dire simultanément la transmission d'un savoir et d'une formation psychologique.

Cette technique peut donc s'adresser à tous les futurs médecins, particulièrement aux généralistes, à tous les stades des études, particulièrement lors des dernières années.

Elle paraît souvent bien adaptée également à la F.M.C.

I - UNE TABLE OU PAS: MAIS UN CERCLE

La disposition en cercle contribue à modifier d'emblée la relation maître-élève traditionnelle. Ceci n'est pas une condition suffisante : un enseignant qui serait "dominateur" le resterait, en cercle ou non. Il faut préciser tout de suite que s'il ne s'agissait que de la transmission de connaissances, la disposition en cercle ne s'imposerait pas. Elle pourrait même prendre, dans ce cas, une allure discrètement démagogique ... Mais, dans l'enseignement de la médecine générale, élaborer ensemble des démarches diagnostiques et thérapeutiques suppose que plusieurs éléments interviennent, dans des proportions variables, mais de façon simultanée :

- apport de connaissances nouvelles, plutôt par les enseignants, mais aussi par les étudiants eux-mêmes,
- mise en commun des expériences pratiques des uns et des autres,
- réflexions de chacun des participants, intérieures ou verbalisées pour l'ensemble du groupe, qui permettent de se situer personnellement, et par rapport au groupe, aussi bien au niveau des connaissances que des comportements.

Ce processus d'apprentissage et de formation individuelle ne peut guère s'envisager sans les échanges permanents que permet la table ronde. Dans la disposition traditionnelle d'un "cours", les échanges entre étudiants sont réduits, à moins que l'on ne souhaite même qu'il n'y en ait aucun.. Le cercle peut permettre ces échanges, chacun étant en face de tous les autres, et sur le même plan.

Quant à la "table", elle permet d'écrire, si c'est utile, mais elle introduit une certaine séparation (utile ou nuisible) entre les participants. Peut-être n'est-elle pas toujours indispensable.

II - LE NOMBRE DES PARTICIPANTS

Au-dessus de vingt, l'on travaille sans doute moins bien : un certain anonymat s'installe qui incite les moins actifs à s'abstraire. Des sous-groupes peuvent se former, dispersant l'attention. Le travail des enseignants devient plus difficile.

En dessous de cinq participants, s'agit-il encore d'une table ronde ?

.../...

III - DUREE

Une heure est un peu court. Plus de deux heures est un peu long. De toutes façons, ce type d'enseignement s'inscrit en général dans les créneaux horaires habituels, et une heure et demie à deux heures représente une durée moyenne convenable pour une table ronde.

Il faut dire aussi que l'enchaînement et la répétition des tables rondes sont sans doute plus importants que la durée de chacune d'elles.

IV - UN ENSEIGNEMENT REGULIER

Si le même groupe d'étudiants se réunit à intervalles réguliers, pendant quelques semaines ou quelques mois par exemple, avec les mêmes animateurs, le "résultat pédagogique" global ne sera pas le même que s'il s'agissait d'un enseignement ponctuel, au coup par coup. Les phénomènes qui se produisent dans le groupe : frottements, conflits au sujet de connaissances ou de comportements; mais aussi les synthèses et l'élaboration de consensus, même si l'accord s'établit sur le fait qu'il n'y a pas de réponse claire et définitive à telle ou telle question, tout ceci contribue à mélanger intimement, et permanence, l'apport des connaissances et une réflexion personnelle, dans le temps, sur ce qu'est la "fonction soignante". Cette réflexion participe à une formation psychologique de chacun des participants, en respectant ses possibilités propres.

L'efficacité du travail dépend donc en partie d'un certain "suivi" de l'enseignement. Cette régularité permet également de "grader" les thèmes d'enseignement : par exemple du plus simple au plus complexe.

V - FONCTIONNEMENT D'UNE TABLE RONDE

Le cours Magistral obéit à certaines règles de fonctionnement. La table ronde également, dans la mesure où l'on en attend un résultat aussi complexe que la transmission de connaissances (théoriquement facile à évaluer), et d'une formation psychologique (théoriquement plus difficile à évaluer).

Les conditions de fonctionnement d'une table ronde sont donc faites pour être respectées, non par esprit de système, mais par souci d'efficacité.

Parmi les conditions élémentaires, l'on peut dire :

- que l'enseignant-animateur est l'un des points du cercle;
- que le co-animateur éventuel (et le plus souvent utile) est aussi un point du cercle, de préférence séparé de l'animateur par quelques étudiants;
- que la présence de plus de deux enseignants, pour quinze étudiants par exemple, est rarement souhaitable, à moins que les rôles des uns et des autres ne soient très clairs et bien respectés : le ou les enseignants "surnuméraires" n'intervenant alors que très peu, ou seulement sur la demande de l'animateur;
- que le fonctionnement d'une table ronde n'est ni rigide ni immuable : rien n'interdit par exemple de faire des petits groupes séparés, suivis ou non de "synthèses", ou d'utiliser du matériel ou des documents variés, audio-visuels ou autres. Ceci dépend d'abord du sujet : s'il

.../...

s'agit par exemple du thème : "surveillance de la femme enceinte" ou "les maladies éruptives", divers documents peuvent être utiles. Leur utilisation, avec ou sans systèmes de projection, peut aller de pair avec les réflexions que permet la situation "en table ronde".

Si le "thème est : "les malaises", par exemple, ou "la crainte" cardiaque", il est clair que les étudiants ont un bagage technique souvent important dans ces domaines. Ils ont aussi, et c'est compréhensible, une bonne dose d'angoisse en face de ces situations. L'utilisation de documents sera peut-être secondaire par rapport à la mise en commun des expériences et appréhensions des uns et des autres, débouchant sur l'élaboration progressive "d'attitudes généralistes".

Avant même d'évoquer le rôle des enseignants-animateurs, il paraît utile de préciser tout de suite la place d'une table ronde de médecine générale par rapport à certains autres groupes de travail axés, quant à eux, plus spécifiquement sur une formation psychologique (type "groupe Balint").

a - Les sujets

Il va de soi que la table ronde ne permet pas de tout faire : ce n'est pas autour d'un tapis vert que l'on peut enseigner la surveillance d'une femme enceinte à des étudiants qui n'ont jamais approché un utérus gravide. Même remarque pour beaucoup d'autres sujets : - traumatologie, nourrissons, etc...

L'intérêt spécifique de ce mode d'enseignement n'étant pas, comme on l'a vu, de se limiter à une transmission de connaissances, les participants à une table ronde sur la surveillance d'une femme enceinte, par exemple, devraient avoir déjà, sur ce sujet, de bonnes connaissances théoriques et pratiques : c'est en particulier au "deuxième cycle" de les leur donner. S'ils n'ont pas ce "pré-requis", la table ronde risque de n'être, pour eux, qu'une caricature d'enseignement. Mieux vaut sans doute les envoyer voir des femmes enceintes que de leur permettre de fantasmer sur du vent.

Par contre, la mise en commun des expériences des uns et des autres, acquises à l'hôpital au début, puis en stage chez le praticien ou en remplacements, permet un enrichissement mutuel des participants, à condition, encore une fois, que ces expériences soient réelles et solides : de plus, l'enseignant-animateur, par définition généraliste, peut servir de référence constante : "'A l'hôpital, on nous apprend ceci. Et vous, qu'en pensez-vous?". Le mélange de tous ces éléments permet d'aboutir non pas à des "conduites à tenir" rigides (et donc illusoire), mais à des synthèses successives, toujours ouvertes, laissant la place à des évolutions ultérieures : il s'agit là d'un reflet fidèle de l'exercice en médecine générale.

b - Les groupes "thérapeutiques"

Certains enseignants (particulièrement psychanalystes ou psychologues) ont tendance à considérer tout groupe de travail plus ou moins comme un groupe thérapeutique. Même s'il apparaît que les limites peuvent être floues, il s'agit là d'un objectif qui ne saurait être au premier plan. Autrement dit, on peut avancer que des questions comme :

.../...

- l'utilisation du silence,
 - l'association libre des idées,
 - la totale liberté d'expression,
 - la non-intervention de l'enseignant,
 - la non-réponse éventuelle aux questions,
 - l'"utilisation" de l'angoisse et de l'agressivité dans le groupe,
- qui sont d'ailleurs utiles au niveau d'une certaine recherche, se posent plus en fonction de la personnalité de l'animateur qu'en fonction de l'enseignement de la médecine générale à l'ensemble des étudiants.

Rappelons que nous étudions ici la table ronde en tant que modalité d'enseignement utilisable pour tous les futurs généralistes, et non pas réservée à certains étudiants plus ou moins sélectionnés.

c - La référence aux "groupes Balint"

Là aussi, malgré certains points communs, il existe des différences majeures entre un groupe Balint classique, et une table ronde de médecine générale; en dehors même du fait que l'enseignant-animateur est avant tout généraliste, et non psychanalyste, les étudiants et les jeunes médecins, au cours des tables rondes d'enseignement :

- viennent non seulement réfléchir, mais aussi apprendre des éléments techniques voire biologiques. Ces éléments seraient supposés acquis au cours d'un groupe Balint.
- n'ont qu'exceptionnellement la responsabilité thérapeutique au long cours de patients suivis par eux-mêmes. C'est l'inverse dans un groupe Balint.
- enfin, autant il va de soi qu'un travail en groupe Balint ne saurait être imposé à qui que ce soit, autant le mode de travail en table ronde de médecine générale devrait pouvoir s'adresser à tout futur généraliste.

VI - LES ENSEIGNANTS-ANIMATEURS

S'il apparaît nécessaire de réfléchir au profil et au fonctionnement d'un enseignant de médecine générale, particulièrement en table ronde, c'est que la "matière enseignée" n'est pas vraiment comme les autres. Lors de son fonctionnement quotidien, le généraliste utilise en permanence des éléments techniques, biologiques (c'est-à-dire ce qu'on lui a appris), mais aussi des éléments sociologiques, et psycho-affectifs (concernant son malade, mais aussi lui-même). Or, chaque fois qu'il utilise ces éléments de façon "juxtaposée", il se trouve que les choses se passent rarement bien. Par contre, pour qu'elles se passent mieux, il est nécessaire que ces éléments fassent l'objet d'une synthèse permanente, toujours renouvelée.

Bien entendu, la nécessité de prise en compte simultanée de tous ces facteurs devrait aller de soi pour tous ceux qui, de près ou de loin, exercent une "fonction soignante". Il se trouve que l'hyper-spécialisation progressive de l'exercice de la médecine, évolution qui ne paraît pas près de ralentir, aboutit à cette évidence : les généralistes, s'ils le souhaitent, sont les seuls à être vraiment en situation d'aborder la maladie (et surtout Monsieur ou Madame Untel, malade), de façon globale, synthétique, même s'ils ont besoin, pour ce faire, de l'avis technique de tel ou tel spécialiste.

.../...

Au cours de leurs études, les futurs médecins auront eu affaire à des enseignants passionnés par leur spécialité, ou par l'abord psychologique des choses, ou par leur abord sociologique. De plus, le médecin généraliste qui, par sa fonction, intègre en permanence les trois abords, est considéré par tout le monde comme "celui qui n'a pas réussi".

Cette analyse de la "spécificité de la médecine générale en fonction de l'enseignement de la médecine" est beaucoup trop brève, mais elle est nécessaire pour aborder le rôle de l'enseignant-animateur d'une table ronde.

Il faudrait également revenir sur la notion de "modèle d'identification", notion bien étudiée déjà, surtout par les psychanalystes.

Le rôle de l'enseignant de médecine générale dépend donc étroitement de la façon dont il conçoit et exerce son métier. L'impact pédagogique de cet enseignement dépend aussi, mais c'est vrai pour tout enseignant, de ce qu'il "est".

Au risque de schématiser par trop ce que pourrait être un enseignant-animateur de table ronde, on peut suggérer quelques caractéristiques de ce personnage :

- 1) Il est là. C'est-à-dire que ce personnage mal connu, du moins par le monde hospitalo-universitaire, se trouve officiellement chargé d'enseigner quelque chose qui est présenté par les spécialistes comme assez simple (triage), et pressenti par les étudiants comme plein d'embûches.
- 2) Comme tout enseignant, il fonctionne comme modèle d'identification. A lui de faire en sorte d'être crédible, pas trop contraginant et de ne pas rester hors de portée des étudiants. Le modèle "je sais tout et vous n'en saurez jamais autant que moi" est trop répandu pour que les généralistes s'y conforment aussi.
- 3) La table ronde fonctionnant de façon très différente d'un cours magistral, l'animateur en explique le fonctionnement. Ceci n'est pas superflu, les étudiants ayant bien le désir d'être actifs, mais ayant été habitués le plus souvent à une certaine passivité.
- 4) Un plan des éléments principaux que l'on souhaite faire passer au cours de la table ronde a été établi (on peut aussi parler d'objectifs).
- 5) Comme tous les participants peuvent apporter leur propre matériel pour le travail de groupe, un rôle de l'enseignant est de permettre à chacun des participants de s'exprimer. Il est vrai qu'il n'a pas à mettre un point d'honneur à "faire parler" de force les étudiants. Mais il paraît vra aussi que permettre d'exprimer "tout et n'importe quoi" peut tendre vers les groupes plus "psy". Pour tel participant, le fait d'exprimer quelque chose devrait, en principe, être utile pour lui-même et pour l'ensemble du groupe.
- 6) A tout moment d'une table ronde, les discussions peuvent dériver dans l'idéologie médicale (la vérité au malade, l'utilisation des placebos, etc..). L'animateur peut admettre ces discussions assez "théoriques".

.../...

Mais, pour ne pas perdre de vue l'efficacité du travail, il peut le faire à quelques conditions :

- on précise bien que l'on est dans l'idéologie,
- tout le monde est d'accord pour aborder ce sujet,
- on ne perd pas de vue pour autant ce qui fait l'objet de la table ronde.

7) L'enseignant, qui sait bien que l'on travaille efficacement chaque fois que l'on aborde des "cas" réels, vécus, et non des schémas abstraits, favorise l'exposition de tels cas par les participants. Il fait si besoin état de cas personnels, sans les imposer, plutôt dans le but de favoriser la présentation d'observations personnelles des étudiants.

8) Quand une demande de renseignement technique est faite par un participant, l'animateur a plusieurs possibilités :

- il y a d'abord de fortes chances pour qu'un autre participant ait la bonne réponse. Le fait de faciliter cette façon de répondre a le mérite de montrer aux étudiants qu'il en savent plus qu'ils ne le croient en général.
- la plupart des réponses techniques se trouvant dans des documents, il peut être bon de suggérer aux étudiants d'apprendre à utiliser les dits documents.
- enfin, il n'est pas interdit à l'animateur de répondre lui-même, ce qui est le plus rapide, mais pas forcément le plus judicieux d'emblée.

10) Tout au long de la table ronde, il est souvent utile de "faire le point" de temps en temps : ceci permet de se mettre d'accord :

- sur ce qui peut être acquis sans problème,
- sur ce qui reste à aborder,
- sur les points qui n'ont pas de réponse définitive, avec les questions en suspens que cela comporte.

11) Contrairement à d'autres enseignements, un objectif assez particulier de celui-ci est de permettre aux étudiants de ne pas "tout savoir". Il est en effet clair qu'un spécialiste a déjà bien du mal à connaître toute sa spécialité. Chaque spécialité a tendance à se subdiviser de plus en plus. Alors, la médecine générale ... Mais il s'agit là d'un objectif difficile, tant sont ancrés les processus de culpabilité des futurs médecins qui ont été conditionnés à la "hantise de passer à côté de telle ou telle affection".

12) A la fin de la table ronde, il est parfois utile de faire une synthèse, reprenant les mises au point successives. Mais il peut être également efficace, selon les cas, de laisser le groupe "en suspens", pour que les élaborations de chacun puissent se faire en attendant le prochain enseignement.

13) Enfin, et ceci aussi va de soi, les participants à un enseignement de médecine générale devraient pouvoir sentir que leur enseignant lui-même profondément intéressé, en permanence et à égalité par tous les éléments de la pratique généraliste. Chaque fois qu'une distorsion trop importante apparaît, quelle qu'elle soit, la difficulté à saisir une

.../...

pratique jugée "marginale" apparaît aussi.

Ce qui a été dit ci-dessus concerne aussi bien l'animateur d'une table ronde que l'éventuel co-animateur.

De ce dernier, et de son rôle spécifique, on peut dire simplement :

- c'est un généraliste aussi, mais chacun sait qu'il n'y en a pas deux semblables. Or il est important que les participants s'aperçoivent que dans telle ou telle situation médicale, les attitudes des deux enseignants ne seront pas forcément superposables, tout en étant, toutes deux, généralistes. C'est une certaine façon d'éviter le "modèle unique", qui serait alors trop contraignant.

- avant la séquence d'enseignement, il s'est mis d'accord avec l'enseignant-animateur sur les grandes lignes de la table ronde. Ceci lui permet :

- d'aider à recentrer le travail sur le sujet en cours, si c'est nécessaire,

- de signaler que tel ou tel aspect du problème a été oublié, ou incomplètement abordé,

- etc...

- de toutes façons, il n'y a aucun lien hiérarchique entre les deux animateurs. Ils peuvent, à tout moment, échanger leurs rôles. Une condition de bon fonctionnement de la table ronde étant toutefois que les deux animateurs s'entendent bien sur les buts et le "mode d'emploi" de la table ronde.

CONCLUSION

Si l'on spécifie bien ses modalités et ses objectifs, le mode d'enseignement en "table ronde" paraît bien adapté pour les futurs généralistes, chaque fois qu'il y a lieu de faire passer le caractère nécessairement global de l'exercice de la médecine générale.

- BIBLIOGRAPHIE.

- P.B.Schneider et de Perrot : - Le jeu de rôle comme instrument d'enseignement à l'étudiant en médecine de la relation médecin-malade. Revue Médicale Psychosomatique. 12. (1970)-4-379 -389
- Royal College of General Practitioners. (1972) The Future General Practitioner - Learning and Teaching. London. British Medical Journal.
- E. de Perrot : - A propos du jeu de rôle : Communication et langage dans la relation médecin-malade. Revue de médecine psychosomatique. Tome 18. N° 4 - 1976.-379-390
- M.L. Dowiakowski, J. Janssens, R. Listik, M. Soutis, A. Van Dijck. : - Sensibilisation aux attitudes contre-transférentielles par la technique du jeu de rôle. Revue de médecine psychosomatique. Tome 20. N° 1. 1978.-7-22
- Jeu de rôle et enseignement clinique. Claude Grunberg, Jean-François d'Ivernois. Revue Française d'Education Médicale. II. 6. 1979. -9-10
- Teaching with audiovisual recordings of consultations. R.H. Davis. M. Jenkins. S.A. Smail. N.C.H. Stott. J. Verby. B.B. Wallace. Journal of the Royal College of General Practitioners. June 1980.-30-333-336
- Etude de l'entretien entre un malade et un médecin. Etudiants de D.C.E.M. i Jeux de rôles et magnétoscope . J.L. ROUY, J.F. d'IVERNOIS, B. de GAYFFIER Revue Française d'Education Médicale, IV,8 1981-11-17