

Par **Éric Galam**, MCAU MG, Paris 7.
 egalam@hotmail.com

Produire des traces d'apprentissage : le RSCA

La pédagogie pour l'acquisition des compétences de médecine générale¹ s'appuie notamment sur la production par les internes de traces d'apprentissage, dont le récit de situation complexe authentique (RSCA) est à la fois la plus pertinente et la plus élaborée.² C'est une étape essentielle et salutaire qui reste encore fragile.

Une structure solide

Le RSCA est un récit descriptif et analytique d'une situation professionnelle complexe vécue par l'interne. Il tient compte de la clinique, du contexte et du vécu des protagonistes. Le récit est complété par une analyse critique de la situation, des questions induites et des réponses apportées. Ce travail nécessite des échanges répétés entre l'interne, son maître de stage (MDS) et son tuteur. Une introduction précise le contexte (lieu et date) et la raison du choix de ce cas ; la description de ce qui a été fait et ressenti en termes de performances et de vécu ; l'analyse qui précise les problèmes rencontrés et ce qui aurait pu être fait. Elle fait le point sur l'état de la question (recherche bibliographique et avis éventuels de médecins, autres professionnels de santé ou travailleurs sociaux). La conclusion répertorie les solutions apportées et les acquisitions de compétences obtenues ou à obtenir. Le RSCA illustre le plus souvent plusieurs compétences de médecine générale.

Stimuler l'aptitude réflexive

La rédaction d'un RSCA relève d'un processus bien codifié. Sa finalisation se fait à mesure des échanges avec les enseignants, qu'il s'agisse du maître de stage qui incite à la rédaction et en discute les détails, d'autant qu'il connaît le plus souvent le patient concerné, ou du tuteur, plus neutre vis-à-vis de la situation et donc davantage

soumis au texte qu'il incite à éclairer. Ce travail inclut donc la lecture du RSCA par les enseignants, des échanges avec l'interne, une éventuelle réécriture selon leurs recommandations et enfin une validation formelle de la trace par le tuteur. Ainsi, l'interne doit être capable de décrire une situation, ce qui implique :

- un bon sens clinique, par le repérage des symptômes et leur interprétation ;
- la capacité à pondérer les différents signes, à les expliquer au lecteur et à les

relier à un contexte (une histoire) marqué notamment par le vécu des protagonistes ;

- l'aptitude à se documenter à partir des problèmes rencontrés ;
- l'analyse critique de cette information à la manière EBM : où a-t-elle été trouvée ? En quoi est-elle pertinente ? Comment la mettre en œuvre ? Est-elle adaptée à ce contexte clinique, affectif, social... ? Quelles sont les questions non résolues nécessitant un travail complémentaire ?

Enfin, il doit faire la synthèse de la situation, de la documentation critique et des enseignements et perspectives.

Structure du RSCA en 5 étapes

- **Description** de la situation clinique dans ses différents aspects.
- **Problématisation** : explicitation et formulation des différentes questions posées par la situation.
- **Information** : recherche de données qui peuvent être des éléments théoriques ou des échanges avec les enseignants ou les correspondants.
- **Appréciation** : jugement sur le niveau de preuve et surtout sur la pertinence des informations obtenues.
- **Construction** : rattachement du RSCA à l'une des compétences de médecine générale, permettant ainsi au médecin en formation de construire son cursus de façon à en couvrir tous les champs.

Variabilité des RSCA

On l'a vu, le RSCA comporte 5 étapes activant des compétences complémentaires mais différentes : décrire, réfléchir, chercher, critiquer, structurer. La part respective de chacune dépend non seulement de la situation choisie et des aptitudes de l'interne, mais aussi de nombreux autres critères. On constate ainsi une extrême variabilité des traces d'un interne à l'autre mais aussi, pour un même interne, selon son stade d'évolution dans le cursus : celles du début n'ont pas la même maturité que les suivantes. À noter aussi que les différents maîtres de stages peuvent (et devraient), tout au long du cursus, influencer sur le choix des situations et leur transformation en traces d'apprentissage. De même, les compétences pédagogiques, comme la personnalité du tuteur, peuvent être déter-

- **Prendre en charge** un problème de santé non différencié.
- **Communiquer** de façon efficiente avec le patient et/ou son entourage.
- **Prendre une décision** adaptée en situation d'urgence.
- **Éduquer** le sujet à la gestion de sa santé et de sa maladie.
- **Travailler en équipe** au sein du système de santé.
- **Assurer la continuité** des soins pour tous les sujets.
- **Prendre des décisions** fondées sur les données actuelles de la science et adaptées aux besoins et à la situation, négociées et acceptées par le patient, et acceptables pour le médecin.
- **Entreprendre et participer** à des actions de prévention et de santé publique.
- **Se préparer** à l'exercice professionnel.
- **Actualiser et développer** ses compétences.
- **Exécuter** avec sécurité les gestes techniques.

* D'après la définition européenne de la médecine générale (Wonca).

minantes. Enfin, le dispositif pédagogique mis en place dans chacune des facultés peut aussi influencer sur le fond comme sur la forme des traces produites. En particulier, l'existence ou non de groupes d'échanges de pratiques sur le RSCA est un des critères à considérer.³

Un investissement des DMG

Ainsi la qualité des RSCA est-elle intimement liée à celle du tutorat. Enfin, il est notoire que la rédaction des traces est plus aisée durant les stages ambulatoires. L'incitation aux RSCA durant les stages hospitaliers, indispensable, n'en est que plus difficile. Comment obtenir de nos internes qu'ils raisonnent en généralistes même à l'hôpital, et donc qu'ils produisent des traces d'apprentissage durant ces stages qui ne sont pas dans leur milieu « naturel » ? Le suivi des RSCA pose aux DMG un certain nombre de questions concrètes :

- critères d'appréciation formels : nombre de traces, dates de production... ;
- critères d'appréciation pédagogiques : quel degré d'exigence sur leur qualité ? Quelle place pour les grilles de correction ?
- modalités de ce suivi : places des MDS et des responsables du département auprès des tuteurs et de leurs tutorés ? Places respectives des réunions de supervision collective et des rencontres individuelles ?
- gestion des difficultés (notamment traces insuffisantes, ne couvrant pas toutes les compétences ou d'une qualité discutable) ;
- incitation à la réalisation des traces : formation des tuteurs, documents à diffuser, mutualisation de certaines.⁴

Risques et tentations

La tentation est forte de privilégier la notion de trace à celle d'apprentissage, et de retenir l'aspect recueil et attestation,

plutôt que l'aspect processus et échange. Autre risque : celui de privilégier la grille de lecture aux concepts qui la sous-tendent. Si l'on confond l'essence et la forme, on peut être tenté de demander des traces d'apprentissage tellement parfaites et complètes qu'elles en deviennent « monstrueuses », nécessitant un travail considérable. Le risque est également d'inciter les enseignants à penser qu'eux seuls peuvent proposer des traces adaptées, et à en dévitaliser ainsi l'essence même. Nombre d'enseignants ont des difficultés avec l'écriture, souvent vécue comme une corvée. La rédaction des RSCA nécessite un effort soutenu des internes, notamment dans leur finalisation. Elle implique également un investissement fort du DMG. Enfin, elle nécessite un effort de clarification dont la première étape devrait être la formulation de la 12^e compétence.

La 12^e compétence

Exercer la médecine générale est un art complexe.⁵ L'enseigner l'est également. Alors que nous demandons à nos internes de produire 2 traces d'apprentissage par

semestre, soit 12 pour tout le DES, nous n'avons à leur offrir que 11 compétences ! La production de traces incite à une réflexion qui peut s'énoncer selon 2 axes complémentaires : le médecin fait partie de la situation clinique, il peut la modifier, notamment par son aptitude réflexive. La douzième compétence, c'est l'aptitude à produire des traces d'apprentissage. Elle pourrait être formulée ainsi : être capable de se connaître en tant que soignant en développant sa pratique réflexive. ●

RÉFÉRENCES

1. Attali C, Bail P, Magnier AM, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. Rev Prat Med Gen 2006;20:525-6.
2. Le Mauff P, Farthouat N, Goronflot L, Urion J, Senand R. Récit de situation complexe et authentique. Le modèle nantais. Rev Prat Med Gen 2004; 18:724-6.
3. Le Mauff P, Senand R, Urion J. Groupes d'échanges sur des situations complexes et authentiques. Rev Prat Med Gen 2005;19:831-2.
4. Site du DES Île-de-France : www.des-mg-idf.fr/
5. Galam E. Enseigner et optimiser nos pratiques. Rev Prat Med Gen 2006;20:654-6.

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant cet article.

Qu'est-ce qu'un bon RSCA ?

La rédaction d'un RSCA relève plus d'un processus que d'un résultat plus ou moins parfait. Pourtant, des éléments d'appréciation peuvent inciter à demander des modifications à l'interne. Les principaux sont les suivants :

- qualité narrative du récit : à la fois impliqué et descriptif ;
- complexité de la situation composée d'éléments cliniques mais aussi relationnels, psychologiques, sociaux, éthiques... impliquant différents protagonistes ;
- problématisation et objectifs, en couvrant les différents registres concernés et en formulant des questions claires et pertinentes ;
- résultats des apprentissages pratiques (issus de la confrontation à la situation concrète) et théoriques (issus de la recherche documentaire et des questions laissées en suspens) ;
- synthèse, capacité de recueil et de critique de l'information obtenue.