

**Guide
de rédaction d'un
Plan de remédiation**

**Comité d'évaluation
du
Programme de résidence de Médecine familiale**

**Faculté de médecine
Université de Montréal**

Intentions du document

Ce guide d'accompagnement se veut un outil de :

- Support à la création et la systématisation d'un plan de remédiation;
- Communication entre l'UMF et le résident en difficulté et entre l'UMF et le comité d'évaluation du programme;
- Suivi de l'efficacité du plan de remédiation.

Raison d'être d'un plan de remédiation

Un plan de remédiation doit être construit et mis en place chaque fois qu'il est évalué qu'un résident éprouve des difficultés qui sont suffisamment importantes pour entraver la construction de ses compétences et affecter son travail clinique. Il s'impose notamment lorsque :

- Les enseignants ont la perception qu'ils doivent proposer un accompagnement pédagogique particulier à un résident pour que la trajectoire de développement de ses compétences soit conforme à ce qui est attendu;
- Le comité d'évaluation du programme impose au résident de reprendre des périodes de stage à la suite d'un stage échoué ou évalué inférieur aux attentes.

Le plan de remédiation ne peut contrevenir au *Règlement des études médicales postdoctorales* ni à la *Politique d'encadrement pédagogique* du programme de médecine familiale.

Messages clés¹

- La difficulté qu'éprouve un résident n'est pas nécessairement un état permanent, mais une étape inscrite dans un processus de développement.
- Il faut dépister tôt, car avec une intervention précoce et appropriée, plusieurs de ces difficultés se corrigeront.
- L'intervention auprès de résidents ayant des difficultés se fait mieux en équipe.
- Un enseignant pivot (tuteur par exemple), choisi en fonction des difficultés du résident et accepté par ce dernier, se porte garant du processus : il guide l'analyse de la situation ainsi que l'élaboration et le suivi du plan de traitement.
- Le résident doit participer à toutes les étapes de la réflexion sur sa situation.
- Un compte rendu écrit de chaque rencontre avec le résident doit être produit. Ces comptes rendu doivent être accessibles au résident qui désire les consulter.

¹ Clavet D. Résidents en difficulté... les leçons de l'expérience. 2^{ème} Forum international de pédagogie médicale 2002

Démarche pédagogique^{2 3 4}

La démarche pédagogique d'aide au résident éprouvant des difficultés est comparable à la démarche clinique et doit être systématique comme cette dernière pour être efficace. L'acronyme SOAP (Subjectif, Objectif, Analyse, Planification) peut être utilisé comme aide mémoire structurant⁵. La démarche pédagogique doit comporter les quatre phases suivantes :

1- Phase précoce (Subjectif : suspecter l'existence d'un problème)

Perception des indices initiaux de difficulté:

- Partage rapide des inquiétudes entre enseignants qui supervisent le résident: ne pas temporiser ou négliger .
- Formulation des hypothèses diagnostiques provisoires.
- Planification d'une rencontre précoce avec le résident :
 - o Recueillir des événements critiques concrets, détaillés;
 - o Proposer une rencontre le plus près possible des événements ayant suscités des inquiétudes

Rencontre précoce de validation avec le résident :

- Expliquer le but de la rencontre : aider le résident en statuant sur la présence ou non d'un problème.
- Exprimer l'inquiétude des enseignants en décrivant sur quelles observations elle repose
- Inviter le résident à exprimer son point de vue
- Explorer les facteurs pouvant contribuer au problème (contextes personnel, clinique, académique).
- Convenir de la suite à donner à la rencontre

Retour avec les superviseur :

- Résumer le contenu de la rencontre précoce avec le résident
- Planifier la phase de collecte des données (qui? quand? comment?).

2- Phase de collecte de données (Objectif : documenter la nature du problème)

Observation directe du résident en vue de faire une:

- Description détaillée du problème par le recueil de multiples exemples.
- Évaluation de l'impact du problème.
- Évaluation des forces du résident.

Regard sur le contexte pédagogique : clinique, académique, enseignants (émotions, styles d'enseignants, biais, disponibilités...)

² Caire Fon N. Étudiant en difficulté. Direction de la formation pédagogique CPASS 2007

³ Steinert Y. Levitt C. Working with the « Problem Resident » : Guidelines fo definition and Intervention *Family Medicine*, 1993; 25: 627-32

⁴ Vaughn LM. Baker RC. DeWitt TG. The Problem Learner *Teaching and Learning in Medicine* 1998; 10(4) : 217-22

⁵ Langlois JP. Thach S. Managing the Dificult Learning Situation *Fam Med* 2002;32 (5) :307-9

Rencontre avec le résident pour :

- Décrire les comportements problématiques identifiés et leur impact.
- Documenter les perceptions du résident : perçoit-il ses difficultés? À quoi les attribue-t-il ?
- Explorer le vécu du résident d'un point de vue personnel, clinique et académique.
- S'assurer de l'absence de harcèlement et d'intimidation.
- Évaluer le désir de collaboration du résident: est-il d'accord pour travailler à la résolution de ses difficultés?
- Recueillir ses suggestions de solutions.
- Convenir des suites à donner à la réunion.

3- **Phase diagnostique** (Analyse : caractériser le problème)

Synthèse des données en groupe de superviseurs :

Classification du problème : cognitif, affectif, relationnel, organisationnel.

Formulation du diagnostic et définition d'objectifs de remédiation

4- **Phase d'intervention** (Plan : intervenir pour aider à corriger le problème)

En groupe de superviseurs, élaboration d'un plan de remédiation initial qui documente :

- La nature des difficultés à corriger
- Les objectifs à atteindre
- Les stratégies et les moyens pédagogiques à utiliser
- La durée de l'intervention
- La date à laquelle l'intervention sera réévaluée
- L'identification d'un enseignant pivot (enseignant responsable)
- Les rôles des superviseurs
- Les mécanismes pour assurer la continuité
- L'évaluation du processus de remédiation

Rencontre avec le résident

- Échange à partir du plan de remédiation initial
- Adoption du plan de remédiation final
- Clarification des conséquences advenant un échec de la remédiation

Suivi de l'intervention pédagogique

- Actualisation des mesures pédagogiques du plan de remédiation.
- Rencontres périodiques entre enseignants
- Rencontres périodiques entre enseignant pivot et résident

La période de remédiation terminée, une évaluation de son impact doit être rapidement réalisée et communiquée au résident. Les objectifs ont-ils été atteints? Les problèmes sont-ils corrigés? Les conséquences de cette évaluation doivent être discutées avec le résident.

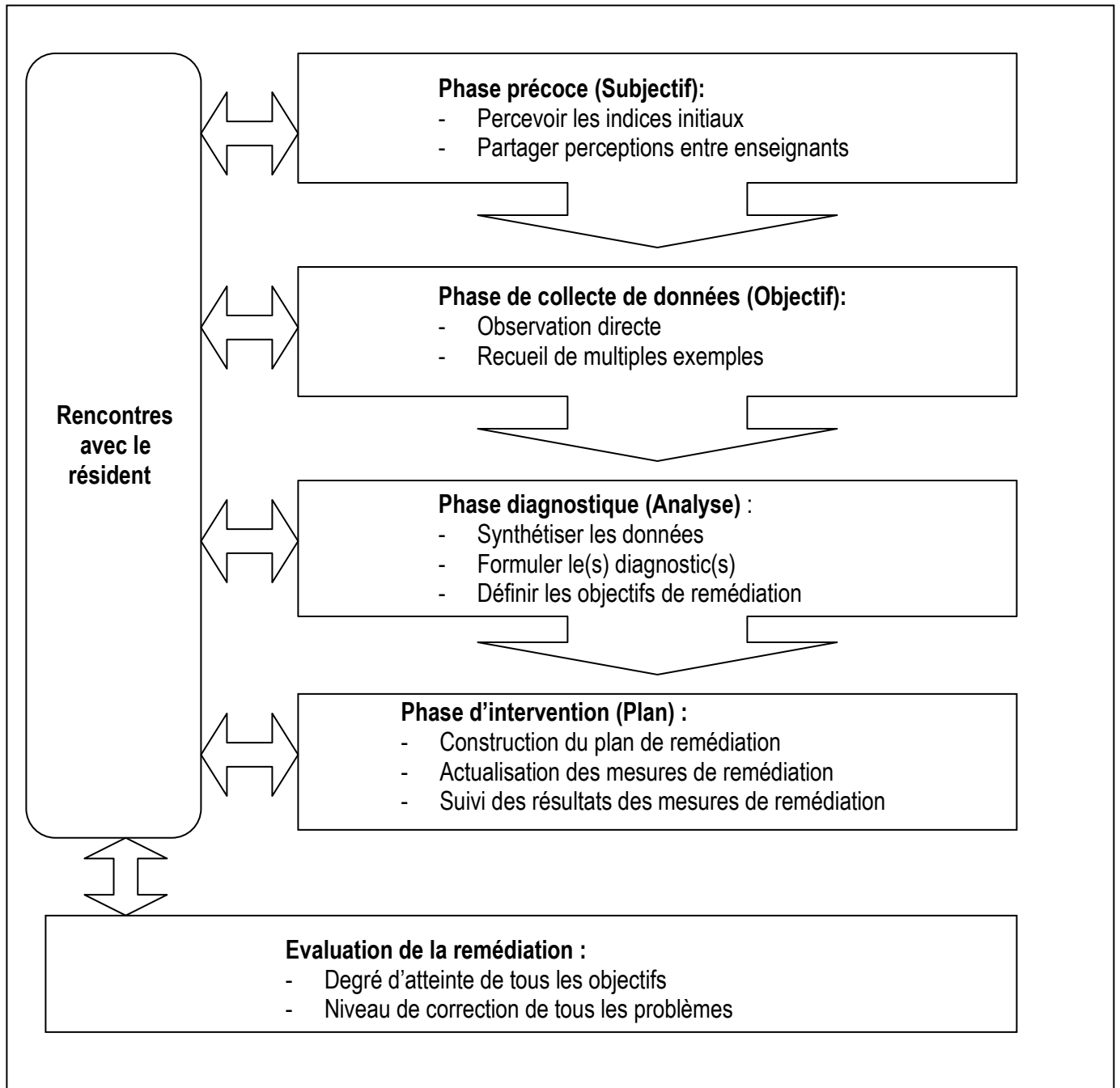


Figure 1 : Schématisation de la démarche pédagogique

Diagnostic pédagogique

La liste des diagnostics qui suivent n'a pas la prétention d'être exhaustive. Elle propose simplement un éventail de possibilités qui ne sont d'ailleurs pas mutuellement exclusives puisque la majorité des résidents qui éprouvent des difficultés lors de leur formation ont souvent des problèmes mixtes (cognitif et affectif, cognitif et relationnel...). Soit ils coexistent d'emblée, soit un problème en entraîne un autre (difficulté académique qui génère un trouble d'adaptation, par exemple).

Sur le plan cognitif

- ❖ Problèmes de raisonnement clinique affectant l'une ou l'autre des étapes de la démarche clinique :
 - Problèmes dans la génération d'hypothèses et l'orientation de la récolte de données
 - Absence d'hypothèses précoces
 - Difficulté à repérer les indices clés et à en tenir compte dans sa génération d'hypothèses
 - Difficulté à orienter sa récolte de données en fonction de ses hypothèses précoces
 - Problèmes dans le raffinement et le traitement des hypothèses (récolte, interprétation, synthèse, vérification)
 - Fermeture prématurée : focalisation trop rapide ou centrée exclusivement sur une seule hypothèse. Fermeture à tout élément susceptible d'ouvrir sur d'autres hypothèses.
 - Difficultés dans le processus de confirmation ou d'infirmité des hypothèses diagnostiques (Par exemple : sélection exclusive des éléments positifs sans explorer les autres possibilités en fonction des éléments non présents (exclusion des diagnostics)).
 - Difficultés de priorisation : difficulté à se centrer sur les éléments les plus importants, difficulté à choisir de façon pertinente d'accorder ou non de l'importance à des informations obtenues en cours d'entrevue, mauvaise priorisation des hypothèses diagnostiques
 - Problèmes dans la catégorisation du problème, dans le diagnostic et l'élaboration d'un plan d'intervention
 - Difficulté à se faire une représentation globale et intégrée de la situation clinique
 - Difficulté à élaborer un diagnostic final et intégré
 - Difficulté à élaborer un plan d'investigation adéquat (par exemple : déficient ou trop exhaustif)
 - Difficulté à élaborer un plan de traitement approprié
 - Difficulté à se placer dans une perspective de suivi longitudinal du patient
- ❖ Problème de connaissances :
 - Problèmes de manque de connaissances
 - Problèmes d'organisation des connaissances ou problèmes d'intégration des connaissances à la perspective clinique

- ❖ Problème de jugement clinique (ou lié à la gestion de l'incertitude) :
 - Difficulté à distinguer l'essentiel de l'accessoire, l'urgent du non urgent...
 - Difficulté à prioriser les demandes multiples
 - Application mécanique de bilan d'investigation ou de plans de traitement
- ❖ Problème de communication orale ou écrite
- ❖ Problème de perception visuo-spatiale
- ❖ Problème de santé affectant la sphère cognitive :
 - TDA-H
 - Trouble d'apprentissage

Sur le plan affectif

- ❖ Problème de santé :
 - Trouble anxieux
 - Trouble dépressif
 - TOC
- ❖ Anxiété sociale
 - Estime de soi défailante
 - Gêne excessive, manque d'assertivité ou d'assurance en soi
- ❖ Stresseurs personnels
- ❖ Problème de motivation

Sur le plan relationnel

- ❖ Problème de relation avec les collègues, les patients ou le personnel
- ❖ Problème de communication professionnelle (approche C-C)
 - Déficience dans les étapes de la structure de l'entrevue
 - Problème à construire la relation médecin-patient
- ❖ Problèmes affectant le professionnalisme
 - Manque d'empathie envers les patients
 - Absence d'intérêt dans le suivi d'épisodes de soins ou dans la continuité de soins au long cours
 - Manque d'honnêteté envers les patients ou les enseignants
 - Problème d'autonomie dans l'apprentissage ou dans la participation à sa formation
 - Manquement à l'éthique professionnelle
 - Abus de substances
 - Manque d'insight ou difficulté à reconnaître et faire soigner une maladie personnelle
 - Manipulation, plagiat

Sur le plan organisationnel

- ❖ Difficulté à gérer un horaire, clinique ou autre
- ❖ Étude désorganisée
- ❖ Difficulté à prioriser lors de confrontation à des tâches multiples
- ❖ Tenue de dossier désorganisée
- ❖ Problème de ponctualité

Intentions du plan de remédiation

Sur le plan cognitif

- ❖ Amélioration de la structure et de la pertinence de la cueillette de données.
- ❖ Amélioration de la synthèse et de l'analyse de l'information recueillie
- ❖ Bonification du bagage de connaissances fondamentales ou cliniques
- ❖ Amélioration de l'accessibilité en clinique des connaissances théoriques
- ❖ Affinement du jugement clinique (ou amélioration de la gestion de l'incertitude)
- ❖ Amélioration du processus de raisonnement clinique (hypothético-déductif)
- ❖ Amélioration de l'investigation et du suivi clinique
- ❖ Amélioration du français parlé
- ❖ Amélioration de la maîtrise des gestes techniques
- ❖ Amendement des problèmes de santé

Sur le plan affectif

- ❖ Réduction des stresseurs affectant la performance académique ou clinique
- ❖ Amendement des problèmes de santé

Sur le plan relationnel

- ❖ Élimination des comportements inappropriés
- ❖ Élimination des problèmes de professionnalisme
- ❖ Développement d'habiletés au travail en interdisciplinarité
- ❖ Amélioration de l'estime et de l'affirmation de soi

Sur le plan organisationnel

- ❖ Amélioration de l'organisation du travail et de l'emploi du temps
- ❖ Amélioration de la tenue de dossier

Mesures de remédiation

- ❖ Programme de lectures dirigées et contextualisées, avec retour :
 - Préciser les intentions :
 - Solidification de la base de connaissances fondamentales et cliniques
 - Construction de prototypes, algorithmes...
 - Préciser les modalités :
 - Sujets à étudier
 - Sources de lectures
 - Contexte : durée, fréquence, lieu de lectures...
 - Retours avec les enseignants : dates, responsables, lieux de rencontres...

- ❖ Exercice de facilitation du traitement en profondeur de l'information :
 - Préciser les modalités :
 - Sujets à travailler
 - Outils : élaboration de cartes conceptuelles, narrations, algorithmes, présentations...
 - Dates de retour avec enseignants

- ❖ Allègement clinique
 - Préciser les modalités

- ❖ Modification de la supervision :
 - Préciser les modalités :
 - Intensifiée
 - Allégée
 - Centrée sur le diagnostic

- ❖ Observation d'enseignants en clinique ou d'entrevues personnelles enregistrées
 - Préciser les modalités : dates, responsables...

- ❖ Exercices de raisonnement clinique :
 - Préciser les modalités :
 - Vignettes cliniques analysées selon le modèle de l'ARC
 - Travail de reformulation et de représentation des problèmes
 - Explicitation à voix haute du raisonnement
 - Étude en parallèle (contrasté-comparé) de pathologies apparentées

- ❖ Pratiques d'EMS
 - Préciser les modalités : dates, responsables...

- ❖ Pratique d'ECOS
 - Préciser les modalités : dates, responsables...

- ❖ Consultation professionnelle
 - Préciser les recommandations ou références faites

- ❖ Modification d'attitudes ou de comportements :
 - Identifier les comportements problématiques :

- Interaction avec les patients, le personnel ou les collègues
- Ponctualité
- Participation à l'enseignement
- Prise de responsabilité
- Décrire les comportements attendus

- ❖ Utilisation d'outils organisationnels
 - Temps protégé pour lecture dirigée
 - Agenda, listes...
 - Atelier de soutien à l'apprentissage (Gestion du temps) des Services aux étudiants de l'U de M

- ❖ Construction d'un répertoire de ressources documentaires
 - Sites Internet
 - Assistants électroniques
 - Livres/ revues
 - Consultants

- ❖ Travail en centre de simulation

Approche matricielle

Mesures	Lectures dirigées	Traitement en profondeur de l'information	Allègement clinique	Modification de la supervision	Observation d'enseignants ou de vidéo de soi	Exercice de raisonnement clinique	Pratique d'EMS	Pratique d'ECOS	Consultation professionnelle	Modification d'attitudes ou de comportements	Utilisation d'outils organisationnels	Construction de répertoire de ressources	Travail en centre de simulation	Outil réflexif ¹
Intentions														
Problème cognitif														
Améliorer structure et pertinence de la cueillette des données	•	•		•	•	•	•	•						•
Améliorer synthèse et analyse de l'information	•	•		•	•	•	•	•						•
Bonifier bagage de connaissances	•	•	•											•
Améliorer accessibilité clinique des connaissances		•	•	•		•	•	•						•
Affiner jugement clinique						•	•	•						•
Améliorer gestion de l'incertitude	•			•	•	•								•
Améliorer le processus du raisonnement clinique				•	•	•	•	•						•
Améliorer investigation et suivi clinique	•	•		•		•								•
Améliorer français parlé									•					
Améliorer maîtrise des gestes techniques													•	
Amender problèmes de santé									•					
Problème affectif														
Réduction des stresseurs				•					•		•		•	
Amender problèmes de santé									•					
Problème relationnel														
Élimination comportements inappropriés							•		•	•			•	
Élimination problèmes de professionnalisme									•	•				•
Développement d'habiletés en travail interdisciplinaire										•			•	•
Amélioration de l'affirmation de soi				•					•					
Problème organisationnel														
Amélioration de l'organisation du travail et de l'emploi du temps										•	•	•		•
Amélioration de la tenue de dossier										•				

1 : Exercice narratif, Récit de Situation Complexe et Authentique (RSCA), Journal de bord, Portfolio...

❖ Bibliographie

- 1- Steinert Y. Levitt C. **Working with the « Problem Resident » : Guidelines fo definition and Intervention** *Family Medicine*, 1993; 25: 627-32
- 2- Vaughn LM. Baker RC. DeWitt TG. **The Problem Learner** *Teaching and Learning in Medicine* 1998; 10(4) : 217-22
- 3- Scott Smith N. Stevens NG. Servis M. **A General Framework for Approching residents in Difficulty** *Family Medicine* 2007; 39(5) : 331-6
- 4- Ratan RB. Pica AG. Berkowitz RL. **A Model for Instituting a Comprehensive Program of Remediation for At-Risk Residents** *Obstetrics & Gynecology* 2008; 112(5) : 1155-59
- 5- Langlois JP. Thach S. **Managing the Dificult Learning Situation** *Family Medicine* 2002; 32 (5) : 307-9
- 6- Mitchell M. *et al* **Factors Affecting Residents Performance : Development of a Theoretical Model and a Focused Literature Review** *Academic Medicine* 2005; 80(4) : 376-89
- 7- Hauer KE. Ciccone A. Henzel TR. et coll. **Remediation of the Deficiencies of Physicians Across the Continuum From medical School to Practice: A Thematic Review of the Literature** *Academic Medicine* 2009; 84:1822-32
- 8- Lacasse M. **Diagnostic et prise en charge des situations d'apprentissage problématiques en éducation médicale.** Faculté de médecine de l'Université Laval. 2009. 122 pp.
- 9- Nandaz M. Charlin B. Leblanc V. Bordage G. **Le raisonnement clinique : données issues de la recherche et implications pour l'enseignement** *Pédagogie Médicale* 2005; 6 : 235-54
- 10- Bowen JL. **Educational Strategies to Promote Clinical Diagnostic Reasoning** *The New England Journal of Medicine* 2006; 355 : 2217-25
- 11- Eva KW. **Ce que tout enseignant devrait savoir concernant le raisonnement clinique** *Pédagogie Médicale* 2005; 6 : 225-34

Comité d'évaluation du programme de médecine familiale :

Louise Authier, Marie-Claude Audétat, Normand Béland, Marie-Claude Lefebvre, Gilbert Sanche.