

Plan de remédiation du Dr Résident A

SECTION I - Diagnostic pédagogique

A- Les difficultés suivantes ont été identifiées :

1. En supervision directe, fréquemment :
 - a. Recueil des données long et décousu.
 - b. Ne recherche pas activement la présence ou l'absence d'éléments clés pour infirmer ou supporter une hypothèse diagnostique.
 - c. Anamnèse longue, mais qui rapporte peu d'information utile.
 - d. Anamnèses non ciblées en fonction des informations discriminantes.
2. En supervision indirecte, surtout pour les cas plus « actifs » ou lorsque le diagnostic n'est pas déjà connu :
 - a. Synthétise très difficilement sa présentation des cas aux superviseurs.
 - b. Diagnostic différentiel et plan de traitement absents, peu élaborés ou inadéquats.
 - c. Tend à remettre au superviseur le rôle de médecin traitant.
 - d. Connaissances se mobilisent seulement lorsque le superviseur stimule et accompagne le raisonnement.

Observations – Illustrations :

- *Propose de référer en ORL un patient qui se plaint de mal entendre sans examiner au préalable ses oreilles*
 - *Même si les connaît, arrive difficilement à proposer des causes possibles d'échec à un traitement d'antibiothérapie.*
 - *Ne fait pas le Folstein lors de l'évaluation d'un patient avec trouble cognitif*
 - *N'arrive pas à faire un diagnostic différentiel sommaire pertinent d'une douleur aux M.I.*
 - *Choisit de remettre à une consultation ultérieure l'exploration d'une plainte de fatigue importante sans éliminer au préalable les « red flags ».*
 - *Veut refaire un dépistage MTS chez une patiente asymptomatique, non inquiète avec partenaire unique depuis 1 an qui a eu dépistage MTS négatif 3 mois plus tôt.*
 - *Propose une radiographie du rachis cervical avec suivi dans 6 mois comme seule mesure pour investiguer et traiter une brachialgie.*
-

B- Les diagnostics pédagogiques suivants expliquent les difficultés observées :

1. Connaissances difficilement accessibles en clinique.
2. Difficulté de raisonnement clinique :
 - a. Problème de génération précoce d'hypothèses diagnostiques
 - b. Difficulté de représentation globale et intégrée de la situation clinique
3. Difficulté à traiter les hypothèses diagnostiques pour élaborer un plan d'intervention et de traitement approprié.

Plan de remédiation du Dr Résident A

SECTION II – Intentions de la remédiation

Le Dr Résident A et l'UMF X conviennent de travailler à atteindre les objectifs suivants:

1. Améliorer l'accessibilité clinique des connaissances
2. Raffiner le raisonnement clinique :
 - a. Générer des hypothèses diagnostiques pertinentes
 - b. Améliorer la pertinence de la cueillette des données
 - c. Améliorer la synthèse et l'analyse de l'information recueillie
 - d. Proposer des plans d'intervention pertinents

SECTION III - Mesures de remédiation

Le Dr Résident A et l'UMF X conviennent de mettre en place les mesures pédagogiques suivantes pour chaque problème identifié:

Mesures générales structurantes

1. Aménagement de plages de rencontres avec les enseignants.
2. Attribution d'un superviseur attitré pour chaque plage de clinique.

Pour améliorer l'accessibilité clinique des connaissances :

1. Lectures ciblées sur les cas vus en clinique :

Une cible circonscrite par jour, convenue avec le superviseur, en fonction de l'exposition clinique. Retour systématique de 10-15 minutes avec le même superviseur. Cet exercice sera consigné dans un journal de bord.
2. Lectures sur thèmes ciblés (symptômes qui servent de raison de consultation) menant à la construction soit d'une carte conceptuelle illustrant la démarche clinique à suivre, soit d'un tableau synthèse qui identifie les diagnostics prévalents en première ligne et les diagnostics à ne pas manquer, les éléments discriminants à rechercher à l'anamnèse et à l'examen physique et les éléments appropriés du plan d'intervention (investigation-traitement-suivi) à mettre en place. Suivi systématique avec un enseignant. Rencontres de 90 minutes aux 2 semaines, le mardi en début de PM ou le jeudi en fin de AM.

Thèmes à travailler : patient qui se présente avec :

 - Trouble cognitif
 - Douleur thoracique
 - Dyspnée
 - Lombalgie

- Saignement vaginal anormal (SVA)
- Vertiges-étourdissements
- Fatigue

Pour raffiner le raisonnement clinique :

- a. Générer des hypothèses diagnostiques pertinentes**
- b. Améliorer la pertinence de la cueillette des données**
- c. Améliorer la synthèse et l'analyse de l'information recueillie**
- d. Proposer des plans d'intervention pertinents**

1. En supervision directe et indirecte :

- Identification d'un superviseur attitré pour chaque plage clinique.
- À la fin de la clinique, retour avec ce superviseur attitré pour travailler spécifiquement le raisonnement clinique à partir des cas vus en clinique :
 - Systématiquement, faire expliciter le raisonnement du résident et expliciter celui du superviseur tant à l'étape de l'élaboration du diagnostic qu'à celle de l'intervention.
 - Travailler à reconnaître les indices discriminants et à bien pondérer les divers éléments qui doivent être pris en compte dans les choix à faire.
 - Faire réfléchir sur les liens entre les différents éléments de la situation clinique.
- Production d'au moins une fiche d'observation-rétroaction, signée par Dr Résident A à chaque demi-journée de clinique.

2. Exercices de raisonnement clinique de type ARC :

- Une rencontre de 60 minutes aux deux semaines le mardi en début de PM ou le jeudi en fin de AM.
- Thèmes : sujets ayant servi à la construction d'une carte conceptuelle ou du tableau synthèse.
- Analyse selon le modèle ARC : mise à l'essai de l'approche clinique de la carte conceptuelle avec un enseignant.

3. Observation en direct d'entrevues d'enseignants :

- Une à deux fois durant la période de remédiation.
- Explicitation de ce qui doit être observé.
- Retour avec l'enseignant observé en fin de clinique pour analyser le raisonnement clinique utilisé.

Plan de remédiation du Dr Résident A

SECTION IV - Résultat de la période de remédiation

Bilan intermédiaire :

Date :

Difficultés	Corrigées	Partiellement corrigées	Non corrigées
Connaissances difficilement accessibles			
Raisonnement clinique			

Objectifs visés	Dépasse les attentes	Conforme aux attentes	Inférieur aux attentes
Améliorer l'accessibilité clinique des connaissances			
Générer des hypothèses pertinentes			
Améliorer la pertinence de la cueillette des données			
Améliorer la synthèse et l'analyse de l'information recueillie			
Proposer des plans d'intervention pertinents			

Bilan final :

Date :

Difficultés	Corrigées	Partiellement corrigées	Non corrigées
Connaissances difficilement accessibles			
Raisonnement clinique			

Objectifs visés	Dépasse les attentes	Conforme aux attentes	Inférieur aux attentes
Améliorer l'accessibilité clinique des connaissances			
Générer des hypothèses pertinentes			
Améliorer la pertinence de la cueillette des données			
Améliorer la synthèse et l'analyse de l'information recueillie			
Proposer des plans d'intervention pertinents			

Annexe 1

Plan de remédiation du Dr Résident A

Opérationnalisation des activités pédagogiques

Stage de Gériatrie (P9)

Périodes	Semaine	Date	Heure	Endroit	Activités	Responsables
9	1	12 février	11h-12h00	1351	Présentation et signature du plan	Dr A Dr B
			PM	1351	Supervision	Dr C
	2	19 février	11h-12h00	1351	C.C. Trouble cognitif	Dr D
			PM	1351	Supervision	Dr E
	3	26 février	10h-12h00	1351	Observation d'enseignant	Dr C
			PM	1351	Supervision	Dr D
	4	5 Mars	11h-12h00	1351	ARC Trouble cognitif	Dr C
			PM	1351	Supervision	Dr A

C.C. : Carte conceptuelle, EMS : entrevue médicale simulée, ARC : exercice d'apprentissage du raisonnement clinique

Stage de médecine familiale (P 10)

Période	Semaine		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	
10	1		11 mars	12 mars	13 mars	14 mars	15 mars	
		AM				CC Dyspnée Dr D		
		PM						
	2			18 mars	19 mars	20 Mars	21 Mars	22 mars
		AM					ARC Dyspnée Dr D	
		PM						
	3			25 mars	26 mars	27 mars	28 mars	29 mars
		AM						Férieré
		PM			CC Vertiges Dr B			
	4			1 Avril	2 Avril	3 avril	4 avril	5 avril
		AM		Férieré	Rencontre Bilan intermédiaire	UHMF	UHMF	UHMF
		PM			ARC Vertiges Dr B			

C.C. : Carte conceptuelle, EMS : entrevue médicale simulée, ARC : exercice d'apprentissage du raisonnement clinique

Stage de Soins palliatifs (P11)

Périodes	Semaine	Date	Heure	Endroit	Activités	Responsables
11	1	Mardi 9 avril	11h-12h00	1351	C.C. Asthénie	Dr E
				1351	Supervision	Dr E
	2	Mardi 16 avril	11h-12h00	1351	ARC Asthénie	Dr E
				1351	Supervision	Dr F
	3	Mardi 23 avril	11h-12h00	1351	C.C. Douleur thoracique	Dr G
				1351	Supervision	Dr D
	4	Mardi 30 avril	11h-12h00	1351	ARC Douleur thoracique	Dr G
				1351	Supervision	Dr B

C.C. : Carte conceptuelle, EMS : entrevue médicale simulée, ARC : exercice d'apprentissage du raisonnement clinique

Stage de médecine familiale (P12)

Période	Semaine		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
			6 mai	7 mai	8 mai	9 mai	10 mai
12	1	AM				ARC Lombalgie Dr A	
		PM		CC Lombalgie DR A			
	2		13 mai	14	15 mai	16 mai	17 mai
		AM	Urgence		Urgence	Urgence	Urgence
	PM	CC SVA Dr C					
	3		20 mai	21 mai	22 mai	23 mai	24 mai
		AM	Férialé				
	PM	ARC SVA Dr C					
	4		27 mai	28 mai	29 mai	30 mai	31 mai
		AM		Rencontre Bilan final			
		PM					

C.C. : Carte conceptuelle, EMS : entrevue médicale simulée, ARC : exercice d'apprentissage du raisonnement clinique

Annexe 2 Journal de bord - Dr Résident A

Période 9

Semaine 1

Date	Activité	Sujet(Thème) discuté – Notions retenues	Signature

Activités : RL (retour de lecture), CC (carte conceptuelle), ARC, VP (vidéo personnelle), OE (observation d'enseignant) SC (supervision clinique)

Semaine 2

Date	Activité	Sujet(Thème) discuté – Notions retenues	Signature

Activités : RL (retour de lecture), CC (carte conceptuelle), ARC, VP (vidéo personnelle), OE (observation d'enseignant) SC (supervision clinique)

Journal de bord

Période 9

Semaine 3

Date	Activité	Sujet(Thème) discuté – Notions retenues	Signature

Activités : RL (retour de lecture), CC (carte conceptuelle), ARC, VP (vidéo personnelle), OE (observation d'enseignant) SC (supervision clinique)

Semaine 4

Date	Activité	Sujet(Thème) discuté – Notions retenues	Signature

Activités : RL (retour de lecture), CC (carte conceptuelle), ARC, VP (vidéo personnelle), OE (observation d'enseignant) SC (supervision clinique)