

En quoi l'externat ne s'acquitte-t-il pas adéquatement de son mandat pédagogique ?

Une étude qualitative fondée sur une analyse systématique de la littérature

Why clerkship does not adequately fulfil its educational mandate?

A qualitative study based on a systematic analysis of the literature.

Serge LANGEVIN¹, René HIVON²

Résumé **Contexte :** L'externat est une étape incontournable de la formation prédoctorale, axée sur le développement des compétences professionnelles. Dans ce parcours de formation, l'externe est confronté à un large éventail d'opportunités d'apprentissage authentiques et diversifiées sous la supervision étroite d'enseignants cliniciens. L'externat s'insère toutefois dans un environnement complexe et imprévisible qui peut compromettre l'apprentissage. **Objectifs :** Répertorier dans la littérature médicale tous les facteurs menaçant l'efficacité pédagogique de l'externat en tant que dispositif de formation ; valider et de pondérer ces divers facteurs dans le milieu institutionnel de l'étude. **Méthodes :** Une recension des écrits a permis de dresser un inventaire exhaustif des facteurs menaçant l'efficacité pédagogique de l'externat. La synthèse et la classification de ces facteurs ont permis l'élaboration d'une grille d'analyse codifiée, utilisée pour l'analyse et l'interprétation de données qualitatives, elles-mêmes recueillies lors d'entrevues semi-structurées conduites dans le cadre de groupes de discussion impliquant des étudiants et des enseignants cliniciens. **Résultats :** L'externat est critiqué pour son caractère discontinu, aléatoire et momentané. Notre inventaire confirme que plusieurs facteurs liés à l'organisation curriculaire, aux pratiques évaluatives, à l'environnement et à la qualité didactique concourent à cette situation. L'absence de finalités explicites et des pratiques évaluatives inadéquates compromettent particulièrement le mandat pédagogique de notre externat. **Conclusion :** Plusieurs mesures permettraient de rehausser la qualité de l'externat en tant que dispositif pédagogique : l'adoption de finalités explicites, le recours à des évaluations axées sur la démonstration des compétences, une prépondérance accrue des évaluations formatives et l'implantation d'un monitoring longitudinal.

Mots clés Externat ; développement professionnel ; apprentissage expérientiel ; compétences professionnelles ; supervision clinique ; évaluation des compétences.

Abstract **Background:** Clerkship is a mandatory step in the undergraduate medical curriculum, primarily based on the development of professional competencies. During this training period, a clerk is exposed to a wide range of real-life and diversified learning opportunities under the guidance of clinical teachers. Clerkship is however inserted in a complex and unpredictable environment which can compromise learning. **Aims:** To make a detailed inventory of all factors threatening the educational efficiency of clerkship as a training program; to validate and to weight these various factors in the institutional setting of the study. **Methods:** A detailed inventory of all likely factors threatening the educational efficiency of the clerkship program was first retrieved from the literature. Their subsequent synopsis and classification led to the elaboration of a relevant codified grid, which has been used for the analysis and interpretation. For data collection, focus groups discussions were convened separately with clinical teachers and students. **Results:** Clerkship is criticized for its discontinuous, unstructured and momentary character. Our inventory confirms that several factors related to the curricular organization, assessment modalities, clinical environment and didactic quality contribute to this situation. The lack of explicit goals and the doubtful relevance of assessment modalities particularly jeopardize the educational mandate of our clerkship program. **Conclusion:** Several actions are needed to improve efficiently learning during clerkship: adoption of explicit learning outcomes, preferential use of performance-based assessments, preponderance of formative assessments primarily based on direct observation and the implementation of a longitudinal monitoring.

Key words Clerkship; professional development; work-based learning; professional competencies; clinical supervision; competence-based assessment.

Pédagogie Médicale 2007;8:7-23

Introduction

Dernière étape de la formation prédoctorale en médecine, l'externat représente la première véritable immersion en milieu de pratique professionnelle. Pour l'ensemble des facultés nord-américaines et européennes, l'externat est une étape charnière entre le programme préclinique et la formation postdoctorale. Son objectif est de former des médecins indifférenciés qui seront aptes à entreprendre ultérieurement leur résidence (ou internat) en médecine de famille ou en spécialités. Durant cette période intensive de formation, l'externe participe activement aux soins des patients au sein des unités d'hospitalisation continue ou de consultations externes ; les différents stages, organisés selon des rotations périodiques, assurent une couverture de l'ensemble des départements. L'externe est ainsi confronté à un large éventail de situations d'apprentissage, à la fois authentiques et diversifiées, sous la supervision d'experts cliniciens. Cette confrontation à des expériences professionnelles « grandeur nature » est indispensable au développement des compétences professionnelles. Ce n'est, en effet, que dans l'action que les connaissances déclaratives, conditionnelles et procédurales peuvent s'élaborer en savoir agir judicieux et efficaces¹. L'expertise professionnelle exige nécessairement la construction de connaissances organisées et indexées à l'intérieur de schèmes opératoires fonctionnels et facilement transposables².

En première analyse, l'externat, grâce à la variété des différentes expositions cliniques qu'il procure, semble offrir un environnement propice à l'élaboration des compétences professionnelles. Pourtant, pour plusieurs auteurs, l'externat ne s'acquitterait pas adéquatement de sa mission pédagogique³⁻⁸. Ainsi, dans son format traditionnel, l'externat est plutôt sévèrement critiqué pour son caractère discontinu, momentané et aléatoire, ainsi que pour sa piètre qualité didactique. Cette situation contribuerait à la grande hétérogénéité de qualité constatée chez les diplômés. Un écart significatif est notamment observé entre les compétences visées par l'externat et celles réellement acquises sur le terrain. Plusieurs enquêtes effectuées auprès de jeunes diplômés, à partir d'un catalogue d'actes cliniques et de gestes techniques, démontrent des performances se situant bien en deçà des attentes⁹⁻¹². Ces études doivent être interprétées avec prudence dans la mesure où elles s'appuient

sur une liste finie d'actes et de gestes cliniques, très réductrice de la compétence professionnelle. En dépit de cette limite, le constat demeure néanmoins préoccupant.

En tant que dispositif de formation, l'externat s'insère dans un environnement complexe, dynamique et imprévisible, qui impose plusieurs contraintes¹³. Les milieux de stage assument une double vocation de dispensation de soins et de formation professionnelle, finalités qui ne sont pas toujours facilement conciliables. L'externat est aussi assujéti à une organisation hospitalière très compartimentée, avec ses départements et ses services. Tant en Amérique du nord qu'en Europe, les hôpitaux ont été soumis à de profondes mutations, découlant notamment des contraintes budgétaires. La réduction du nombre de lits et le déplacement des activités cliniques vers un mode ambulatoire ont concentré dans les unités d'hospitalisation continue une clientèle plus lourde et âgée, requérant souvent des services diagnostiques et thérapeutiques très spécialisés. Un tel type de recrutement de patients, largement utilisé aux fins d'enseignement, ne peut satisfaire convenablement les besoins de formation des externes.

La faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke (FMUS) a entamé, à partir de 2002, une réflexion sur son externat en tant que dispositif de formation. Plusieurs raisons ont motivé cette démarche. En dépit de l'adoption de l'apprentissage par problème (APP) comme modalité majoritaire d'enseignement et d'apprentissage durant la partie préclinique du cursus en 1987, l'externat a conservé son format traditionnel. Une plus grande cohérence est donc souhaitée entre les approches pédagogiques respectivement mises en œuvre durant le cursus préclinique et l'externat. Cette réflexion a également coïncidé avec la promotion des rôles professionnels soutenus par les organismes nationaux d'accréditation, comme par exemple dans le cadre du projet du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, connu sous la dénomination de projet CanMEDS¹⁴. Ces recommandations insistent sur le fait que la formation médicale doit soutenir et privilégier le développement de l'ensemble des compétences professionnelles (expert médical, communicateur, collaborateur, gestionnaire, promoteur de la santé, érudit et professionnel), sans se confiner exclusivement à la composante biomédicale.

1- Coordonnateur de la réforme de l'externat - Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.

2- Faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke - Conseiller scientifique au centre de pédagogie en sciences de la santé de la faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.

Correspondance : Serge Langevin - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - Hôtel Dieu - 580 rue Bowen Sud J1G-2E8 Sherbrooke - Québec - Canada. Mailto:serge.langevin@USherbrooke.ca

En quoi l'externat ne s'acquitte-il pas...

Enfin, notre externat est actuellement confronté à une croissance rapide des effectifs d'étudiants, en raison de l'augmentation du nombre des admissions en médecine. Pour que l'externat puisse s'acquitter de la formation clinique de tous ces étudiants, il est nécessaire d'étendre le réseau d'hôpitaux affiliés et de recruter de nouveaux partenaires. Cette nouvelle conjoncture impose plusieurs ajustements pour garantir la qualité de la formation. Le moment apparaît donc opportun pour une révision et une éventuelle refonte de l'externat.

Pour conduire à des actions judicieuses, une réforme doit idéalement s'appuyer sur un relevé concis et valide des problématiques du milieu. Le premier objectif de cette étude est donc de répertorier précisément dans la littérature les facteurs qui constituent potentiellement une menace à l'efficacité pédagogique de l'externat en tant que dispositif de formation. Le second objectif est de valider et de pondérer ces divers facteurs dans notre milieu institutionnel, afin de proposer ultérieurement une réforme qui sera bien adaptée aux caractéristiques de notre milieu.

Méthodes

Le contexte académique de l'étude

À la FMUS, l'externat est un parcours de 18 mois, qui débute après une formation préclinique de 30 mois. L'APP constitue la principale modalité d'apprentissage du cursus préclinique. Aux différents modules d'APP centrés sur des problématiques de systèmes ou d'appareils, et immédiatement avant l'externat, succède une unité d'enseignement et d'apprentissage visant l'intégration et la synthèse. Pendant 16 semaines, l'étudiant est exposé à des scénarios virtuels complexes et multidisciplinaires où l'emphase est particulièrement mise sur la résolution de problèmes cliniques tout en initiant les étudiants à la démarche diagnostique et thérapeutique.

Durant l'externat, l'étudiant est assigné à temps complet au travail clinique. Il est intégré au sein d'une équipe bien hiérarchisée regroupant des résidents juniors et seniors. Ses tâches couvrent à la fois les activités ambulatoires et hospitalières du service auquel il est rattaché. Les stages inscrits dans son parcours couvrent l'ensemble des grands départements, incluant la médecine générale et les soins aigus de première ligne (Tableau 1). L'externat s'exerce au sein d'un vaste réseau d'hôpitaux affiliés, dispersés géographiquement, et qui regroupe des hôpitaux universitaires et généraux. En plus des activités d'enseignement propres à chaque département, les externes sont conviés à participer chaque semaine à deux séances d'apprentissage du raison-

nement clinique (ARC) ; cette activité est spécifiquement conçue pour permettre aux étudiants d'approfondir leur raisonnement clinique, en privilégiant la genèse d'hypothèses précoces et une collecte orientée des données¹⁵.

Les séances d'ARC favorisent le développement de leurs habiletés d'investigation et de traitement. Durant cette activité interactive en petits groupes, on simule le déroulement d'une rencontre clinique, avec un étudiant qui assume le rôle du patient et un enseignant clinicien qui anime et guide la démarche des étudiants.

Approche méthodologique et étapes de l'étude

Nous avons privilégié une approche qualitative pour bien circonscrire les dimensions à la fois explicites et cachées de l'externat. La formation clinique s'inscrit dans un environnement complexe qui comporte non seulement plusieurs variables mais aussi plusieurs enjeux. Les étudiants et les enseignants cliniciens, qui constituent les deux principaux groupes d'acteurs, ont été intégrés à notre démarche. Notre étude, qui s'est déroulée durant les années 2002 et 2003, a comporté trois étapes : l'élaboration initiale d'une grille d'analyse codifiée, la collecte des données, puis l'analyse et l'interprétation de ces données.

L'élaboration d'une grille d'analyse codifiée

Pour guider la collecte et le traitement des données, nous avons d'abord procédé à l'élaboration d'une grille d'analyse codifiée. Une recension exhaustive des écrits se rapportant à l'externat au cours des 10 dernières années a conduit à la construction de cette grille. Tous les écrits sur l'externat (*clerkship*), publiés de 1993 à 2003, ont été extraits des principales revues en éducation médicale. Les banques de données de l'*Education Resources Information Center* (ERIC) et de la *National Library of Medicine* (*Medical Literature, Analysis, and Retrieval System Online – Medline –*) ont été consultées en recourant aux mots clés « *clinical clerkship, clinical teaching, medical student, clinical competence* » ; nous avons complété cette stratégie automatisée de recherche documentaire par l'inventaire des documents que les auteurs avaient accumulés personnellement. Les articles de synthèse et de recherche se rapportant aux diverses problématiques relatives à l'externat ont été sélectionnés. Tous les déterminants identifiés comme pertinents par rapport à ces problématiques ont été soigneusement répertoriés. Cette démarche a permis de dresser un inventaire exhaustif des facteurs menaçant l'efficacité pédagogique de l'externat. La présentation de cet inventaire à un petit groupe d'enseignants cliniciens d'expérience et activement impliqués en pédagogie médicale

Recherche et Perspectives

**Tableau 1:
La répartition des stages d'externat à la faculté de médecine et des sciences
de la santé de l'Université de Sherbrooke.**

L'externat s'étend sur 74 semaines. Les différentes rotations de stages couvrent l'ensemble des départements, incluant la médecine de famille et les soins de première ligne. Les stages à options sont distribués au début et à la fin du parcours. Pour les départements de pédiatrie, de médecine et de chirurgie, des stages en sur-spécialités sont aussi inclus.

Grille des stages à l'externat		
De janvier à mars		
Santé communautaire		4 semaines
Stage à option 1		4 semaines
Stage à option 2		4 semaines
D'avril à mars l'année suivante		
Chirurgie	Chirurgie générale	3.5 semaines
	Chirurgie spécialisée	3.5 semaines
Médecine	Médecine interne	3.5 semaines
	Médecine spécialisée	3,5 semaines
	Médecine spécialisée	3.5 semaines
Gynécologie Obstétrique		7 semaines
Psychiatrie		7 semaines
Pédiatrie	Pédiatrie générale	3,5 semaines
	Pédiatrie spécialisée	3.5 semaines
Médecine de famille et soins aigus de première ligne		7 semaines
Stage pluridisciplinaire	Anesthésie, ORL, dermatologie et ophtalmologie	3.5 semaines
Vacances	Vacances en juillet	1 semaine
	Vacances de Noël	2 semaines
D'avril à la première semaine de mai		
Préparation aux examens de fin d'externat		5 semaines
Examens nationaux de fin d'externat		1 semaine
mai à début de juin		
Stage à option 3		4 semaines
Nombre total de semaines		74 semaines

En quoi l'externat ne s'acquitte-il pas...

(5 professeurs) a aussi contribué à son enrichissement. Sollicitées sur une base individuelle et informelle, leurs opinions ont été particulièrement utiles à l'étape de synthèse et de classification de ces divers facteurs et, *in fine*, à l'élaboration d'une grille d'analyse plus pertinente et concise.

La collecte des données

Nous avons fait appel à deux groupes de discussion semi-structurée (*focus group*) impliquant respectivement des étudiants et des enseignants cliniciens. Cette technique d'entrevue offre plusieurs avantages¹⁶. Elle permet une collecte de données relativement rapide et à peu de frais. Elle accorde beaucoup de flexibilité et de spontanéité sans imposer de carcan. Les interactions entre les participants permettent aussi de nuancer ou de pondérer les propos recueillis. Enfin, cette méthode permet d'explorer des thèmes qui n'avaient pas été retenus initialement dans le guide de discussion et qui se sont avérés inopinément importants. La tâche la plus onéreuse a été la transcription des données. La tâche des animateurs a consisté à stimuler les discussions, clarifier les ambiguïtés et effectuer les mises au point, tout en maintenant leur neutralité. Trois mêmes thèmes ont été abordés dans les deux groupes : les forces et les faiblesses de l'externat, puis les propositions pour en améliorer la qualité. Le consentement des participants a été préalablement obtenu, assorti d'une garantie de confidentialité du processus.

Le groupe de discussion semi-structurée avec les étudiants

Quinze étudiants parmi 20 invités ont participé au groupe de discussion. Les invitations ont été spécifiquement acheminées aux résidents de première année, dernière cohorte de diplômés qui avaient entièrement achevé leur externat. Ayant entamé leur résidence depuis six mois, ils étaient en mesure de juger la qualité de la formation préalablement reçue pendant l'externat. Nous avons délibérément ciblé les étudiants qui n'avaient pas rencontré d'embûches pour éviter de possibles règlements de compte. Notre groupe comportait des étudiants en provenance de plusieurs programmes de résidence (tronc commun de médecine interne, tronc commun de chirurgie, pédiatrie, gynécologie et médecine de famille).

Le groupe de discussion semi-structurée avec les enseignants cliniciens

Douze professeurs cliniciens parmi 18 invités ont participé au groupe de discussion. À l'exception du département de chirurgie, les enseignants de tous les départements étaient représentés. Nous nous sommes adressés à des enseignants

cliniciens d'expérience, activement impliqués dans la supervision des externes et des résidents et dont la compétence était largement reconnue par leurs pairs.

Déroulement des entrevues semi-structurées

Dans les deux groupes, les échanges ont été prolifiques, chacune des rencontres ayant duré près de 2,5 heures. Les objectifs ont été clairement exposés au début de chacune des rencontres. Les discussions se sont déroulées dans un climat de franchise et de respect. Aucun des sujets abordés lors des discussions n'a soulevé de controverse ou de discord.

L'analyse et l'interprétation des données

Les discussions ont été enregistrées et transcrites. Les verbatims ont été révisés et analysés par les deux auteurs. Chaque auteur a procédé individuellement à une première analyse et interprétation des données, en se référant aux catégories et aux critères de la grille d'analyse codifiée préalablement élaborée. Les résultats ont été confrontés puis discutés à plusieurs reprises jusqu'à l'obtention d'un consensus entre les deux auteurs.

Résultats

La grille d'analyse

La synthèse et la classification de tous les facteurs menaçant l'efficacité pédagogique de l'externat comme dispositif de formation ont permis leur regroupement sous quatre grandes catégories : l'organisation curriculaire, l'évaluation et le *monitoring*, la qualité didactique et l'environnement clinique. Tous ces facteurs ont comme ultime conséquence de contribuer au caractère discontinu, aléatoire et momentané de l'externat. Le *tableau 2* présente la version finale de cette grille avec les facteurs retenus pour chacune des catégories.

Les résultats extraits des groupes de discussion

Les résultats sont présentés en fonction des quatre catégories préalablement définies par notre grille d'analyse. Bien que les données recueillies auprès de nos deux groupes aient été analysées séparément dans un premier temps, elles sont ici présentées de façon combinée. Les étudiants et les enseignants partagent une vision très similaire des problèmes rencontrés pendant l'externat. Sur l'ensemble des thèmes, on note peu de divergence entre les deux groupes. L'importance accordée à chacun des facteurs diffère cependant quelque peu entre les deux groupes. Certains thèmes ont aussi été plus approfondis par l'un des deux groupes, reflétant simplement leurs perspectives

Recherche et Perspectives

différentes. Le *tableau 3* présente sommairement les données qui ont été relevées dans l'analyse des facteurs compromettant l'efficacité de l'externat comme dispositif de formation. Les citations exemplaires extraites du verbatim des entrevues, qui accréditent les interprétations et conclusions que nous formulons, sont rapportées ci-dessous en caractères italiques.

L'organisation curriculaire

Les étudiants et les enseignants déplorent l'absence de finalités explicites pour l'externat. Pour les enseignants, cette absence d'objectifs explicitement formulés a plusieurs conséquences. Le défaut de spécification des

compétences terminales ne favorise ni la cohésion, ni la cohérence entre les départements et les milieux de formation. Pour une mission soutenue solidairement par tous les professeurs du réseau, les cibles doivent être clairement établies. Ces cibles doivent couvrir l'ensemble des rôles professionnels, tout en spécifiant la performance souhaitée pour chacun d'eux (communication et relation patient médecin, collaboration, gestion, promotion de la santé, etc.). Or, les différents acteurs ne disposent que d'une liste d'entités cliniques que chaque département a préalablement définies. Pour les enseignants cliniciens, cette simple énumération d'entités cliniques informe peu sur les exigences d'une formation.

Tableau 2 :
La grille d'analyse codifiée

Les principaux facteurs contribuant au caractère discontinu, aléatoire et momentané de l'externat, que nous avons inventoriés à partir de notre recension des écrits, ont été classés en fonction de quatre catégories : l'organisation curriculaire, l'évaluation et le *monitoring*, la qualité didactique et l'environnement clinique. Pour chacune des catégories, nous avons regroupé les facteurs jugés les plus pertinents. Cet inventaire a été validé auprès d'enseignants cliniciens d'expérience.

1-L'organisation curriculaire	<ul style="list-style-type: none"> L'absence de finalités explicites Le format discontinu (fragmenté) La faible influence du programme sur le terrain clinique Le faible sentiment d'appartenance L'absence d'imputabilité
2-L'évaluation et le monitoring	<ul style="list-style-type: none"> Des pratiques évaluatives incohérentes L'absence de critères de réussite explicites La rareté des évaluations formatives La piètre qualité de la rétroaction L'absence de vision intégrée et longitudinale
3-La qualité didactique	<ul style="list-style-type: none"> La disponibilité restreinte des professeurs cliniciens La supervision clinique déficiente La rareté des observations directes La délégation des tâches d'enseignement L'abandon de l'enseignement au chevet
4-L'environnement clinique	<ul style="list-style-type: none"> Le niveau de responsabilité inapproprié Les activités de faible valeur pédagogique La lourdeur des tâches cliniques La qualité de l'exposition clinique Le nombre excessif d'étudiants

**Tableau 3 :
Principaux facteurs menaçant l'efficience de l'externat comme dispositif de formation,
relevés dans notre analyse des données**

L'organisation curriculaire	L'évaluation et le monitoring du développement professionnel	La qualité didactique	L'environnement clinique
L'absence d'objectifs explicites	La détection peu efficace des étudiants en difficulté	L'accroissement des tâches cliniques et professorales chez les enseignants cliniciens	Une exposition clinique inadéquate dans certains stages spécialisés
Le faible sentiment d'appartenance des étudiants et des professeurs à l'externat	Le caractère superficiel de la fiche d'évaluation	La rareté des observations directes	Une charge de travail jugée trop lourde dans certains stages
L'absence d'imputabilité des milieux de stage	La sous-utilisation de l'évaluation formative	La réduction de l'enseignement au chevet	Les activités de faible valeur pédagogique : le système de la garde
La rigidité du parcours avec le petit nombre de stages optionnels	La piètre qualité de la rétroaction	La contribution des résidents à l'enseignement rarement validée	Le peu de temps d'étude
La brève durée des stages et le caractère discontinu de l'externat	Le caractère simpliste des stations de l'ECOS dans certains départements		Un rôle plutôt passif dans les stages chirurgicaux
Une nécessité accrue d'accompagnement des étudiants en raison de l'expansion du réseau d'hôpitaux affiliés	Le suivi longitudinal inadéquat dans ce long parcours de formation		

Selon eux, cette situation contribuerait au faible engagement des externes dans leur formation professionnelle. Ceux-ci sont d'ailleurs souvent décrits comme des acteurs plutôt passifs sur le terrain. On leur reproche de ne pas être capables d'apprécier à leur juste valeur les retombées de leurs expériences professionnelles. Cette situation expliquerait aussi la variabilité dans les responsabilités accordées aux externes d'un stage à l'autre.

*« L'externe peut sembler manquer d'anticipation mais je crois que nous devons clarifier son rôle...
Si on souhaite modifier l'attitude de nos externes, il faut définir ce qu'on attend d'eux et non pas se contenter de les informer des heures de travail, du calendrier des activités académiques ou encore de l'horaire des tournées d'enseignement !
Les objectifs ne peuvent pas se limiter aux connaissances ou encore à une liste de syndromes cliniques, nous devons nous*

Recherche et Perspectives

entendre sur les niveaux de compétences souhaités et les actions attendues chez un externe.

L'étudiant est au départ très motivé. Il veut apprendre, il veut s'impliquer mais peut-être qu'on ne lui en laisse pas la chance. Sa motivation en prend un dur coup au fur et à mesure que l'année se déroule. »

Cette lacune dans les objectifs éducationnels est aussi reconnue indirectement par les étudiants. Ils critiquent ouvertement les examens cliniques objectifs structurés (ECOS) en l'absence de standards de performance explicites. Ils n'ont aucune idée du niveau de performance exigé et ils reçoivent peu de rétroaction sur leur réussite ou leur contre performance. Ils admettent que les séances d'ARC leur sont d'une très grande utilité pour combler cette lacune. Ils se réfèrent constamment à cette activité pédagogique pour guider leurs apprentissages. Les cas sélectionnés pour cette activité sont puisés à l'intérieur d'un répertoire prédéfini de syndromes et d'entités diagnostiques jugés prioritaires à leur niveau de formation. Chaque département possède son propre répertoire. Cette activité pédagogique de près de 90 minutes, à raison de deux séances par semaine, les informe non seulement sur les contenus pertinents mais aussi sur ce qu'on attend réellement d'eux dans l'action.

« Les thèmes sont bien choisis et on ne discutera pas de raretés. On nous présente un éventail à notre niveau, un niveau général nous permettant d'aborder la majorité des problèmes cliniques courants.

Ils représentent une mesure de sécurité... , pour que nous soyons assurés de couvrir les contenus pertinents pour notre niveau de formation. Avec les ateliers d'ARC, nous sommes certains de couvrir les grands thèmes, quelle que soit l'exposition à laquelle nous serons confrontés. »

Ces séances d'ARC sont grandement appréciées par les externes, qui la désignent unanimement comme l'activité pédagogique la plus rentable. Elles permettent de raffiner leurs habilités de résolution de problèmes centrées sur la genèse d'hypothèses précoces, tout en consolidant leur démarche diagnostique et thérapeutique. Elles compensent également l'imprévisibilité de l'exposition clinique.

« Le point fort de l'externat, ce sont les séances d'ARC. Je trouve cette activité très pertinente. Elle nous initie au raisonnement clinique et à l'approche diagnostique. Cette activité doit être préservée.

Ces séances viennent combler les expériences que nous n'aurions pas eues à cause de nos différentes assignations cliniques et de la variabilité de l'exposition clinique. »

De part et d'autre, on confirme le faible sentiment d'appartenance des enseignants cliniciens et des étudiants par rapport à l'externat en tant que dispositif de formation. Pour les enseignants cliniciens, les externes représentent une large cohorte d'étudiants qui séjournent brièvement dans leur service et qui se succèdent rapidement. Ces externes côtoient plusieurs superviseurs durant la même rotation. De plus, ils dénoncent la faible influence de la direction de l'externat sur le terrain professionnel. Selon eux, la direction ne dispose pas de moyens efficaces pour « prendre le pouls » de ce qui se passe véritablement sur le terrain ou pour véhiculer efficacement ses consignes. Cette situation risque de se détériorer avec l'expansion et l'étalement du réseau d'hôpitaux affiliés. Les responsables de l'externat exercent peu d'emprise sur le terrain et parviennent difficilement à faire contrepoids aux impératifs cliniques. Les considérations cliniques sont souvent prioritaires sur les préoccupations académiques. Pour toutes ces raisons, les enseignants cliniciens se sentent ainsi peu interpellés par l'externat. L'externat est d'ailleurs souvent considéré comme un passage obligatoire entre le cursus préclinique et la formation post-doctorale. Les services cliniques au sein desquels les étudiants effectuent leurs stages bénéficient d'une grande liberté et ont peu de compte à rendre. Ni les services cliniques, ni les milieux de formation ne sont véritablement responsables quant à la qualité de l'exposition clinique et de la supervision qu'ils offrent aux externes qui leur sont affectés.

« C'est l'organisation clinique qui prédomine et qui dicte l'externat. La faculté a des vœux pieux mais, dans les faits, c'est le milieu clinique qui impose ses règles. La faculté joue un petit rôle dans l'organisation de l'externat en comparaison de l'influence du milieu clinique. L'externat est très dépendant de l'organisation clinique.

Nous devons trouver une façon de défendre les préoccupations académiques dans le milieu clinique.

Avec nos résidents, nous nous sentons concernés et responsables. Si un résident va mal, c'est notre problème. L'externe, nous le côtoyons brièvement et nous nous ne sentons pas réellement concernés.

C'est aussi une question d'imputabilité. La question est de savoir qui est responsable des externes. À la résidence, c'est « tricoté serré » mais à l'externat, c'est plutôt flou. »

Quant aux externes, ils se déplacent d'un département à l'autre au sein d'un même hôpital mais aussi à l'intérieur d'un vaste réseau de centres hospitaliers affiliés, dispersés géographiquement. Ils n'ont aucun « port d'attache ». Rien dans l'organisation actuelle n'assure un suivi et un accompagnement adéquat des externes dans ce long par-

En quoi l'externat ne s'acquitte-il pas...

cours de formation. Ces derniers apprécient toutefois la diversité des milieux, qui leur offre une exposition clinique variée et une illustration plus réelle de la pratique médicale.

« La diversité des milieux est un point fort et il est intéressant que notre expérience de travail ne soit pas limitée exclusivement aux centres universitaires. »

Le canevas de l'externat est aussi fortement critiqué. Les enseignants cliniciens déplorent la brève durée des stages qui compromet le suivi de l'étudiant et limite les interventions pédagogiques. L'externat est notamment perçu comme une simple succession de stages, fonctionnant en vase clos. Ces faits concourent aussi au caractère discontinu.

« Les stages sont trop courts, ne permettant pas d'avoir une évaluation adéquate de leur progrès et encore moins d'intervenir efficacement. »

Les étudiants soulignent davantage, quant à eux, la rigidité et la lourdeur du parcours, ce qui leur accorde peu de répit. Ils considèrent que les stages optionnels ne sont pas assez nombreux, tout en étant confinés aux premiers mois du parcours. Les stages optionnels les plus convoités comportent des enjeux cachés. Ils deviennent des opportunités pour eux de se démarquer, particulièrement dans certaines spécialités médicales où l'accessibilité est restreinte (contingemment des programmes de formation postdoctorale).

L'évaluation et le *monitoring* du développement professionnel

L'évaluation est la catégorie de facteurs la plus sévèrement critiquée par les deux groupes. Le problème est cependant abordé différemment. Les enseignants cliniciens soulèvent notamment l'inefficacité du système à déceler tôt les étudiants en difficulté. Ces derniers échappent facilement au système de surveillance et peuvent achever leur parcours sans être signalés. Leur détection précoce pourrait se traduire par des interventions pédagogiques et un suivi plus étroit, ce qui faciliterait leur rattrapage.

Cette faille dans les mécanismes de surveillance contribuerait grandement à l'hétérogénéité observée dans la qualité des diplômés. Ils concèdent que l'évaluation formative et l'observation directe demeurent malheureusement sous-utilisées, ce qui ne fait qu'accroître le problème.

« Pour certains, on se demande comment ils sont arrivés en résidence. Ils sont tous passés entre nos mains et personne n'a

reconnu leurs difficultés. L'observation directe est une force et nous devons encourager davantage cette pratique. Il ne faudrait pas laisser tomber cela et s'assurer que cette pratique soit uniformisée. »

Les étudiants se sont montrés particulièrement sévères face aux modalités d'évaluation. Elles ne correspondent pas, selon eux, aux véritables enjeux de leur formation. La fiche d'évaluation, complétée à la fin de chaque rotation, cumule le plus grand nombre de récriminations. Ils soulignent son caractère superficiel, expéditif et son manque de discrimination. Selon eux, plusieurs facteurs minent sa valeur ; la rareté de l'observation directe, l'absence de collecte systématique des données, l'escamotage fréquent de la section des commentaires, la rédaction tardive et la mise à contribution exclusive du dernier superviseur compromettent notamment sa validité et sa fiabilité. De plus, cette fiche n'est malencontreusement pas discutée de façon systématique avec l'étudiant ; une belle opportunité d'offrir une rétroaction de qualité est ainsi manquée.

« La fiche d'évaluation de fin de stage est très décevante, elle est souvent remplie de façon sommaire. On trace une ligne droite dans la case « atteint les objectifs de façon satisfaisante ».

Pour nous, ce sont les commentaires qui importent. Il devrait y avoir des espaces libres en dessous de chaque thème pour obliger les professeurs à se commettre.

L'évaluation devrait être complétée rapidement après la fin du stage. Ça permettrait une évaluation plus personnalisée.

C'est très rare qu'on prenne le temps d'en discuter avec nous, il faut souvent insister pour discuter de notre évaluation. »

Quant à l'évaluation formative de mi-stage, elle demeure une pratique inconsistante et souvent reléguée au second rang. L'externe doit le plus souvent la quémander. Elle se résume généralement à quelques mots d'encouragement, sans que l'on s'attarde aux points à améliorer. Quant à l'observation directe, elle demeure une pratique peu répandue, confinée à quelques départements (gynécologie, pédiatrie et médecine de famille), où elle est d'ailleurs très appréciée par les externes. Ils souhaiteraient être davantage observés dans leurs tâches quotidiennes.

« L'évaluation de mi-stage est rarement offerte spontanément, elle est plus souvent sur demande.

Je crois que c'est le devoir du patron de s'asseoir avec toi et de te dire ce qui ne va pas bien. Je trouve un peu ridicule de me faire dire que tout est beau. Nous avons rarement des discussions sur les points que je devrais améliorer.

Nous sommes rarement observés dans nos activités cliniques. Ils ne nous supervisent pas suffisamment dans l'action.

Recherche et Perspectives

L'observation directe demeure très rare. Comment voulez-vous que nous puissions nous améliorer quand nous ignorons ce que nous avons mal fait ou manqué. »

Les ECOS n'obtiennent pas davantage la faveur des externes. Chaque département a la responsabilité de soumettre ses externes à un ECOS à la fin de leur séjour. En dépit des avantages reconnus de cette modalité (observation, standardisation, patients simulés, grille de correction), ce type d'examen demeure peu apprécié des étudiants. Une grande hétérogénéité dans la qualité des ECOS est observée entre les départements. Les étudiants reprochent particulièrement le format simpliste qui prévaut dans certains départements et qui ne correspond pas à leur niveau de formation. Une trop grande compartimentation (grand nombre de stations) contribue au caractère superficiel et artificiel de l'examen. L'accent serait davantage mis sur le contenu (liste de vérification) que sur la qualité de la démarche. Ils dénoncent aussi son manque de transparence qui découle de l'absence de rétroaction.

« Les ECOS n'ont pas été renouvelés et les tâches à accomplir sont peu différentes de celles exigées au préclinique pour les habilités cliniques.

Comment peut-on s'améliorer quand on ne se sait pas ce que nous avons réussi ou manqué d'une fois à l'autre ? »

La qualité didactique

Les enseignants cliniciens et les étudiants confirment la variabilité dans la qualité de la supervision. La prévalence et la sévérité du problème sont à la fois tributaires du stage et du superviseur. La disponibilité moindre des enseignants cliniciens, la rareté des observations directes et la réduction de l'enseignement au chevet sont évoquées autant par les étudiants que par les enseignants. Pour leur défense, les enseignants cliniciens rappellent l'accroissement de leurs tâches cliniques, administratives et académiques, ainsi que les pressions exercées par le milieu clinique. Conjuguer l'enseignement et les soins reste un énorme défi dans un environnement instable et imprévisible. Ils reconnaissent cependant une certaine déresponsabilisation, n'ayant pratiquement pas de compte à rendre quant à la qualité de leur enseignement et de leur supervision.

« Le problème de bien des professeurs, c'est une question de temps. Pour un encadrement adéquat, il faut y mettre du temps et il nous manque cruellement. Nous sommes accaparés par plusieurs tâches en même temps. »

Identifiés comme de précieux partenaires, les résidents

assument un rôle crucial dans la formation des externes qui les considèrent comme de fidèles alliés. Quant aux enseignants, ils reconnaissent le rôle clé joué par les résidents, tout en admettant que leur enseignement est rarement validé ou vérifié et qu'ils sont rarement mis à contribution lors de l'évaluation. Une plus grande concertation et une collaboration entre les enseignants cliniciens et les résidents seraient souhaitables.

« L'enseignement fait par les résidents est aussi rarement supervisé. Une partie de l'enseignement est déléguée au résident... mais le travail du résident n'est pas vérifié. Personne ne se soucie de ce que le résident a fait ou n'a pas fait. »

Les stages en dehors du centre universitaire dans les milieux affiliés recueillent nettement la faveur des externes. Les raisons évoquées sont multiples. L'externe y assume un rôle plus important puisque le nombre d'étudiants y est moindre. Le contact avec le superviseur est plus direct et fréquent. Bien que la charge de travail soit tout aussi lourde, les pertes de temps sont moindres et les opportunités pour les procédures techniques plus nombreuses. L'externe jouit aussi d'une plus grande considération dans ces milieux de la part d'un personnel plus bienveillant envers eux.

« Tu as plus de place et le contact avec le patron est plus direct. Le personnel est plus sympathique et disponible. »

L'environnement clinique

Les propos recueillis auprès des étudiants et des enseignants sont aussi très similaires. Même si cette problématique ne concerne que quelques stages, elle mérite néanmoins notre attention. Une exposition clinique inadéquate, des activités de faible valeur pédagogique, des niveaux de responsabilité inappropriés et la lourdeur de la charge de travail sont les principaux reproches formulés dans cette catégorie.

La qualité de l'exposition clinique est remise en question par les membres des deux groupes. En raison du développement croissant des pratiques de soins ambulatoires, ils concèdent que les unités de soins hospitalières ne peuvent plus satisfaire les besoins de formation des externes. La clientèle hospitalière est maintenant constituée de cas lourds et complexes, admis pour des investigations ou des traitements pointus. L'exposition des externes à une population présentant des problèmes cliniques plus communs ou indifférenciés s'impose selon les deux groupes. Ils préconisent le recours accru aux activités cliniques ambulatoires comme support de formation et ils s'interrogent sur la pertinence des stages très spécialisés. Les stages en région

En quoi l'externat ne s'acquitte-il pas...

sont particulièrement appréciés car ils offrent une exposition clinique jugée plus pertinente et appropriée à leur niveau de formation.

« Pour leur niveau de formation, ils doivent être exposés à des problèmes indifférenciés et plus communs. Ils ne sont pas suffisamment exposés aux soins ambulatoires. Dans les rotations hospitalières, ils sont confrontés à une clientèle lourde et multicompliquée. Ils sont exposés à beaucoup de choses mais peut-être pas à une clientèle pertinente et appropriée pour leur formation.

Ils sont exposés à des patients dont les problèmes sont déjà identifiés. Ils ont déjà été évalués à la salle d'urgence et ils arrivent dans l'unité avec leur liste de problèmes déjà établie. On les assigne à des milieux trop spécialisés, qui ne sont pas adaptés pour leur premier contact avec le milieu clinique. Nous ne sommes pas assez en première ligne. Il serait plus rentable d'évaluer un patient dont tu ne connais pas au départ le diagnostic et sans tout le bilan déjà effectué. Tu as alors la chance de le questionner et de l'examiner, puis de proposer tes hypothèses diagnostiques et une investigation. Ce sont dans les stages de première ligne ou dans les services des consultations que tu as cette chance d'être le premier intervenant. »

Les stages en médecine de famille et en médecine interne sont en tête du palmarès des stages les plus prisés par les externes. Plusieurs raisons sont évoquées pour cette haute estime. Ces deux milieux de stage se distinguent par la qualité de la supervision et la grande disponibilité des enseignants cliniciens. Les externes apprécient le contact privilégié avec l'enseignant en dépit de la structure pyramidale de l'équipe. Ils y trouvent un enseignement de qualité, au chevet du patient et adapté à leurs besoins. Ils assument un rôle actif dans l'équipe avec des tâches et des responsabilités bien définies.

« Nous retrouvons dans ces stages une véritable culture d'enseignement. »

Le problème d'une charge de travail jugée trop lourde par les externes n'est soulevé que pour quelques stages. Ils disposent alors de peu de répit et de temps d'étude, étant très accaparés par leurs tâches cliniques quotidiennes. Quant au niveau de responsabilité qui leur est confié, les étudiants apprécient être activement impliqués dans l'évaluation et la prise en charge de leurs patients. Toutefois, dans certains stages en chirurgie, ils sont confinés à un rôle plutôt passif.

« C'est comme si on nous formait à seulement travailler et à

ne jamais être fatigué. Nous avons peu de temps pour l'étude. Les journées de travail sont longues. »

Les étudiants dénoncent un certain nombre d'activités cliniques qu'ils jugent moins rentables pour leur formation, ainsi que des temps d'attente souvent très longs. Les enseignants reconnaissent ces faits, plus particulièrement dans les disciplines chirurgicales. Parmi les activités de faible valeur pédagogique, les étudiants soulèvent, en particulier, les gardes de soirée et de week-end. L'externe n'a pas de fonctions clairement définies dans certains départements, sans être bien intégré avec le reste de l'équipe de garde.

« Les tâches « non payantes » surviennent particulièrement dans les disciplines chirurgicales. Les externes perdent encore leur temps à faire des tâches peu rentables académiquement. Le temps investi à la garde ne vaut pas le bénéfice que nous en retirons. Notre fonction n'est pas assez bien intégrée avec le reste de l'équipe. Nous ne sommes jamais appelés en première ligne. »

Discussion

L'externat s'inscrit dans la tradition de l'apprentissage expérientiel. Cette immersion en milieu de pratique professionnelle est une étape incontournable dans le développement des compétences professionnelles. L'élaboration de savoir agir judicieux et pertinents à partir de connaissances déclaratives, conditionnelles et procédurales ne peut se réaliser que dans l'action. La construction de compétences complexes requiert forcément des opportunités d'apprentissage et de transfert abondantes et diversifiées. Cet apprentissage dans l'action doit toutefois souscrire à certaines règles. La simple exposition au milieu de pratique professionnelle peut s'avérer contre-productive si elle ne respecte pas certaines conditions. L'expérience sert de ressource première à l'apprentissage expérientiel mais l'action seule ne peut suffire à la tâche.

Le milieu clinique impose des contraintes auxquelles nous ne pouvons échapper. L'externat, en tant que dispositif pédagogique, doit nécessairement transiger avec une structure et une organisation solidement en place et axées sur la dispensation de soins de qualité. Cet environnement est fort différent de celui rencontré durant le cursus pré-clinique. Dans un curriculum conventionnel ou basé sur l'APP, l'étudiant se situe dans un environnement relativement protégé et bien structuré. Le milieu clinique est à l'inverse un environnement plutôt instable et imprévisible. Le passage à l'externat demeure une source importante de stress pour les étudiants¹⁷⁻¹⁹. Les raisons évoquées-

Recherche et Perspectives

sont nombreuses, incluant le passage à un rôle d'apprenant autonome, l'obligation de recourir à de nouvelles stratégies d'apprentissage, le sentiment ressenti d'incompétence, la cohabitation avec des apprenants de différents niveaux, la socialisation professionnelle et la lourdeur des tâches cliniques. À partir d'une enquête effectuée auprès d'étudiants au début de leur formation clinique, le groupe de Maastricht constate que leurs étudiants perçoivent non seulement des lacunes dans leurs connaissances (surtout en sciences fondamentales) mais que celles-ci ne sont pas facilement réutilisées sur le terrain²⁰. En revanche, ils jugent qu'ils apprennent plus efficacement et que le contact avec les patients exerce un effet très stimulant²⁰. La transition n'apparaît pas différente pour des étudiants issus d'un dispositif de type APP par rapport à ceux provenant d'un curriculum traditionnel. Les contenus acquis à l'APP ne sont pas automatiquement transférables au milieu clinique.

Notre analyse de l'externat conduit à reconnaître que la situation à la FMUS est peu différente de ce qui a été décrit ailleurs. La particularité de notre démarche est d'avoir privilégié une approche systémique et globale du problème. Pour une appréciation aussi juste et précise que possible, nous avons souhaité examiner l'externat sous le maximum d'angles. Notre démarche s'est donc effectuée en collaboration avec les principaux acteurs – les étudiants et les enseignants cliniciens –, sans jamais faire abstraction de l'environnement dans lequel l'externat s'inscrit. On ne peut cependant pas exclure que notre démarche ait été compromise par certains biais potentiels. Ainsi, la connaissance du sujet et du milieu par les auteurs revêt des avantages tout en comportant certains risques. Le bénéfice de leur excellente compréhension du milieu de la formation clinique risque éventuellement d'avoir été contrebalancé par l'influence de leurs convictions. L'implication des auteurs dans leur milieu et leurs relations particulières avec les participants peuvent également avoir exercé une certaine influence lors du processus de recueil des données. Enfin, notre étude ne s'adresse qu'à un petit nombre de sujets, n'incluant que des enseignants cliniciens œuvrant en milieu universitaire. Enfin, les résultats de notre analyse n'ont pas fait l'objet d'une validation par les répondants, que ce soit auprès du groupe des étudiants et de celui des enseignants cliniciens.

Notre étude confirme que plusieurs facteurs contribuent au caractère discontinu, aléatoire et momentané de l'externat. Concernant l'organisation curriculaire, l'absence d'objectifs éducationnels explicites est une entrave majeure. Pour un apprentissage optimal dans le milieu de la pratique professionnelle, des cibles de professionnalisa-

tion doivent être clairement définies pour promouvoir l'engagement des apprenants². La construction de compétences est un processus individuel et évolutif¹. Tout en accordant une certaine flexibilité, un parcours de développement professionnel ne doit pas être laissé au hasard mais doit être planifié. Les travaux de Dornan *et al.* confirment l'importance d'établir des objectifs de formation précis pour un apprentissage optimal dans un milieu clinique²¹. L'apprenant doit connaître, au départ, ce qu'on attend exactement de lui. Une éducation axée sur des finalités explicites (*outcome-based education*) s'impose indéniablement dans un long parcours de formation comme l'externat²². Ces objectifs éducationnels sont sans équivoque de l'ordre des compétences. Deux modalités pédagogiques permettant de répondre à cette exigence tout en revêtant un caractère pratique sont relevées dans notre revue des écrits : l'élaboration d'un référentiel de compétences de fin de formation (*competence-based education*) et le développement d'un répertoire de tâches (*task-based learning*)²²⁻²⁴. La formulation de compétences terminales qui définissent des savoir agir démontrables donne une direction et un ton clairs au programme. Cette mission, assumée solidairement et soutenue par tous, favorise également une responsabilité partagée. Divers modèles sont proposés, mais tous se réfèrent à l'ensemble des rôles professionnels^{14, 25, 26, 27}. Quant au répertoire de tâches, il est souvent décrit comme la suite logique de l'apprentissage par problème²⁴. Cette modalité pédagogique établit en premier lieu un répertoire transdisciplinaire des grands syndromes cliniques pertinents pour un externe. Pour chacun des syndromes figurant au répertoire, les entités diagnostiques à connaître et les actions attendues de l'étudiant sont également définies. Cette modalité met l'accent sur la pertinence et contribue à un apprentissage mieux ancré au milieu de la formation clinique. Ce répertoire trace en quelque sorte l'itinéraire de l'externe durant toute sa formation. Tout en étant complémentaires, ces deux modalités concourent au développement d'une réelle plate-forme transdisciplinaire et intégratrice pour l'externat.

Une plus grande imputabilité des milieux de stage est certainement souhaitable. Les milieux de stage jouissent d'une grande autonomie et ils ont peu de comptes à rendre. Un partenariat plus fructueux entre les milieux de formation et la direction de l'externat est forcément requis. Face à la croissance et à l'étalement de son réseau de formation clinique, notre externat doit se rapprocher de ses milieux et mettre en place des modes de communication efficaces. Une révision de la gouvernance s'impose pour relever ce défi tout en consolidant le sentiment d'appartenance à l'externat. Après avoir analysé la perception

En quoi l'externat ne s'acquitte-il pas...

des étudiants et des professeurs à propos de l'enseignement et de l'apprentissage en contexte clinique, Stark propose de renforcer les liens entre les hôpitaux et le dispositif d'externat, en rendant le curriculum plus transparent auprès des étudiants et des enseignants cliniciens, en les intégrant davantage dans les projets de développements curriculaires et en soutenant le développement professoral de ses enseignants cliniciens⁵.

Dans une formation-action, l'évaluation doit aussi répondre à des exigences précises : cohérence avec les objectifs, méthodes évaluatives axées sur la performance, critères de réussite explicites, prépondérance des évaluations formatives, rétroaction de qualité et suivi longitudinal^{8, 28, 29}. L'évaluation vise essentiellement deux grands objectifs dans une formation professionnelle. Le premier est de soutenir le développement des compétences professionnelles, fonction notamment assumée par les évaluations formatives. Le deuxième est de certifier l'acquisition des compétences, ce qui correspond au rôle de l'évaluation sommative. Ces deux types d'évaluation imposent des approches différentes tout en étant complémentaires. L'impact exercé par les pratiques évaluatives sur la nature et la qualité des apprentissages est un phénomène reconnu en pédagogie. Elles ont indéniablement une grande influence sur le comportement et l'engagement des apprenants.

Notre étude confirme la responsabilité prépondérante de pratiques évaluatives inadéquates à l'égard des difficultés rencontrées pendant l'externat. Une évaluation formative de mi-stage souvent escamotée, la rareté des observations directes, des fiches d'évaluation dénaturées, l'emphase sur les connaissances factuelles et un suivi longitudinal déficient ont été particulièrement soulevés par les externes. Cette situation n'est pas propre à notre milieu ; Van Der Vleuten a aussi relevé la piètre qualité de l'évaluation qui prévaut dans le cadre de l'externat⁸. Il est pourtant établi que, dès l'externat, les pratiques évaluatives devraient privilégier la démonstration des compétences dans l'action, c'est-à-dire leurs applications dans des situations de pratique réelles ou simulées (*competence and performance-based evaluation*), de manière à revêtir un caractère authentique, signifiant et stimulant dans la perspective d'une formation professionnelle²⁸. Le développement de compétences complexes exige non seulement une pratique soutenue et délibérée, mais aussi une rétroaction de qualité. Force est pourtant de constater que plusieurs auteurs déplorent de façon convergente à la fois la rareté des moments d'observations directes et de rétroactions de qualité et le déficit d'évaluations formatives durant l'externat^{4, 6, 8}.

Le recours aux patients simulés constitue une grande

avancée dans l'évaluation des compétences. Les ECOS, organisés sous forme de multiples stations faisant appel à différentes situations cliniques, en demeurent la modalité opérationnelle la plus répandue. Ce type d'évaluation est souvent utilisé à des fins sommatives puisqu'il satisfait aux exigences de fidélité et de validité attendues dans cette perspective. Plusieurs variantes sont proposées. Nos étudiants déplorent particulièrement le caractère simpliste et le format trop compartimenté des ECOS en vigueur dans certains départements, ce qui en compromet le sens et l'authenticité. Les ECOS devraient exiger des tâches plus complexes, qui reflètent davantage la réalité de leur pratique. Par ailleurs, le recours à une simple liste de vérification ne permet pas à notre avis d'apprécier à sa juste valeur les subtilités et la finesse de la démarche clinique. Quelques modifications suffiraient pour en rehausser la qualité et pour offrir un défi à la réelle mesure de l'externe. Ce point est d'ailleurs désormais bien documenté dans la littérature²⁹.

La fiche d'évaluation de fin de stage présente plusieurs avantages indéniables. Elle a le mérite de documenter ce que l'externe accomplit véritablement sur le terrain. Elle est fondée sur une certaine période d'observation, pendant laquelle l'externe a pu être confronté à des situations variées. En plus de son faible coût, cette modalité accorde beaucoup de flexibilité, tout en étant facile d'utilisation. Cette fiche d'évaluation est cependant sévèrement critiquée par nos étudiants. Sa valeur est surtout compromise par certaines pratiques. Les difficultés rencontrées lors de l'utilisation quotidienne de cette fiche ont déjà été circonscrites par plusieurs auteurs^{31, 32}.

Nous retenons surtout les longs délais mis pour compléter cette fiche et la perte d'information liée au fait que la contribution de nombreux superviseurs, pourtant régulièrement impliqués auprès des externes, n'est pas sollicitée. Pour les étudiants et les enseignants cliniciens, l'absence de collecte systématique de données sur le terrain et le déficit de supervision directe expliquent le manque de rigueur et le caractère superficiel de cette fiche. L'étude de Maastricht déplorait également le caractère superficiel de ces évaluations finales, tout en précisant que celles-ci s'attardaient rarement à l'analyse des forces et faiblesses du candidat⁷.

Une stratégie d'évaluation combinant plusieurs modalités de recueil d'informations pertinentes est inéluctable si l'on souhaite documenter l'ensemble des compétences professionnelles. Une seule modalité ne peut prétendre évaluer toutes les facettes de la compétence professionnelle. Pour être cohérentes avec les finalités de l'externat, les approches évaluatives qui y sont développées devraient

donc nécessairement recourir à plusieurs modalités distinctes et complémentaires, en s'inscrivant en outre dans une perspective longitudinale. Dans un long parcours de formation, l'apprenant doit connaître à divers moments où il se situe exactement dans son développement professionnel et quels sont les progrès réellement accomplis. Des bilans réguliers sont donc indispensables. Le format parcellaire de l'externat, avec ses multiples stages, contrevient à cette vision intégrée et continue. L'utilisation d'un portfolio permettant de cumuler les différentes modalités évaluatives, s'avère un outil intéressant pour assurer ce suivi longitudinal³³. Son association à un système de mentorat est tenue pour être une mesure d'accompagnement essentielle à l'atteinte de tels objectifs.

Malgré sa force pédagogique apparente, l'environnement clinique de l'externat présente plusieurs limites ou difficultés¹³. La qualité de l'exposition clinique et la lourdeur des tâches retiennent particulièrement notre attention. Le recrutement hospitalier universitaire, largement utilisé aux fins d'enseignement, ne peut actuellement satisfaire les besoins de formation des externes. Cette situation n'est pas unique à notre milieu. Pour exposer les étudiants à une population plus appropriée, plusieurs pistes sont déjà exploitées : le recours au recrutement ambulatoire, le choix privilégié des stages en médecine de famille et dans les spécialités de première ligne et l'implantation de stages dans des centres hospitaliers régionaux. L'accroissement des cohortes d'étudiants et les capacités d'accueil des milieux de stage limitent cependant nos marges de manœuvre. Chaque milieu de stage devra avoir le souci d'exposer les externes à une clientèle mieux adaptée à leurs besoins de formation, en les intégrant à l'ensemble de leurs activités cliniques. Le cantonnement des externes aux unités de soins intrahospitalières n'est plus acceptable.

En dépit de la diversité de l'exposition clinique, une large variation est notée dans les opportunités d'apprentissage^{3, 7, 34, 35}. Cette situation est toutefois inévitable dans le milieu clinique. L'externat n'est que la première étape d'un long entraînement qui se poursuivra en résidence. Parmi les traits qui caractérisent un bon milieu de stage, Riesenberg *et al.* confirment que les étudiants apprécient d'abord qu'on leur confie une réelle responsabilité dans l'évaluation et la prise en charge de leurs patients³⁶. L'opportunité d'évaluer initialement seul un patient et d'en assumer la prise en charge sont les éléments jugés les plus importants. Ils préfèrent apprendre en agissant plutôt qu'être de simples observateurs. Dans la majorité de nos stages, les externes sont des partenaires à part entière avec des tâches et des responsabilités bien définies. Un niveau de responsabilité approprié et une charge de travail adéquate sont

toutefois exigés. Comme pour les résidents, un juste équilibre entre les moments d'action, de réflexion et d'évaluation est essentiel. Les bénéfices tirés des expériences professionnelles peuvent être sérieusement compromis par une charge de travail trop lourde³⁷. Bien que la plupart de nos stages respectent cette condition, les pressions cliniques menacent constamment cet équilibre précaire. Dans leur analyse du stage de chirurgie, le groupe de Maastricht soulève l'importance pour les externes d'être activement impliqués dans les soins auprès des malades, avec un certain nombre de patients sous leur responsabilité et une supervision appropriée⁴. La planification de temps protégé pour l'étude personnelle figurait dans les recommandations de ce même groupe pour limiter les conséquences des horaires chargés du stage en chirurgie. Quant aux activités de faible valeur pédagogique, le temps dévolu aux éternelles attentes figurait en tête de liste. Ce problème est surtout confiné chez nous au système de la garde, les externes étant peu interpellés et collaborant peu avec leurs collègues seniors.

Chez nous, comme ailleurs, la qualité de l'encadrement clinique a été mise à rude épreuve dans nos milieux de formation. L'enseignement et la supervision sont souvent les secteurs qui pâtissent lorsque les pressions cliniques s'accroissent. Le temps d'interaction entre enseignants cliniciens et externes et le temps dévolu à l'enseignement au chevet ont été comprimés. Cette problématique est particulièrement ressentie dans les spécialités chirurgicales. La qualité didactique de l'externat a aussi été remise en question par plusieurs auteurs^{3, 4, 7}. Après avoir sondé plus de 880 externes, l'équipe de l'Université d'Antwerp dresse un piètre bilan de la qualité de l'encadrement pédagogique durant l'externat⁴. La supervision des externes repose principalement sur les résidents juniors. L'observation et la démonstration sont rarement utilisées dans le quotidien. La rétroaction porte généralement sur la présentation et la discussion des cas cliniques et rarement sur la performance de l'externe. Les objectifs et les tâches ne sont que rarement discutés en début de stage avec le superviseur. L'étude de Daelmans *et al.* soutient que l'externat ne remplit pas les conditions requises pour favoriser le développement des compétences³. La supervision a rarement recours à l'observation directe, la rétroaction est surtout donnée par des résidents juniors et l'évaluation se limite strictement à la présentation et à la résolution du cas. À partir de groupes de discussion avec des étudiants qui avaient achevé leurs stages en chirurgie, le groupe de Maastricht confirme également que les étudiants sont rarement observés dans leur démarche, bien que cette expérience soit grandement appréciée par les

En quoi l'externat ne s'acquitte-il pas...

externes. La rétroaction est également globalement déficiente, délivrée sur demande seulement ou provenant le plus souvent du résident⁷. Dans l'étude de Stark, les étudiants soulignaient que l'enseignement clinique portait davantage sur leurs connaissances factuelles que sur leurs habiletés cliniques⁵. L'enseignement clinique était jugé non seulement plus fréquent, mais aussi de meilleure qualité et mieux structuré dans les stages médicaux. Quant à la participation des externes aux soins ambulatoires, les sentiments étaient plutôt partagés. Des espaces physiques inadéquats et des flux excessifs de patients en compromettent malheureusement les retombées.

Les études de Dolmans *et al.* confirment que la qualité de la supervision est le paramètre le plus influent dans l'appréciation d'un stage par les étudiants^{38,39}. Ce paramètre serait même supérieur à la qualité de l'exposition clinique. Une supervision de qualité compenserait aisément une exposition limitée ou peu diversifiée. L'enseignant clinicien assume un rôle très influent dans l'apprentissage de l'externe et dans le développement de son identité professionnelle. Le groupe de Riesenbergs a effectué un sondage évaluant simultanément les caractéristiques du milieu et ceux du précepteur³⁶. Les étudiants et les précepteurs devaient répondre en déterminant l'importance de chacun des points selon une échelle pré-établie. Cette étude a clairement démontré que les caractéristiques liées aux précepteurs prédominaient largement dans l'appréciation de la qualité d'un stage. L'enseignant clinicien cumule simultanément plusieurs fonctions stratégiques (médecin, enseignant, superviseur et évaluateur)⁴⁰. Le développement et le perfectionnement du corps professoral sont, sans aucun doute, des investissements très rentables pour une faculté. Malgré la lourdeur des tâches cliniques, un enseignement efficace et stratégique permet souvent aux enseignants cliniciens de bien s'acquitter de leurs responsabilités^{41,42}. La formation professorale a toujours figuré dans les priorités de la faculté de médecine de Sherbrooke et nous enregistrons avec satisfaction une participation exemplaire aux ateliers de formation dédiés à la supervision clinique.

Conclusion

L'externat, en tant que dispositif de formation médicale, est confronté à plusieurs défis. Sans remettre en cause le bien fondé de cette forme d'apprentissage expérientiel, notre étude atteste que, dans notre institution comme dans beaucoup d'autres facultés de par le monde, plusieurs conditions pour un apprentissage optimal ne sont malheureusement pas satisfaites. Le caractère discontinu, alé-

atoire et momentané de l'externat est particulièrement incriminé. Notre étude confirme d'ailleurs que plusieurs facteurs liés à l'organisation curriculaire, à l'évaluation, à l'environnement clinique et à la qualité de l'encadrement concourent à cette situation. Bien que l'externat s'insère au départ dans un environnement complexe et peu structuré, le recours judicieux à certaines modalités pédagogiques suffirait à rehausser la qualité de l'apprentissage durant cette période de formation. Une approche concertée et intégrée est toutefois indispensable si l'on souhaite atteindre cet objectif. L'inventaire et l'évaluation des principaux facteurs contribuant au caractère morcelé et aléatoire de notre dispositif d'externat nous permettent d'identifier les lignes directrices d'une réforme de la partie clinique de notre curriculum. L'adoption de finalités explicites, le recours à des modalités d'évaluation en congruence avec les objectifs de formation, une prépondérance accrue des évaluations formatives basées sur l'observation directe et accompagnées d'une rétroaction de qualité et enfin l'implantation d'un monitoring longitudinal sont notamment des pistes à privilégier. Une exposition clinique appropriée aux besoins de formation des externes s'avère aussi un défi important à relever. En dépit des pressions cliniques sur le terrain, la faculté doit promouvoir un encadrement clinique de qualité en continuant à miser sur le perfectionnement professoral. L'enseignement clinique doit aussi bénéficier d'une reconnaissance comparable à celle accordée aux autres tâches professorales. Enfin, l'externat doit tout mettre en œuvre pour établir une collaboration efficace avec tous les partenaires de son réseau d'hôpitaux affiliés.

Remerciements

Les auteurs remercient particulièrement le Dr Daniel B. Ménard pour la révision du document et ses précieux conseils, ainsi que les professeurs et les étudiants qui ont participé avec enthousiasme à cette étude.

Contributions

Serge Langevin a procédé à la recherche documentaire et à la rédaction initiale du manuscrit. René Hivon a procédé à la révision et à la correction de la première version du manuscrit. Les deux auteurs ont effectué solidairement le recueil des données et leur analyse.

Références

1. Tardif J. *Pour un enseignement stratégique : l'apport de la psychologie cognitive*. Montréal : Les Éditions Logiques, 1997.
2. Le Boterf G. *L'ingénierie des compétences*. Paris : Édition d'Organisation, 1998.
3. Daelmans HEM, Hoogenboom RJI, Donker AJM, Scherpbier AJJA, Stehouwer CDA, Van Der Vleuten CPM. Effectiveness of clinical rotations as a learning environment for achieving competences. *Medical Teacher* 2004;26:305-12.
4. Remmen R, Denekens J, Scherpbier A, Hermann I, Van der Vleuten C, Van Royen P et al. An evaluation study of the didactic quality of clerkships. *Med Educ* 2000; 34:460-4.
5. Stark P. Teaching and learning in the clinical setting: a qualitative study of the perception of students and teachers. *Med Educ* 2003;37:75-82.
6. Van der Hem-Stokross HH, Daelmans H, Van der Vleuten C, Haarman H, Scherpbier A. A qualitative study of constructive clinical learning experiences. *Med Teach* 2003;25:120-6.
7. Van der Hem-Stokross HH, Scherpbier AJJA, Van der Vleuten CPM, De Vries H, Haarman HJTHM. How effective is a clerkship as a learning environment? *Med Teach* 2001;23:608-13.
8. Van der Vleuten C, Scherpbier A, Dolmans D, Schuwirth L, Verwijen G, Wolphagen H. Clerkship assessment assessed. *Med Teach* 2000;22:592-600.
9. Board P, Mercer M. A survey of the basic practical skills of final year medical students in one UK medical school. *Med Teach* 1998;20:104-8.
10. Moercke AM, Eika B. What are the clinical skills levels of newly graduated physicians? Self-assessment study of an intended curriculum identified by a Delphi process. *Med Educ* 2002;36:472-8.
11. Remmes V, Sinisaari I, Harjula A, Helenius I. Emergency procedure skills of graduating medical doctors. *Med Teach* 2003;25:149-54.
12. Ringsted C, Schroeder TV, Henriksen J, Ramsing B, Lyngdorf P, Jossen V et al. Medical students experience in practical skills is far from stakeholders' expectations. *Med Teach* 2001;23:412-6.
13. Spencer J. ABC of learning and teaching in medicine. Learning and teaching in the clinical environment. *BMJ* 2003;326:591-4.
14. *Le cadre des compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins*. Ottawa. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
15. Chamberland M. Les séances d'apprentissage au raisonnement clinique. (ARC) *Ann Med Interne* 1998;149:479-84.
16. Gibbs A. Focus Groups. *Social Research Update*. Department of sociology. University of Surrey, 1997. [On-line] Disponible sur : <http://www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU19.html>
17. Firth J. Levels and sources of stress in medical students. *BMJ* 1986;15:377-82
18. Radcliffe C, Lester H. Perceived stress during undergraduate medical training: a qualitative study. *Med Educ* 2003;37:32-8.
19. Moss F, McManus IC. The anxieties of new clinical students. *Med Educ* 1992;26:17-20.
20. Prince KJAH, Boshuisen HPA, Van der Vleuten CPM, Scherpbier AJJA. Students' opinion about their preparation for clinical practice. *Med Educ* 2005;9:704-12.
21. Dornan T, Hadfield J, Brown M, Boshuisen H et Scherpbier A. How can medical students learn in a self directed way in the clinical environment? Design-based research. *Med Educ* 2005;39:356-64.
22. Harden RM. Learning outcomes and instructional objectives: Is there a difference? *Med Teach* 2002;24:151-5.
23. Harden RM. Developments in outcome-based education. *Med Teach* 2002;24:117-9.
24. Harden RM, Crosby J, Davis MH, Howie PW, Struthers AD. Task-based learning: the answer to integration and problem based learning in the clinical years. *Med Educ* 2000;34:391-7.
25. Simpson JG, Furnace J, Crosby J, Cumming AD, Evans PA, Friedman M et al. The Scottish doctor-Learning outcomes for the medical undergraduate in Scotland: a foundation for competent and reflective practitioners. *Med Teach* 2002;24:136-43

26. Smith SR, Dollase R. Outcome-based education. AMEE Education guide No 14 part 2: Planning, implementing and evaluating a competency-based curriculum. *Med Teach* 1999;21:15-22.
27. Schwarz R M et Wojtczak A. Global minimum essential requirements: a road towards competence-oriented medical education. *Med Teach* 2002;24:125-9
28. Huba M E, Freed JE. *Learner-centered assessment on college campus: Shifting the focus from teaching to learning*. Needham Heights (MA): Allyn & Bacon, 2000.
29. Holmboe ES, Hauskin RE. Methods for evaluating the clinical competence of residents in internal medicine: A review. *Ann Intern Med* 1998;129:42-8.
30. Regehr G, MacRae H, Reznick RK. Comparing the psychometric properties of checklists and global rating scales for assessing performance of an OSCE-format examination. *Acad Med* 1998;73:993-7
31. Spike N, Alexander H, Elliot S, Haslet C, Kilminster S, Prideaux D, Robert T. In-Training assessment- Its potential in enhancing clinical teaching. *Med Educ* 2000;34:858-61.
32. Turnbull J, Van Barneveld C. Assessment of clinical performance: In-training evaluation. In : G. Norman, CPM van der Vleuten, DI Newble (Eds). *International Handbook of Research in Medical Education*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2002;163-203.
33. Friedman-Ben David M, Davis M H, Harden R M, Howie PW, Ker J et Pippard MJ. AMEE Medical Education Guide no. 24: Portfolio as a method of medical student assessment. *Med Teach* 2001;23:535-51.
34. Raghoobar-Krieger HMJ, Sleijfer DT, Hofstee WKB, Kreeftenberg HG, Bender W. The availability of diseases for medical students in a university hospital. *Med Teach* 2001;23:258-62.
35. Gruppen LD, Wisdom K, Anderson DS, Woolliscroft JO. Assessing the consistency and educational benefits of students' clinical experiences during an ambulatory care internal medicine rotation. *Acad Med* 1993;68:674-80.
36. Riesenber LA, Biddle WB et Erney S. Medical student and faculty perceptions of desirable primary care teaching site of characteristics. *Med Educ* 2001;35:660-5.
37. Pinney SJ. Experiential learning in residency training: A case study of a resident's workload. *Annals RCPSC* 2002;35:357-60.
38. Dolmans DHJM, Wolfhagen HAP, Essed GGM, Scherbpier AJJA, Van der Vleuten CPM. Students' perceptions of relationship between some educational variables in the out-patient setting. *Med Educ* 2002;36:735-41.
39. Dolmans DHJM, Wolfhagen IHA P, Essed GGM, Scherbpier AJJA, Van der Vleuten CPM. The Impacts of supervision, patient mix, and numbers of students on the effectiveness of clinical rotations. *Acad Med* 2002;77:332-5.
40. Parsell G, Bligh J. Recent perspectives on clinical teaching. *Med Educ* 2001;35:409-14.
41. Howe A. Professional development in undergraduate medical curricula-the key to the door of a new culture? *Med Educ* 2002;36:353-9.
42. Rolfe IE, Sanson-Fisher RW. Translating learning principles into practice: a new strategy for learning clinical skills. *Med Educ* 2002;36:345-2.

Manuscrit reçu le 8 février 2006 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 22 août et le 15 décembre 2006 ; accepté pour publication le 28 décembre 2006.