

Comment favoriser l'engagement dans les tâches pédagogiques du clinicien enseignant de médecine d'urgence ?

Céline Perrin¹ et Nicole Poteaux²

1 : Université Côte d'Azur, Centre Hospitalier Universitaire de Nice, Département Hospitalo-Universitaire de Médecine d'Urgence (D.H.U.M.U), Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU06), Nice, France

2 : Faculté des Sciences de l'Education, Université de Strasbourg, Strasbourg, France.

Résumé – Contexte : La naissance récente de la médecine d'urgence comme spécialité place le clinicien enseignant de médecine d'urgence au centre des enjeux de l'enseignement clinique de sa spécialité. Une formation aux compétences requises par cet enseignement pourrait ne pas suffire s'il ne rencontre pas les conditions d'engagement dans les tâches pédagogiques sur le terrain.

But : Identifier les leviers et les freins de l'engagement dans les tâches pédagogiques du clinicien enseignant de médecine d'urgence, selon le modèle exigences-ressources de l'engagement.

Sujets/matériel/méthodes : Douze cliniciens enseignants du Département Hospitalo-Universitaire de Médecine d'Urgence du Centre Hospitalier Universitaire de Nice ont participé à un entretien en re-situ subjectif suivant l'enregistrement vidéo en perspective subjective d'une séquence pédagogique en milieu clinique. Les verbatims obtenus par la retranscription des entretiens ont été analysés selon une approche interprétative et confrontés à une grille d'analyse thématique.

Résultats : L'analyse des entretiens a permis de caractériser l'activité pédagogique mise en œuvre et d'identifier cinq ressources qui la soutiennent, et cinq exigences qui lui font obstacle et peuvent conduire à son abandon pur et simple. Elle a aussi porté l'emphase sur l'intérêt pédagogique de la méthode de recueil, génératrice de rétro action équilibrée et centrée sur le clinicien enseignant.

Conclusion : Favoriser l'engagement dans les tâches pédagogiques nécessite d'identifier des axes d'action prioritaires et réalisables. L'entretien en re situ subjectif, en permettant l'analyse du point de vue du clinicien enseignant pendant l'activité pédagogique, serait un moyen d'approcher cet objectif.

Mots clés : clinicien enseignant / médecine d'urgence / engagement dans les tâches pédagogiques / exigences – ressources / perspective subjective / Entretien en re-situ subjectif

Key words : clinical teacher / emergency medicine / pedagogical tasks engagement / Demands-ressources / subjective perspective / Subjective re situ interview

Céline Perrin, Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences (CESU06), Pôle Anesthésie Réanimation Urgences du CHU de Nice, Hôpital Pasteur 2, 30 voie Romaine, 06000 Nice.
Perrin-goudiaby.c@ chu-nice.fr
Téléphone : 04 92 03 33 98

INTRODUCTION

CONTEXTE

La médecine d'urgence est devenue officiellement une spécialité médicale le 13 novembre 2015 en France, avec la publication de l'arrêté qui a créé le diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine d'urgence ¹, et la rentrée universitaire 2017 a vu la première génération d'internes intégrer les stages de la spécialité. Cette discipline doit maintenant relever le double challenge de former des professionnels compétents, et d'être attractive pour les étudiants. De plus, les critères d'agrément des structures d'urgence comme lieu de stage pour la spécialité reposent en grande partie sur leur projet pédagogique et la qualité de l'encadrement des étudiants.

Le rôle du clinicien enseignant de médecine d'urgence apparaît alors comme central au sein de ces enjeux, tant dans l'accompagnement des apprentissages des étudiants que dans l'influence qu'il peut avoir sur leur choix de carrière dès leurs premiers stages hospitaliers ².

Le clinicien enseignant de médecine d'urgence a la double tâche de prodiguer les soins adaptés à son patient, et d'enseigner comment les prodiguer. Il doit posséder la double compétence clinique et pédagogique ³. En outre, cette tâche déjà complexe s'effectue dans un environnement particulièrement contraignant avec un flux de patients soutenu, des pathologies très variées, un impératif de décision clinique rapide en contexte d'incertitude majeure, une gestion du temps aléatoire, et auprès d'étudiants de niveaux différents ⁴.

QUESTION

Les rôles et modalités pédagogiques spécifiques du clinicien enseignant sont bien décrits ^{5 6} ; si la supervision directe est la modalité pédagogique de choix des apprentissages en contexte authentique, elle est peu mise en œuvre, au profit de la supervision indirecte ⁷. La médecine d'urgence ne fait pas exception ; l'observation directe au lit du patient, suivie d'une rétro action spécifique centrée sur l'étudiant, technique de choix dans l'acquisition des compétences professionnelles du jeune médecin, y est rarement pratiquée ⁸ ; les rétro actions prodiguées en fin de supervision sont encore trop générales et centrées sur l'enseignant. De même, si le modèle de rôle a un impact fort sur les apprentissages, il n'est pas toujours adapté et souvent peu explicité ; dans une étude de Wright portant sur les caractéristiques des modèles de rôle, moins de 50% des cliniciens sont considérés par les étudiants comme de bons modèles de rôles ⁹.

S'il est alors licite de l'envisager, une formation spécifique du clinicien à l'acquisition des compétences requises en pédagogie pourrait pourtant ne pas suffire, si les conditions d'engagement dans les activités pédagogiques ne sont pas rencontrées sur le terrain.

Quelles sont les conditions réelles de l'activité du clinicien enseignant de médecine d'urgence qui s'engage dans une tâche pédagogique, et comment favoriser cet engagement : telles sont les questions ayant motivé cette étude.

CADRE THEORIQUE

Schaufeli et Bakker ¹⁰ définissent l'engagement comme l'expérimentation dans le travail d'un haut niveau d'énergie (*Vigor*), de dévouement (*Dedication*) et d'absorption (*Absorption*). Ces trois dimensions traduisent l'identification d'un individu vis-à-vis de son travail : la vigueur est déterminée par des niveaux d'énergie élevés et de résistance mentale, par la volonté de fournir des efforts et la persistance face aux difficultés. Le dévouement est caractérisé par des sentiments positifs d'enthousiasme, d'inspiration, de fierté envers son travail et le sens du défi. Quant à l'absorption, elle correspond à un état de concentration tel que l'individu ne voit pas le temps passer et qu'il éprouve des difficultés à se détacher de la tâche qu'il exécute. Demerouti postulait que les conditions de travail pouvaient être classées en deux principales catégories : les exigences et les ressources ¹¹. Les exigences font références aux différents aspects physiques, psychologiques, sociaux et organisationnels du travail, générateurs de coûts

physiques et/ ou psychologiques pour l'individu ; les ressources sont les aspects physiques, psychologiques, sociaux et organisationnels qui permettent d'atteindre les objectifs et de réduire les coûts des exigences. Concernant les ressources, distinction est faite entre les ressources personnelles (structure cognitive, vécu et expérience, personnalité, schèmes d'action utilisés) et les ressources professionnelles (organisationnelles et sociales). Dans le modèle exigences - ressources (*Job-Demands-Ressources (J-DR) Model*) figure 1, Demerouti et Bakker ¹² mettent en lien les ressources et les exigences du travail, avec l'engagement et la performance et décrivent un cercle vertueux dans lequel favoriser les ressources personnelles augmente les performances en favorisant l'engagement, et modifie les relations à l'environnement : les exigences deviennent des challenges à relever et des ressources à créer, et ce d'autant plus que l'environnement est initialement contraignant. ¹³

Le JD-R nous a donc servi d'appui théorique du fait de son approche explicative globale compatible avec l'objectif de ce travail de recherche : identifier les leviers mobilisables de l'engagement dans les tâches pédagogiques du clinicien enseignant en médecine d'urgence, pour favoriser cet engagement et améliorer ses performances, à des fins d'amélioration des apprentissages.

MATERIEL ET METHODE

Cette étude visait à caractériser les variables faisant obstacle à la mise en œuvre des activités pédagogiques, ou au contraire les soutenant, à des fins d'identification des leviers d'action pertinents. L'approche qualitative a été choisie pour sa capacité à rendre explicites les éléments de décision qui sous-tendent l'action.

TERRAIN

Ce travail a été mené au sein du Département Hospitalo-Universitaire de Médecine d'Urgence (D.H.U.M.U) du Centre Hospitalier Universitaire de Nice. Douze cliniciens ont été recrutés pour atteindre la saturation des données. Notre objectif était d'identifier les leviers de l'engagement dans les tâches pédagogiques. Nous devions pour se faire explorer non seulement les différentes modalités pédagogiques existantes, mais aussi les différents contextes de mise en œuvre. Le clinicien urgentiste exerce alternativement son activité en zones de soin médicochirurgicales, salle d'accueil des urgences vitales, Unité d'Hospitalisation de Court Séjour des Urgences, et ce sur des périodes de temps pouvant s'étendre à vingt-quatre heures. Les enregistrements ont donc été répartis de manière à couvrir les différentes zones de soin, les différents jours de la semaine du lundi au dimanche, et les différentes parties du nycthémère (matin, après midi, soirée et nuit).

RECRUTEMENT

Le recrutement a concerné des cliniciens urgentistes temps plein en charge de la supervision des étudiants en médecine, pré et post gradués, et pratiquant au moins l'une des modalités pédagogiques spécifiques du clinicien enseignant (supervision, modèle de rôle).

Ils ont été, dans un premier temps, interrogés par mail sur la ou les modalité(s) représentant majoritairement leur pratique, parmi trois propositions décrivant, sans les nommer, la supervision par observation directe, la supervision indirecte et le modèle de rôle.

Le recrutement a ensuite été réparti sur les catégories ci-dessus obtenues, afin d'explorer l'ensemble des modalités pédagogiques utilisées. Un seul des cliniciens interrogés a fait état d'une pratique de la supervision directe et a été recruté. Pour les autres, l'activité déclarée se répartissait pour majeure part sur la supervision indirecte, le modèle de rôle explicité étant préférentiellement réservé aux étudiants les plus jeunes.

Bien que le clinicien ait été laissé libre du choix de l'étudiant avec lequel pratiquer son activité pédagogique, ce choix a souvent été conditionné par le rendez-vous de recueil ; malgré cela, et

en raison de la répartition des enregistrements vidéo sur l'ensemble de la semaine et du nycthémère, tous les niveaux d'étudiants ont été représentés.

RECUEIL DES DONNEES

Le recueil s'est déroulé sur une période d'un mois au printemps 2018, en deux étapes successives : l'enregistrement vidéographique d'une séquence de supervision en perspective subjective d'abord, puis l'entretien du clinicien en re-situ subjectif pendant le visionnage de son film. Les données à analyser étaient représentées par la retranscription littérale des enregistrements audio des entretiens.

L'enregistrement vidéographique permet une approche de type ethnographique avec immersion dans le contexte authentique de l'activité observée ; il vise à restituer le caractère global pluridimensionnel de l'activité¹⁴. Il permet, d'autre part, la restitution de la dimension socio professionnelle de l'activité, qui est indissociable des ressources matérielles, des interactions sociales et avec l'espace, des contraintes¹⁵, et qui représente le cœur de ce travail.

La perspective subjective située, qui consiste à enregistrer l'activité telle que le sujet la voit, ne présente pas les inconvénients de l'auto-confrontation de la perspective externe, et minimise les risques d'approche critique de l'action^{16 17}. En outre, elle favorise, lors du visionnage, les réminiscences et stimule la reproduction des événements mentaux ayant déterminé les comportements observés¹⁸. Elle a donc été choisie en accord avec les objectifs de ce travail.

Les enregistrements vidéo ont été réalisés à l'aide de lunettes sans correction de type « lunettes espion » équipées d'une caméra au niveau de la tempe gauche du clinicien. L'accord de l'ensemble des participants et du patient, lorsque sa présence était envisagée, avaient été sollicités.

Le clinicien portait les lunettes pendant toute la durée de l'interaction avec l'étudiant, qu'elle inclut ou pas un temps auprès du patient. Il était libre de choisir la modalité pédagogique utilisée ainsi que l'étudiant avec lequel la réaliser, quelle que soit sa réponse au courriel de recrutement initial.

L'entretien en re situ subjectif qui suit l'enregistrement vidéo est ainsi nommé car il « tente de conduire l'acteur à expliciter son vécu en le re-situant, a posteriori, au plus près de son point de vue au moment de l'événement »¹⁶.

Le clinicien, confronté à l'enregistrement vidéographique, a été invité à expliciter les éléments significatifs de cette activité¹⁹; la vidéo représentait le support destiné à favoriser l'explicitation des actions menées, l'analyse réflexive des éléments signifiants. Un support d'entretien avait initialement été créé en lien avec les objectifs de la recherche, il n'aura finalement pas été utilisé en l'état : la réflexion du clinicien interviewé a été guidée à la fois par la trace enregistrée et par les relances l'encourageant à décrire ce qui faisait sens pour lui, sur des moments de l'action choisis en lien avec les objectifs de la recherche. Le cœur des données n'est pas l'enregistrement de l'activité, mais bien la verbalisation de cette activité par celui ou celle qui l'a vécue, verbalisation qui précise le sens qu'il faut donner à la trace de l'activité.

Les douze entretiens ont été réalisés dans les douze heures suivant l'enregistrement vidéo.

ANALYSE DES DONNEES

Les verbatims obtenus par la retranscription des enregistrements audio des entretiens ont été analysés selon une approche interprétative. Une grille d'analyse thématique, construite d'une part à l'aide de la littérature produite dans le domaine de l'engagement dans le travail et d'autre part par l'émergence des thèmes tout au long de l'analyse même des entretiens, a soutenu ce processus. La grille d'analyse, une fois son élaboration terminée, a été appliquée de nouveau à l'ensemble du corpus afin de s'assurer que tous ses éléments avaient été analysés adéquatement.

Tous les participants ont donné leur accord et ce travail a fait l'objet d'un avis favorable du Comité d'éthique de l'Université de Strasbourg.

RESULTATS

Lorsque les cliniciens parlent de la séquence pédagogique qu'ils visionnent, ils envisagent les techniques pédagogiques mises en œuvre, leur relation à l'étudiant, les interactions avec leur activité de soin, avec leur l'environnement, leurs difficultés, leurs sources de satisfaction. Même si leurs profils socio-professionnels leur sont singuliers et les conditions d'enregistrement vidéographique particulières, il est possible d'identifier des éléments communs. Les principaux éléments se dégageant des entretiens peuvent être regroupés en quatre thèmes : les modalités pédagogiques utilisées, les exigences de la tâche, les ressources liées à cette tâche et l'apport de la perspective subjective sur leurs pratiques d'enseignant.

MODALITES PEDAGOGIQUES

L'activité pédagogique représente une part significative de l'activité du clinicien, intimement liée à son activité de soin. Elle est décrite comme implicite, culturelle et informelle.

« On participe tous à la formation, mais ce n'est pas formalisé » (Entretien 4 : E4)

« C'est de la pédagogie qui ne dit pas son nom, ou de la pédagogie confraternelle » (E12)

C'est une activité pour laquelle le clinicien est implicitement compétent.

« Personne ne m'a jamais montré comment faire, on m'a juste dit tu vas t'occuper des étudiants » (E3)

Si la durée des enregistrements vidéo varie de trois minutes trente à vingt-quatre minutes, tous les cliniciens s'accordent pour dire que la durée est plutôt de l'ordre de 5 minutes, et dépasse rarement dix minutes.

Le patient vu par l'étudiant ne fait pas l'objet d'un choix particulier le plus souvent. Si un choix est réalisé, il concerne alors soit une pathologie bien maîtrisée par le superviseur, soit un patient prototypique. Exceptionnellement l'étudiant est volontairement confronté à une situation complexe comme le préconise Tardif.²⁰

« Je t'avouerais que je choisis plutôt une pathologie que je connais bien comme ça je sais que je ne raconterai pas de (bêtises) et que je maîtrise très bien la situation et la question, et que je pourrai répondre à ses interrogations » (E8)

« Les malades mono- pathologiques qui répondent à une question de cours bien typique tu as vraiment envie de les prendre et de leur montrer. » (E8)

La supervision indirecte est majoritairement représentée, un seul des douze enregistrements fait état d'une supervision directe. La modalité choisie est le plus souvent issue du modèle de rôle.

« En fait j'ai regardé parmi ceux qui m'avaient formé celui à qui j'aimerais ressembler et je fais pareil » (E6)

Le process varie peu quel que soit le niveau de l'étudiant. D'un clinicien à l'autre, les différences portent sur les modalités d'articulation entre elles des activités d'enseignement et de soin, visant à optimiser la gestion du flux.

« Le design du truc sera toujours le même, il ira toujours tout seul, il reviendra, j'y retournerai avec lui, on fera une petite synthèse » (E3)

« Il va voir seul il me rend compte à moi et l'interne lui il fait son taf moi je vais voir des patients aussi et après je jongle avec les deux. » (E9)

Les cliniciens évaluent les besoins d'apprentissage de leurs étudiants d'après le souvenir de leur propre cursus d'étudiant, plus ou moins ancien pour certains. Comme le souligne Audétat²¹, ils ont très vite, dans la séquence d'enseignement, l'intuition des difficultés de raisonnement clinique de l'étudiant, mais les moyens de remédiation associés restent flous et non spécifiques.

« Les externes de quatrième année et ben ils ont du mal à faire les liens ils ont du mal à raisonner de manière globale et au fur et à mesure ça s'améliore je pense que c'est aussi en voyant beaucoup de cas et en discutant » (E11).

LES EXIGENCES

Les cliniciens enseignants identifient, dans leur discours, cinq variables génératrices de fatigue, d'inconfort ou imposant un effort lors de l'activité pédagogique, freinant sa mise en œuvre, voir conduisant à y renoncer tout bonnement : la gestion de la zone de soin, le comportement de l'étudiant investi ou pas, le grand nombre des étudiants de niveaux variés, la responsabilité, les difficultés de raisonnement clinique de l'étudiant.

Le clinicien urgentiste gère une zone de soins au flux continu de patients. Cette gestion impose une priorisation et une planification des actions à mener, intégrant l'activité d'enseignement, et cette priorisation est d'autant plus difficile à mettre en œuvre que le clinicien est inexpérimenté. Priorité est donnée au patient en détresse et au cas complexe. Viennent ensuite les actions de gestion du flux et de sécurisation de la zone. L'étudiant se situe ici dans l'ordre des priorités, avant les patients médicaux, les familles, les examens de routine et autres activités.

« On a cette grosse activité à côté qui doit tourner, parce qu'après, sinon, on n'a plus de brancard, on peut plus examiner les malades, je dois vider le service pour ne pas qu'il s'encombre » (E7)

« J'ai vraiment besoin de faire mon idée pour le mettre quelque part, puis du coup c'est carré dans ma tête, ça me permet déjà de le caser dans le truc : ah oui, lui il faudra que je revienne le voir dans une demi-heure, ça c'est bon, je lance le bilan, s'il est bon il va sortir, je revois dans 1h30 et puis c'est bon » (E5)

L'effort pour mettre en œuvre l'activité pédagogique ne sera consenti que s'il est amorcé par l'étudiant. « Il y a les externes qui sont un peu là en mode "tira-fesse accroche-toi si tu peux" et puis ceux qui s'accrochent et qui sont motivés ; ben on ira peut-être du coup un peu plus vers eux, mais ceux qui restent un petit peu dans leur coin et ben malheureusement ils y resteront. » (E10)

Le grand nombre d'étudiants complique l'établissement d'une relation pédagogique, et peut conduire au renoncement du clinicien enseignant.

« Par exemple quand il y a les P2 (étudiant de deuxième année), on se retrouve tout d'un coup avec une horde de P2 qui débarque, et alors la seule chose qu'on peut leur dire de faire, c'est de suivre l'externe ; Et alors là tu as l'externe qui suit l'interne lui-même suivi par le P2... » (E12)

Le clinicien revoit systématiquement les patients vus par l'étudiant, quel que soit le niveau de ce dernier ; Si ce procédé est justifié par le besoin de classer le patient dans les actions à prioriser, il est aussi systématiquement mis en lien avec la responsabilité vis à vis des patients de la zone de soins, et la confiance qui a pu être placée dans la relation avec l'étudiant.

« C'est mon patient, c'est mon nom ; chaque fois que je signerai (le dossier d') un patient, je vais le revoir » (E4)

« Après c'est nous qui nous canalisons aussi notre stress, notre confiance, à travers la façon pédagogique qu'on a de former les internes ou les externes » (E6)

Les difficultés de raisonnement de l'étudiant sont intuitivement identifiées par le clinicien, mais comme le soulignait Audétat ²², la difficulté à les diagnostiquer et y remédier est source d'inconfort pour le clinicien. « Qu'est-ce qu'il me raconte, il y a un truc qui ne colle pas...c'est compliqué hein ! d'ailleurs après quand je suis rentré dans la chambre et j'ai vu qu'elle était

confuse et que je parlais du principe c'était une confusion aiguë, je me suis dit : oula la, là on a perdu du temps ! » (E12)

LES RESSOURCES

Les discours des cliniciens ont permis de mettre à jour les ressources en présence, mais aussi celles faisant défaut. Là encore, cinq variables ont été identifiées comme soutenant l'activité pédagogique. Trois sont professionnelles : La relation avec l'étudiant, pour la rétro action positive et l'échange des savoirs qu'elle fournit, l'aspect artisanal de l'activité et l'autonomie dont ils disposent pour la mettre en œuvre.

« C'est générateur d'excellence ; finalement tu ne peux pas t'endormir parce qu'il y a toujours des petits gars qui arrivent, en plus ils ont des connaissances relativement plus fraîches que toi donc ça m'apporte autant que ça peut leur apporter ; je pense que ça enrichit mon activité actuelle et ce qui fait que je la fais mieux probablement » (E4)

« Ça, c'est bien pour ça, en fait c'est notre propre arbitre, on juge vraiment nous de la façon de faire tout seul » (E6)

Deux sont personnelles : Le sentiment d'utilité que génère l'activité, son plein accord avec les valeurs du métier.

« Je me dis qu'on est peut-être une pierre à l'édifice de l'étudiant qui réussit ; J'adore mon travail Je m'y réalise j'ai envie de donner un peu le goût de ça à l'étudiant à travers la discipline » (E10)

Quant aux absentes, nous relèverons, pour les professionnelles, l'absence de rétro action, d'objectifs clairs, d'informations à jour ou innovantes, de support social formalisé. Pour les personnelles, l'absence de sentiment d'efficacité personnelle.

« Si on me disait ton truc c'est nul, arrête ça fait des dégâts, j'aimerais savoir ». (E12)

« Je ne sais plus moi maintenant comment est organisé l'enseignement à la faculté, il n'y a pas d'objectif d'apprentissage purement explicite » (E9)

« Je n'ai pas de moyen de savoir si elle a finalement appris quelque chose ou pas » (E1)

L'APPORT DE L'ENTRETIEN EN RE SITU SUBJECTIF

L'entretien a aidé les cliniciens à prendre conscience des comportements que les étudiants leur empruntent. Cruess²³ décrit cette étape de conscientisation comme l'une des premières à mettre en œuvre pour améliorer le *role modeling*.

« (rires) elle fait comme moi là, je fais pareil, on prend un sopalin pour écrire en fait les infos médicales » (E1)

« Oui, il faut qu'il me regarde pour faire du mimétisme, parce que moi je sais qu'il y a des choses que j'ai captées de certains médecins, des choses que j'ai prises et puis d'autres que je n'ai pas voulu prendre de ce qu'ils me proposaient parce que ça ne me convenait pas à ma manière à moi » (E11)

Il fournit d'autre part une rétro action équilibrée et centrée sur le clinicien, en lui permettant de prendre conscience des stratégies d'enseignement qu'il met en œuvre, et de distinguer celles qui fonctionnent de celles qui sont moins efficaces.

« Je ne pensais pas que j'expliquais autant et que je pouvais raisonner tout haut et du coup je me dis que finalement ils comprennent bien ce que je dis » (E9)

« C'est vrai, en revoyant...C'est vrai comment est-ce qu'on se rend compte de ce qu'a besoin l'étudiant ? C'est en les voyant faire, et en regardant comment ils raisonnent et en les écoutant parler parce que sinon on ne peut pas savoir ; alors soyons honnête là, je ne l'ai pas vraiment vu » (E8)

Enfin, la majorité des cliniciens interviewés ont spontanément proposé des axes d'amélioration, portant soit sur leur propre séquence de supervision, soit sur l'organisation générale de l'enseignement dans le département.

« Je pourrais mieux faire sur l'organisation de la synthèse je pourrais être un peu plus rigoureux des fois je laisse un peu trop faire... je vois bien le concept là il faut que son langage soit plus médical soit hiérarchisé ordonné qu'on ait une vision globale du malade plus claire » (E11)

DISCUSSION

Cette étude se proposait d'identifier les leviers de l'engagement du clinicien enseignant de médecine d'urgence. Cinq ressources et cinq exigences ont été identifiées comme caractérisant son activité pédagogique. La discussion sera orientée sur des propositions d'actions visant à mobiliser les leviers identifiés comme prioritaires, une mention des apports, limites et voies de recherche.

FAVORISER LES RESSOURCES

Schaufeli et Bakker ²⁴ ont montré une relation positive évidente de trois ressources avec l'engagement, sur quatre échantillons différents d'employés allemand en 2004 : la rétro action sur les performances, le support social, la supervision par un référent. Llorens et al. ²⁵ donnent des résultats identiques sur une étude en Espagne et y ajoutent le climat innovant et les informations sur le travail à accomplir. Dans notre travail, la rétro action est pauvre sur le terrain, mais semble être prodiguée de façon efficace par l'entretien en re situ subjectif. Le support social est spontanément recherché par les cliniciens lors de réunions de pairs informelles, et fait partie des propositions d'amélioration qu'ils suggèrent lors des entretiens. Enfin, la supervision par des référents en pédagogie n'est pas actuellement organisée. En s'appuyant donc sur les données de la littérature, les propositions des cliniciens, et les moyens immédiatement disponibles, ou demandant peu d'investissement humain ou financier, trois axes d'amélioration pourraient être prioritairement envisagés.

Concernant le support social, promouvoir les réunions de pairs permettrait échange et partage, en particuliers sur les thèmes émergents dans notre travail que sont l'alliance pédagogique, les objectifs de formation et les difficultés de raisonnement clinique de l'étudiant.

L'entretien en re situ subjectif s'est révélé être une technique pertinente pour délivrer des rétro actions adaptées sur la performance pédagogique des cliniciens. Ils se sont, en grande majorité, déclarés prêts à recommencer l'expérience, devenant avocats de la technique et recruteurs potentiel auprès de leurs collègues.

Enfin, l'étudiant renforcerait encore la rétro action envers le clinicien, s'il pouvait laisser une trace de ses apprentissages directement auprès du clinicien enseignant. Les supports techniques pourraient être envisagés secondairement (Portfolio, livre de bord électronique), mais un simple livre d'or des apprentissages laissé à demeure dans la zone de soin pourrait amorcer la démarche.

DIMINUER LES EXIGENCES

Pour Crawford et al. ²⁶ les exigences que les employés ont tendance à considérer comme des obstacles sont négativement associées à l'engagement. Dans notre travail, cinq exigences peuvent conduire à interrompre ou abandonner l'activité pédagogique. Là encore trois propositions peuvent être apportées pour limiter l'impact de ces exigences.

La première des exigences exprimées par le clinicien de médecine d'urgence est la gestion de sa zone de soin ; il s'agit d'une situation professionnelle spécifique du médecin urgentiste, décrite comme d'autant plus compliquée que le clinicien est moins expérimenté. Favoriser l'acquisition de la capacité « gestion d'une zone de soin » auprès de nos futurs cliniciens

urgentistes dès leur formation initiale pourrait diminuer l'impact de cette exigence sur les activités pédagogiques.

Parmi les autres exigences identifiées, deux sont en lien avec l'étudiant ; son comportement investi ou pas et ses difficultés de raisonnement clinique. L'utilisation d'un outil validé permettant à la fois d'uniformiser ses modalités d'interaction avec le clinicien enseignant, mais aussi de l'aider à développer son raisonnement clinique pourrait y remédier. Le SNAPPS, acronyme anglais d'une technique en six étapes de présentation de cas centrée sur l'apprenant, pourrait être l'outil indiqué ici ²⁷.

Enfin, s'il est difficile de réguler le nombre d'étudiants en stage, promouvoir l'alliance pédagogique permettrait probablement de clarifier les termes du contrat d'apprentissage entre l'étudiant et le clinicien, en mettant l'accent sur la confiance, le partage de la compréhension des objectifs, et la négociation des moyens pour y parvenir en tenant compte des contraintes de chacun ²⁸.

APPORTS, PERSPECTIVES DE RECHERCHE

L'engagement dans le travail a souvent été étudié selon une approche quantitative, le concept étant mesurable. Les approches qualitatives sont bien moins nombreuses, et à notre connaissance il n'existe pas d'autres travaux ayant utilisé l'entretien en re situ subjectif pour l'explorer. Cette méthode favorise une meilleure compréhension de la façon dont les cliniciens interagissent avec les exigences et les ressources caractérisant leur activité et permet d'envisager des mesures de remédiation centrées sur leur point de vue. Elle s'est aussi révélée un puissant outil pédagogique, à explorer comme tel, transposé par exemple à la formation continue.

Il serait maintenant intéressant de mesurer l'impact des mesures de remédiation proposées sur le niveau d'engagement en complétant ce travail d'une approche quantitative.

D'autre part, notre travail a porté, pour chaque clinicien interrogé, sur une séquence pédagogique limitée dans le temps ; il serait peut-être utile de rechercher une variation dynamique de l'engagement sur le nyctémère, certains des cliniciens ayant évoqué une préférence pour la période nocturne.

Enfin, d'autres travaux devront s'intéresser à l'impact sur les apprentissages, l'objectif in fine de ces propositions étant de les favoriser.

LIMITES

Le caractère monocentrique de ce travail peut en diminuer la fiabilité, en particulier lorsque l'environnement pédagogique diffère, l'environnement organisationnel des services d'accueil des urgences étant réglementé. Néanmoins, les recueils répartis sur la semaine et le nyctémère et couvrant l'ensemble des niveaux des étudiants et des profils statutaires des cliniciens, tendent à permettre au lecteur d'y prélever les aspects en adéquation avec sa pratique.

La triangulation des outils de cueillettes aurait pu être renforcée en y ajoutant un enregistrement vidéo en perspective externe, pour obtenir les comportements, expressions faciales, et mouvements du clinicien. Elle avait été envisagée mais la variabilité des lieux de collecte rendait sa mise en œuvre difficilement réalisable. Enfin, nous n'avons pas de triangulation d'analyse.

CONCLUSION

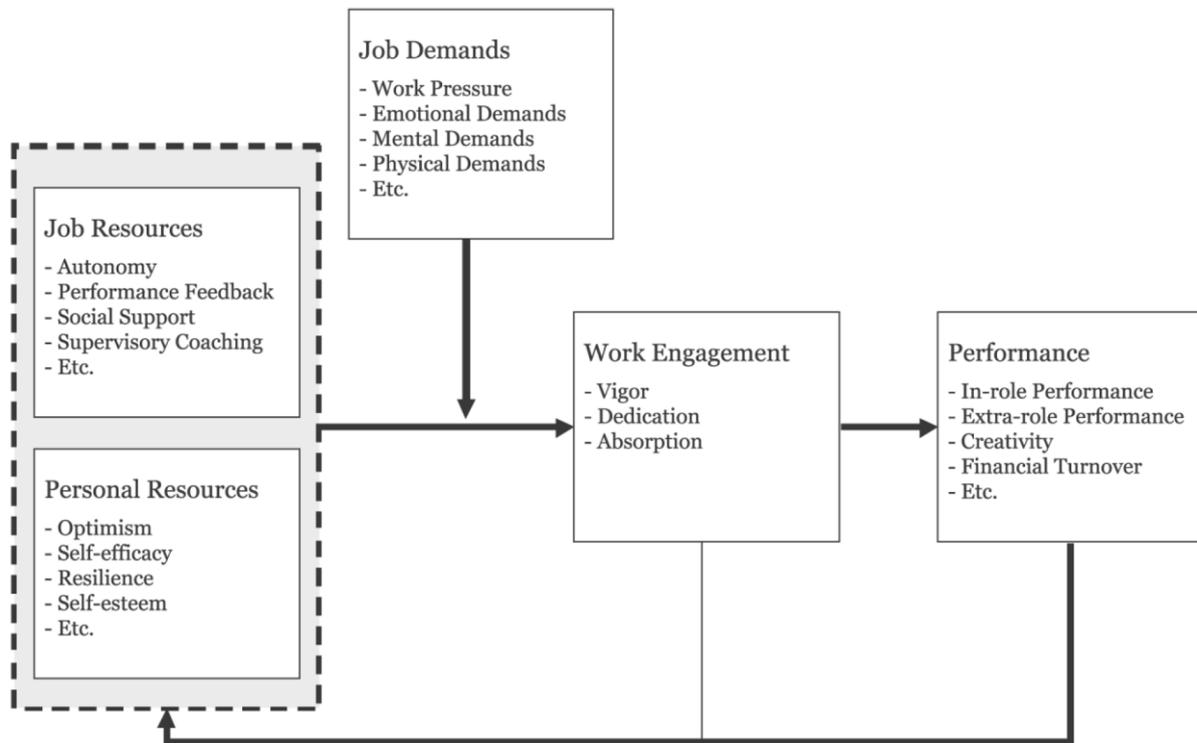
Le clinicien enseignant de médecine d'urgence porte au niveau opérationnel les orientations pédagogiques de sa spécialité naissante. Il était important d'identifier les variables pouvant influencer positivement ou négativement sur son engagement dans les tâches pédagogiques, pour choisir les leviers de renforcement à actionner prioritairement. L'entretien en re situ subjectif suivant un enregistrement vidéo en perspective subjective a permis d'identifier dans sa pratique celles de ses ressources qui sous tendent son activité pédagogique, et celles des demandes qui lui font obstacle. Il a permis aussi de réaffirmer le caractère intimement lié de ses deux activités de soin et d'enseignement qui participent de son identité professionnelle.

Bibliographie.

- 1 République Française. Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine. 2015. <http://urlz.fr/7qwA> (accessed 20 Jan2018).
- 2 Passi V, Johnson N. The impact of positive doctor role modeling. *Med Teach* 2016; 38: 1139–1145.
- 3 Irby DM. Excellence in clinical teaching: knowledge transformation and development required. *Med Educ* 2014; 48: 776–784.
- 4 Hoffman KG, Donaldson JF. Contextual tensions of the clinical environment and their influence on teaching and learning. *Med Educ* 2004; 38: 448–454.
- 5 R.M. Harden JC. AMEE Guide No 20: The good teacher is more than a lecturer - the twelve roles of the teacher. *Med Teach* 2000; 22: 334–347.
- 6 Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale* 2005; 6: 98–111.
- 7 Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B. AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision. *Med Teach* 2007; 29: 2–19.
- 8 Burdick WP, Schoffstall J. Observation of emergency medicine residents at the bedside: how often does it happen? *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med* 1995; 2: 909–913.
- 9 Wright SM, Kern DE, Kolodner K, Howard DM, Brancati FL. Attributes of excellent attending-physician role models. *N Engl J Med* 1998; 339: 1986–1993.
- 10 Schaufeli WB, Bakker AB. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *J Organ Behav*; 25: 293–315.
- 11 Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol* 2001; 86: 499–512.
- 12 Demerouti E, Bakker AB. Towards a model of work engagement. *Career Dev Int* 2008; 13: 209–223.
- 13 Bakker AB, Hakanen JJ, Demerouti E, Xanthopoulou D. Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *J Educ Psychol* 2007; 99: 274–284.

- 14 Heath C, Luff P, Sanchez Svensson M. Video and qualitative research: analysing medical practice and interaction. *Med Educ* 2007; 41: 109–116.
- 15 Lave J. *Cognition in Practice: Mind, Mathematics and Culture in Everyday Life*. Cambridge University Press: Cambridge ; New York, 1988.
- 16 RIX G, BIACHE M-J. Enregistrement en perspective subjective située et entretien en re-situ subjectif: une méthodologie de la constitution de l'expérience. *Intellectica* 2004; 38: 363–96.
- 17 Rix G, Biache M-J. Étude de l'espace dans l'interaction entre une stagiaire d'éducation physique et sportive et ses élèves. *Rev Sci Léducation* 2002; 28: 693–710.
- 18 Omodei MM, McLennan J. Studying Complex Decision Making in Natural Settings: Using a Head-Mounted Video Camera to Study Competitive Orienteering. *Percept Mot Skills* 1994; 79: 1411–1425.
- 19 Theureau J. *Cours d'Action: Analyse Sémiologique. Essai d'Une Anthropologie Cognitive Située*. Berne:Peter Lang, 1992.
- 20 Tardif J. *Pour un enseignement stratégique. L'apport de la psychologie cognitive*. Les Éditions Logiques. Montréal, 1992.
- 21 Audétat M-C, Faguy A, Jacques A, Blais J-G, Charlin B. Étude exploratoire des perceptions et pratiques de médecins cliniciens enseignants engagés dans une démarche de diagnostic et de remédiation des lacunes du raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale* 2011; 12: 7–16.
- 22 Audétat M-C, Laurin S, Sanche G. Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique - I. Un cadre conceptuel pour identifier les problèmes de raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale* 2011; 12: 223–229.
- 23 Cruess SR, Cruess RL, Steinert Y. Role modelling--making the most of a powerful teaching strategy. *BMJ* 2008; 336: 718–721.
- 24 Schaufeli WB, Bakker AB. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *J Organ Behav*; 25: 293–315.
- 25 Llorens S, Bakker AB, Schaufeli W, Salanova M. Testing the robustness of the job demands-resources model. *Int J Stress Manag* 2006; 13: 378–391.
- 26 Crawford ER, Lepine JA, Rich BL. Linking job demands and resources to employee engagement and burnout: a theoretical extension and meta-analytic test. *J Appl Psychol* 2010; 95: 834–848.
- 27 Wolpaw TM, Wolpaw DR, Papp KK. SNAPPS: a learner-centered model for outpatient education. *Acad Med J Assoc Am Med Coll* 2003; 78: 893–898.
- 28 Côté L. Réflexion sur une expérience de supervision clinique sous l'angle de l'alliance pédagogique. *Pédagogie Médicale* 2015; 16: 79–84.

Figure 1: Modèle exigences - ressources de l'engagement dans le travail



Job-Demands-Ressources (J-DR) Model, Demerouti et Bakker, 2008