

Université de Montréal

Premières expériences cliniques en formation médicale
Entre éthique clinique et pédagogie médicale

Par

Marie-Hélène Quesnel-Olivo

Faculté de médecine

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de M. Sc.
en Sciences biomédicales, option éthique clinique

Décembre 2019

© Marie-Hélène Quesnel-Olivo, 2019

Université de Montréal

Faculté de médecine

Ce mémoire intitulé

Premières expériences cliniques en formation médicale

Entre éthique clinique et pédagogie médicale

Présenté par

Marie-Hélène Quesnel-Olivo

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Nathalie Gaucher

Président-rapporteur

Amélie DuPont-Thibodeau

Directeur de recherche

Julie Cousineau

Codirecteur

Djahanchah Philip (Sacha) Ghadiri

Membre du jury

Résumé

La nature éthique intrinsèque de la pratique médicale procure à l'éthique clinique une place essentielle dans le cursus des étudiants au doctorat en médecine. La faculté de médecine de l'Université de Montréal a donc récemment introduit des ateliers de discussion et d'écriture sur des situations complexes vécues pendant les premiers stages d'externat.

Ce projet de maîtrise consiste en une analyse thématique des textes rédigés par les étudiants. Nous avons ainsi répertorié les principaux enjeux éthiques rapportés, en avons fait un portrait quantitatif et nous avons analysé ce que provoquait le vécu de ces situations complexes chez les étudiants grâce à l'interrogation des passages narratifs de leurs récits.

Les étudiants sont confrontés à des situations complexes liées à la communication, au consentement et à l'autonomie des patients, à la justice ou encore à la déontologie. Une proportion significative des enjeux décrits sont spécifiques à leur statut d'étudiant, c'est-à-dire ceux liés à l'apprentissage et à l'autorité. Nous avons également documenté que leur vécu des situations se traduit par des sentiments et de l'émotivité, par l'adoption d'une posture critique sur les événements, des descriptions du rôle qu'ils ont joué, des propositions et solutions ainsi que des réflexions sur l'impact qu'on eues sur eux ces situations.

Nos résultats démontrent que le rôle de l'externe dans le milieu hospitalier demeure très hiérarchique, ce qui est à la source de plusieurs situations complexes et influence leur vécu et leur façon de réagir à celles-ci. Nos constats suggèrent que les thèmes répertoriés ainsi que la façon dont les étudiants en discutent sont en partie le reflet de la formation reçue, qui contribue notamment à l'omniprésence du souci pour le meilleur intérêt du patient retrouvé dans les vignettes. Finalement, l'introspection générée par la rédaction de tels travaux est d'une grande richesse pour la formation éthique, professionnelle et personnelle des étudiants. Il est essentiel de continuer à s'intéresser aux enjeux éthiques spécifiques aux étudiants, d'être sensibles à la détresse qu'ils peuvent engendrer et de provoquer davantage de situations de discussions de nature éthique pendant et après la formation.

Mots-clés : Éthique clinique, pédagogie médicale, curriculum caché, détresse morale, éthique narrative, cursus médical, externat

Abstract

The intrinsic ethical nature of medical practice makes clinical ethics an essential part of the medical school curriculum. The Faculty of medicine of the University of Montréal has recently introduced discussion and writing workshops on complex situations experienced by students during their first clinical rotations.

This project is a qualitative thematic analysis of the students' writings. We have listed the main ethical issues retrieved, have reported them quantitatively and have analyzed what was experienced by students while going through these complex situations by focusing on narrative passages of their stories.

Students face ethical dilemmas related to communication, consent and autonomy of patients, justice or deontology. A significant proportion of the issues are specific to their student status, namely issues related to learning and authority. We have also documented that their personal experiences with complex situations are conveyed by discussion about feelings and emotions, by adopting a critical stance on events, by naming the role they have played in the case, by putting forth solutions, and by reflecting on the impact that these situations have had on them.

Our results show that the students' status in hospitals remains very hierarchical, which entails several complex situations and influences their experience and how they react to them. Our findings suggest that the themes identified and the way in which the students discuss them partly reflect their medical education, which among others stands for the universal concern for patients' best interest observed through their works. Finally, the introspection generated by such narratives is of great interest for students' ethical, professional and personal growth. It is important that students' specific ethical dilemmas and the distress they can engender remain an ongoing concern, and we need to make even more room for ethical discussions and writings during and after medical training.

Keywords : Clinical ethics, medical education, hidden curriculum, moral distress, narrative ethics, medical curriculum, clerkship

Table des matières

Résumé.....	5
Abstract.....	7
Table des matières.....	9
Liste des tableaux.....	15
Liste des sigles et abréviations.....	19
Remerciements.....	23
Chapitre 1 – Introduction.....	25
L'émergence de l'éthique clinique.....	25
La médecine comme pratique fondamentalement éthique.....	27
La formation médicale et la place de l'éthique clinique.....	29
Le parcours médical et éthique d'un étudiant en médecine de l'Université de Montréal.....	32
L'éthique et le contexte spécifique de l'externat.....	36
Les enjeux étudiants dans la littérature.....	37
Pertinence de l'étude.....	41
Chapitre 2 – Méthodologie.....	45
Contexte de l'étude.....	45
Description des ateliers d'éthique.....	46
Consentement et éthique.....	47
Description du matériel à l'étude.....	48
Questions de recherche.....	49
Approche méthodologique.....	50
Narrativité.....	50

Approche par méthodes mixtes.....	51
Analyse thématique de contenu	52
Codage à partir d'un cadre conceptuel – première question de recherche.....	53
Codage par écho analogique – deuxième question de recherche.....	54
Spécifications sur le codage	55
Accord inter-juges	55
Posture de la chercheure	56
Chapitre 3 – Résultats	57
Récurrence des thèmes.....	57
Codes techniques	61
Lexique	63
Enjeux éthiques	63
Communication	63
Communication rude, inadéquate	63
Ne pas s'assurer de la compréhension	64
Communication centrale pour désamorcer ou régler une situation	64
Manque d'empathie.....	64
Vérité, mensonge	65
Annonce de mauvaise nouvelle	65
Communication avec l'externe	65
Langue	66
Autres	66
Meilleur intérêt du patient.....	67
Optimiser les soins	67

Ne pas nuire	67
Autonomie, consentement	68
Déontologie du patron	69
Responsabilité légale du patron.....	70
Jugement, moqueries.....	70
Comportement déplacé	71
Agir à l'encontre du consentement.....	71
Confidentialité.....	71
Facturation	72
Autres	72
Enjeux d'apprentissage	73
Manque de connaissances ou de compétences	73
Inconfort par rapport à la hiérarchie	73
Définition du rôle de l'externe	74
Apprentissage versus patient.....	74
Autres	75
Justice	75
Traitement discriminatoire basé sur un jugement	76
Questionnements sur l'utilisation judicieuse des ressources.....	76
Influence des contraintes de temps sur les soins	76
Manque de couverture d'assurance	77
Autres	77
Autorité	78
Intimidation.....	78

Opinion peu considérée	78
Impact sur l'évaluation.....	79
Fonctionnement hiérarchique	79
Faire poser des gestes à l'externe.....	80
Conflits par rapport au cas médical	80
Pluralisme des valeurs.....	80
Menant à un désaccord sur les soins	81
Valeurs patron versus patient/famille	81
Confrontation aux valeurs du patient.....	81
Enjeux de système.....	82
Pression de productivité.....	82
Ressources limitées	82
Confidentialité compromise.....	82
Partage de l'information	83
Continuité, discontinuité.....	83
Changement de stage.....	83
Changement d'équipe, avis différents	83
Cas médicalement complexe	84
Comportement problématique du patient.....	84
Attitude menaçante, de confrontation	85
Exhibitionnisme, attitude à caractère sexuel.....	85
Gestes à l'encontre des directives médicales	85
Autres	85
Narratif	86

Posture critique	86
Appropriation au <i>je</i>	87
Sentiments, émotivité	87
Propositions, solutions	88
Action posée, rôle de l'étudiant	88
Impact de la situation	89
Contenu des codes narratifs	89
Action posée, rôle de l'étudiant	90
Soutien au patient	90
Communication	91
Faire de son mieux	92
Impact de la situation	93
Prises de conscience	94
Consolidation de valeurs	95
Impact sur le comportement futur	95
Grandir en tant que futur médecin	96
Impact des ateliers	98
Posture critique	98
Proposition, solutions	100
Solutions concrètes à des problèmes particuliers	101
Prise en charge optimale et bonnes pratiques	101
Comportements et attitudes	102
Retour sur leur propre rôle	102
Sentiments, émotivité	103

Chapitre 4 – Discussion	107
Des enjeux qui traversent le temps	108
Le rôle de l’externe.....	109
L’impact de la formation	116
La place centrale du patient.....	119
L’impact de l’impact des situations.....	121
Forces et limites de l’étude	123
Matériel disponible	124
Biais liés au contenu des textes	124
Biais liés au choix des situations	125
Critères de scientificité.....	126
La singularité de l’étude	128
Chapitre 5 – Conclusion.....	131
Références bibliographiques.....	135
Annexes	143
Annexe 1 – Formulaire de consentement.....	143
Annexe 2 – Approbation comité d’éthique.....	147
Annexe 3 – Instructions pour la rédaction de la vignette	149
Annexe 4 – Exemple de l’espace de codage sur NVivo.....	150

Liste des tableaux

Tableau 1 – Thèmes retrouvés dans le corpus et leur récurrence	58
Tableau 2 – Spécialités médicales dans lesquelles se déroulent les vignettes.....	62

Liste des sigles et abréviations

BEC : Bureau de l'éthique clinique

DCPP : Direction collaboration et partenariat patient

IDC : Introduction à la démarche clinique

IMC : Introduction à la médecine clinique

ECOS : Examen clinique objectif structuré

UdeM : Université de Montréal

« Étudiants » et « externes » : seront utilisés ici pour désigner un même groupe, c'est-à-dire les étudiants en médecine en troisième et quatrième année qui complètent leur externat, soit les deux années de stages en milieux hospitaliers du doctorat de premier cycle en médecine.

*Si votre quotidien vous apparaît pauvre, ne l'accusez pas.
Accusez-vous vous-même de ne pas être assez poète pour
appeler à vous ses richesses.*

Rainer Maria Rilke

Remerciements

D'abord, Amélie et Julie, mes si incroyables directrices de maîtrise, je ne vous remercierai jamais assez. J'ai une reconnaissance infinie envers votre support pendant tout le processus entourant ce projet. Ç'aura été, au-delà d'un travail universitaire tellement enrichissant, une aventure humaine plus intense qu'attendue, mais à travers laquelle j'ai appris beaucoup sur moi-même. Merci pour votre flexibilité et votre expertise incomparables, merci d'avoir cru en moi jusqu'à la dernière seconde et surtout, merci pour votre amitié.

Merci à Claude-Julie, sans qui le développement de toute cette méthodologie n'aurait pas été possible. Merci de m'avoir fait découvrir plus intimement le vaste monde de la recherche qualitative et la beauté de ton approche humaine des données humaines avec lesquelles nous avons la chance de travailler. Je replongerai assurément dans ce monde à nouveau.

Merci à Antoine et à toute l'équipe du Bureau de l'éthique clinique; vous m'avez fait découvrir un domaine merveilleux que tous gagnent à connaître. J'en ressors avec une soif d'apprentissages que la maîtrise en éthique clinique a éveillée encore davantage. J'en garde une sensibilité tellement plus grande et espère pouvoir exporter et perpétuer votre exemple précieux d'un réel travail interdisciplinaire, réellement au service des patients, des soignants et de la société.

Qu'aurais-je fait sans ma mère, pilier vital de toutes les étapes de ma vie et de mes accomplissements, petits et plus grands. Merci de m'avoir soutenue sans relâche, sans jugement, sans ménager ton temps, tes conseils, ton affection. Una piedra menos. Mil gracias. Merci à mon père, sache que ton soutien inconditionnel et ton regard bienveillant ont toujours été une source de force. Merci sœur d'être devenue une acolyte si précieuse, de m'inspirer, de me faire sortir de mon monde et découvrir le tien une réalisation à la fois.

Finalement, merci Mathieu de partager mon quotidien. Il est là notre bonheur. Merci de m'enseigner par chacun de tes gestes, de tes paroles et de tes mains posées sur une épaule comment on prend soin des autres, pour vrai. Je suis infiniment chanceuse que la vie ait mis sur mon chemin un cœur grand comme le tien. C'est pour toi et pour tout ce qui est à venir ensemble.

Chapitre 1 – Introduction

L'émergence de l'éthique clinique

La pratique médicale s'est grandement complexifiée dans les dernières décennies, ne répondant plus uniquement d'une logique biologique et scientifique, mais se mêlant également aux questions sociales et politiques. C'est dans cette pratique contemporaine rapidement évolutive que sont actuellement formés les médecins de demain, inévitablement confrontés à une foule de questions éthiques de natures diverses. L'éthique comme dimension indissociable de la pratique médicale doit certes intégrer de plus en plus de dimensions, mais c'en est aussi une qui a transcendé les siècles. Les implications humaines et morales d'une relation de soins sont considérables, ce qui s'est accompagné à plusieurs époques d'une volonté de baliser les actions de ceux qui œuvrent en santé.

Le serment du très célèbre Hippocrate, dont les écrits ont donné lieu à ce qu'on appelle même *tradition* hippocratique, témoigne bien de cette implication, son impact historique majeur ne pouvant être ignoré. Bien que l'interprétation, l'application et la vision de celui-ci aient grandement changé au fil des ans, le principe du serment a été abondamment repris dans le monde médical occidental. Certaines des grandes lignes énoncées dans ce texte mythique constituent encore des bases de la pratique et se retrouvent dans différents serments prononcés à travers le monde par les médecins, tels que le respect du secret professionnel et l'obligation de ne pas nuire au patient. Au-delà de ce seul serment, le principe de « code » professionnel, ou de code d'éthique, a traversé pratiquement tous les âges et toutes les cultures comme forme de régulation morale du comportement d'un professionnel (Sugarman & Sulmasy, 2010).

Bien que leur pratique fût plus ou moins strictement balisée par ces préceptes éthiques, les médecins pratiquaient de façon relativement indépendante jusqu'à une époque beaucoup plus récente. Ce n'est qu'au milieu du XXe siècle, au sortir des grands bouleversements historiques qu'ont été, notamment, les guerres mondiales, qu'une volonté sociale plus large de réguler les pratiques médicales a émergé. La découverte des abus ayant eu lieu dans le domaine de la

recherche médicale pendant la Deuxième Guerre mondiale a été une des sources de grandes discussions sur la nature et la régulation de la recherche biomédicale¹. Des découvertes comme celles dans le domaine de la génétique, ouvrant sur des possibilités scientifiques autrefois inimaginables, ont contribué aux inquiétudes à l'origine de la bioéthique. Le terme « bioéthique » paraît d'abord dans un article du biologiste américain Van Rensselaer Potter en 1970 :

« Frappé par le développement exponentiel des connaissances scientifiques (notamment biologiques) et le retard de la réflexion nécessaire à leur utilisation, [il] appelle à la création d'une nouvelle science – une science de la survie – qui repose sur l'alliance du savoir biologique (bio) et des valeurs humaines (éthique). » (Durand, 2005)

Ainsi, parallèlement à la science qui se développe à un rythme fulgurant, les hôpitaux et la technicisation des pratiques de soins prennent aussi de plus en plus de place et la médecine des données probantes s'impose peu à peu comme seule vérité. Plusieurs ont de ce fait commencé à dénoncer une déshumanisation de la médecine, ce qui prendra part active dans le développement de la bioéthique (Doucet & Dion-Labrie, 2011). À cette époque de grands avancements biomédicaux a donc lieu « toute une réflexion fondamentale sur la biomédecine, la société et le devenir de l'humanité » et cette nouvelle discipline s'inscrit dans ce contexte nouveau de « transformations de la vie humaine qu'entraîne le développement biomédical » (Doucet, 2010).

La bioéthique a toutefois été développée principalement par des théoriciens – surtout des philosophes et des théologiens, à l'époque – et s'est en grande partie intéressée à la régulation des pratiques biomédicales. Son application concrète au contexte clinique a rapidement été remise en question et c'est notamment du besoin de mieux encadrer les pratiques de soins de plus en plus complexes qu'est née l'éthique clinique. On classifie communément l'éthique clinique comme une des branches principales de la bioéthique, dont découlent également ses autres champs d'application que sont l'éthique de la recherche et l'éthique des politiques de santé. Puisqu'il existe non seulement des impacts directs pour le patient, mais aussi des

¹ En 1947 était adopté et publié le code de Nuremberg, balisant la recherche impliquant des sujets vivants. Il est l'une des références historiques principales en matière de bioéthique et surtout d'éthique de la recherche. (FRQSC, 2019)

implications politiques, économiques et organisationnelles pour chaque décision prise dans le domaine de la santé, celles-ci exigent une réflexion constante et intégrative. L'éthique clinique aspire donc à fournir des approches, ou encore des outils, pour naviguer le plus adéquatement possible dans cet univers de soins au centre duquel s'articule une relation humaine avec le patient. Elle constitue, comme exprimé par Jean-François Malherbe, « l'art de discerner l'action la plus humanisante parmi toutes les actions possibles dans une situation donnée » (Payot & Janvier, *Éthique clinique : un guide pour aborder la pratique*, 2015, p. 236). Développée plutôt récemment comme discipline plus circonscrite et à part entière, notamment par des médecins qui voyaient là une manière de se réapproprier une éthique davantage particulariste et applicable au contexte spécifique à chaque patient (Duhamel, 1998), l'éthique clinique fait néanmoins partie intégrante de la pratique médicale et est essentielle à une médecine de qualité telle qu'entendu de façon contemporaine. Elle n'est pas uniquement le fait des théoriciens et des éthiciens, mais fait inévitablement partie du quotidien de tout clinicien.

La médecine comme pratique fondamentalement éthique

Dans la tradition hippocratique, on constate déjà que la médecine est considérée comme une pratique foncièrement éthique. Plusieurs aspects participent à cette nature, dont sa composante relationnelle. La médecine peut en effet difficilement se penser en dehors d'une relation entre un soignant et un soigné, où s'inscrivent donc nécessairement vulnérabilité tout comme relation de pouvoir. Cette asymétrie fondamentale entre un patient fragilisé et un professionnel détenant les connaissances et compétences pour lui venir en aide, pour diminuer sa souffrance (Fortin, 2015), est probablement un des éléments les plus cruciaux lui conférant cette nature éthique intemporelle. C'est par ailleurs au sein d'une relation entre deux êtres humains que se prodiguent ces soins et où la qualité relationnelle est excessivement importante. LeBreton disait en 2010 à ce propos que « la médecine est une relation thérapeutique où le praticien lui-même se prescrit dans la mesure où sa présence est déjà thérapeutique indépendamment des soins qu'il prodigue. » (LeBreton, 2010). Plusieurs recherches récentes établissent d'ailleurs une réelle association positive entre une relation thérapeutique de qualité et le bien-être du patient en termes, par exemple, de diminution des symptômes (Leibowitz, Hardebeck, Parker Goyer, &

Crum, 2018), et un grand pan de la littérature en éthique clinique et en pédagogie médicale s'intéresse à tout ce qui entoure la relation patient-médecin.

Les difficultés éthiques de la pratique médicale émanent aussi du pluralisme culturel et moral ambiant auquel les médecins sont inévitablement confrontés, surtout en centres urbains. À Montréal, où environ 30 % de la population est née hors pays, les situations où les différences culturelles comptent parmi les éléments influençant la prise de décisions cliniques font partie du quotidien. Au-delà d'une négociation entre soignant et soigné dans une relation de « décision partagée » ou de « partenariat », il est souvent question d'une rencontre plus nuancée entre individus se distinguant non seulement par leur statut de médecin et de patient, mais parce qu'ils sont porteurs de différents vécus, contextes, pouvoirs, valeurs, etc. (Fortin, 2013)

Tel qu'abordé précédemment, les difficultés éthiques découlent de la croissance exponentielle de connaissances et de possibilités techniques et thérapeutiques. En plus de ces avancées, notre compréhension même de la santé et de la maladie a grandement évolué, se raffinant grâce à des concepts tels que les déterminants de la santé. Ainsi, l'impact que peuvent avoir sur la santé les environnements sociaux et économiques, par exemple, est maintenant de plus en plus étudié et ancré dans notre conception de la médecine, mais rend l'évaluation clinique et les trajectoires de soins de plus en plus complexes. On ne saurait non plus passer sous silence l'influence du pouvoir social accordé aux médecins comme faisant partie de ce qui confère à la médecine son caractère éthique. Même s'ils sont avant tout des cliniciens, les médecins sont aussi appelés à se prononcer sur l'organisation du système de santé alors qu'on leur réserve, par exemple, des postes sur les différents comités hospitaliers. Ces enjeux se complexifient et résultent, entre autres, des transitions épidémiologiques comme celles liées au vieillissement de la population, aux changements environnementaux et aux enjeux économiques. De tels changements sont non seulement d'ordre technique, mais également éthique, les valeurs sous-tendant le système de santé étant fondamentales au sein d'une société, et ce, surtout lorsqu'en présence d'un système public qui confère à la santé le statut de droit (Contandriopoulos, 2003).

La formation médicale et la place de l'éthique clinique

Du fait de l'émergence récente de la bioéthique, puis de l'éthique clinique, l'intégration de ces notions aux curriculums médicaux est également chose nouvelle. Sans entrer dans les détails de l'historique des formations en éthique dans les facultés de médecine, notons qu'il y a eu une grande variabilité dans l'intégration de cette discipline à la formation. C'est ce qui se dégage des principales études récentes sur le sujet au Canada et aux États-Unis (Eckles, Meslin, Gaffney, & Helft, 2005) (Miles, Lane, Bickel, Walker, & Cassel, 1989). Ainsi, c'est à partir des années 1970 qu'on a vu apparaître les premiers cours d'éthique – ceux-ci pouvaient prendre la forme de cours à part entière, en éthique ou bioéthique, ou encore étaient intégrés à d'autres cours, par exemple à ceux consacrés à l'introduction à la médecine clinique. Plusieurs des premières formations utilisaient à titre d'exemple les grandes œuvres littéraires dans le but d'intégrer les sciences humaines à médecine et participer à cette humanisation dont le besoin se faisait sentir (Doucet & Dion-Labrie, 2011). Certaines facultés de médecine offraient ce type de formation en option, d'autres comme cours obligatoires; certaines l'offraient pendant les premières années de formation seulement, d'autres pendant tout le cursus médical. Par ailleurs, on constate que de façon générale, la formation reçue avant les années 1990 était essentiellement théorique et portait sur les grands principes philosophiques et moraux. Ceci s'inscrivait dans une logique d'apprentissage qui, de façon semblable à la formation proprement médicale de cette époque, était plus décontextualisée de la pratique clinique qu'elle ne l'est aujourd'hui. Puis, tout comme l'éthique clinique a contribué à recentrer le débat sur l'utilisation pratique de concepts moraux et sur la résolution concrète des dilemmes cliniques, la formation en éthique s'est graduellement intéressée au contexte clinique, plus spécifiquement au contexte d'apprentissage dans lequel évoluent les étudiants.

C'est en 1993 que Feudtner et Christakis publiaient un des premiers articles sur les enjeux éthiques vécus par les étudiants en médecine. Leur faculté avait alors instauré un cours d'éthique qu'ils ont qualifié d'« innovant », où les étudiants avaient eu à soumettre des récits écrits de situations rencontrées pendant leur stage de médecine interne qui comportaient une dimension éthique (Christakis & Feudtner, 1993). L'année suivante était publié un des articles les plus cités en éducation médicale à ce jour, où Hafferty et Franks introduisaient le concept de curriculum

caché. Bien que des auteurs des domaines de la sociologie et de l'éducation en faisaient déjà mention depuis les années 1960 (Haffery & O'Donnell, 2014, p. 11), c'est grâce à cet article qu'une prise de conscience propre au monde médical s'est opérée. On commence donc à réaliser l'ampleur de l'influence de ce qui s'apprend hors du curriculum formel mis en place par les facultés de médecine et à mieux comprendre la dynamique menant à l'intégration de comportements qui ne sont pas toujours ceux enseignés et ceux qu'on souhaiterait observer chez les cliniciens. L'apprentissage médical est désormais bien reconnu comme étant en bonne partie le fait d'un processus d'intégration d'une culture :

« [...] Medical training at root is a process of enculturation, and that in transmitting normative rules regarding behaviour and emotions to its trainees, the medial school functions as a moral community. » (Hafferty & Franks, 1994)

Le curriculum caché, avec l'apprentissage du professionnalisme, est l'un des concepts les plus influents des dernières décennies en éducation médicale. Plusieurs définitions sont proposées dans la littérature. On peut le comprendre comme une force d'influence sur les apprentissages qui peut se manifester à différents niveaux, soit institutionnel-organisationnel (ou sous la lunette du domaine des politiques; c'est aussi dans ce champ d'application que l'a initialement décrit Hafferty), interpersonnel-social (domaine de la sociologie), contextuel-culturel (domaine de l'anthropologie) ou motivationnel-psychologique (domaine de la psychologie) (Lawrence, et al., 2018). Les étudiants, lorsqu'exposés au monde concret de la médecine, apprennent donc divers comportements et attitudes qui leur sont transmis par des mécanismes plus ou moins dissimulés dans ces interactions avec le milieu médical, facultaire, avec les patrons, les collègues, les patients, etc.

Ces constats sur le contexte d'apprentissage ont contribué à alimenter la recherche en éducation médicale, les chercheurs et les enseignants s'étant aussi intéressés à plusieurs aspects de l'enseignement de l'éthique clinique. Des questions entourant le pourquoi de ce type de formation, à comment l'intégrer au curriculum médical et sous quelle forme, et à comment évaluer les retombées ont fait l'objet de nombreux papiers. Sachant que la plasticité neuronale permet encore aux étudiants en médecine d'être influencés à leur entrée en médecine, nonobstant les valeurs et attitudes déjà acquises, il est légitime de vouloir agir sur la formation

de ceux qu'on voudrait voir devenir des cliniciens avec un haut sens moral (Hundert, 1996). Ce n'est pas qu'en choisissant des êtres humains qu'on juge comme ayant un sens éthique plus grand lors des entrevues d'admission en médecine qu'il sera possible d'y parvenir (St. Onge, 1997). On définit cette finalité généralement acceptée comme une formation en éthique qui parviendra à former des médecins vertueux – empathiques, fiables, dédiés au bien-être du patient – et capables d'analyser et de réagir à la complexité et à l'incertitude. Finalement, malgré que quelques outils aient été proposés, il est toujours difficile de mesurer l'impact des cours d'éthique de façon objective (Wong & Cheung, 2003) (Eckles, Meslin, Gaffney, & Helft, 2005) (Campbell, Chin, & Voo, 2007).

Néanmoins, l'importance de l'éthique dans la formation médicale n'est certainement pas remise en question et c'est bien au contraire un champ qui continue de susciter beaucoup d'intérêt. De plus, sa place n'est plus à faire puisque depuis au moins une quinzaine d'années, on peut affirmer que toutes les facultés de médecine du Canada et des États-Unis se sont dotées d'un curriculum en éthique. Derrière la mise en place des objectifs et des méthodes d'évaluation qui accompagnent ces curriculums se trouve toute une littérature en constante évolution, dont seulement quelques aspects ont été abordés. Ainsi, plusieurs paradigmes pédagogiques se sont déjà succédé, les formations s'étant inspirées dans les dernières années des modèles déontologiques, des modèles principistes, ou encore des modèles plus narratifs (Aiguier, 2017). Aujourd'hui, de façon plus intégrative, le but de ces formations tend plutôt à vouloir « éveiller les (futurs) professionnels de santé aux enjeux contemporains du soin et de leur permettre de développer une pratique de soin conscientisée, critique et responsable via une démarche d'analyse réflexive de situations-problèmes réelles qu'ils ont eux-mêmes vécues. » (Aiguier, 2017). À l'image de l'exercice de rédaction de cas vécus par les étudiants sur lequel Christakis et Feudtner ont publié en 1993, la plupart des formations actuelles se servent effectivement de ce genre de situations-problèmes pour construire leurs formations d'éthique. On constate que l'influence de l'éthique narrative, dont il sera davantage question dans la section sur la méthodologie, reste parmi les modèles ayant une influence des plus fortes, occupant encore une place importante en pédagogie médicale.

Au Canada, la formation en éthique est encadrée de façon particulièrement élaborée, puisque tous les étudiants au pays doivent répondre aux objectifs du même examen final leur octroyant leur droit de pratique. Les facultés doivent les préparer à l'examen du Conseil médical du Canada, dont les objectifs sont basés sur le référentiel de compétences « CanMEDS »². Parmi les apprentissages exigés, les étudiants doivent entre autres être au fait et bien maîtriser les « aspects légaux, éthiques et organisationnels de la médecine » (Conseil médical du Canada, 2019).

Le parcours médical et éthique d'un étudiant en médecine de l'Université de Montréal

Afin de bien situer le contexte dans lequel a eu lieu notre étude, il importe de connaître le parcours des étudiants en médecine au Québec. Nous présenterons donc brièvement la structure de la formation médicale dans la province, plus précisément à l'UdeM, de même que les différentes composantes du curriculum en éthique clinique actuellement en place pendant le doctorat en médecine. Les informations suivantes s'appliquent aux étudiants impliqués dans le présent mémoire, soit en date de l'année académique 2016-2017.

La formation médicale au Québec est constituée d'un doctorat de premier cycle, puis d'une formation spécialisée postdoctorale qu'on nomme résidence. Les étudiants doivent donc d'abord compléter une formation universitaire d'une durée de quatre ou cinq ans, selon qu'ils aient à compléter une année préparatoire ou pas. Ces premières années consistent en une formation en médecine générale par laquelle tous doivent passer et qui vise à former des médecins compétents, mais « indifférenciés ».

À l'UdeM, les étudiants ayant une formation collégiale à leur entrée en médecine ou une formation universitaire dans un domaine non connexe doivent passer par une année préparatoire, qui comprend des cours de sciences fondamentales ainsi que quelques cours de

² Ce référentiel définit les compétences que devrait posséder un médecin, qui s'articulent autour de sept rôles : professionnel, érudit, communicateur, collaborateur, leader, promoteur de la santé – tous ceux-ci contribuant au rôle central qu'est l'expert médical (Conseil médical du Canada, 2019)

sciences humaines liés à la médecine, soit les cours *Sensibilisation au patient et aux proches*, *Aspects sociaux de la santé* et *Notions fondamentales d'éthique* (Université de Montréal, 2014). Il est à noter que la structure de l'année préparatoire était en réforme au moment de rédiger ce mémoire. Puis, la formation se poursuit avec deux années de formation préclinique. Les apprentissages se font par cours magistraux ainsi que par blocs théoriques, où les principales spécialités médicales sont abordées tour à tour selon le format d'apprentissage par problème³. Pendant ces deux années, les étudiants ont aussi un cours d'introduction à la clinique (Introduction à la médecine clinique, IMC, et Introduction à la démarche clinique, IDC) à raison d'une séance par semaine, où ils sont graduellement exposés au milieu hospitalier. Les deux dernières années sont quant à elles presque entièrement consacrées à l'apprentissage en milieux cliniques. C'est ce qu'on nomme l'externat. Les étudiants effectuent un total de 72 semaines de stages entrecoupées de semaines de cours magistraux et de séances d'apprentissage en centre de simulation. De ces 72 semaines, un total de 20 semaines est dédié à des stages à option, permettant aux étudiants d'explorer leurs intérêts parmi les différentes branches et sous-branches de la médecine (Université de Montréal, 2019). C'est pendant la deuxième année d'externat que les étudiants choisissent la ou les spécialités dans lesquelles ils souhaiteraient poursuivre leur formation et qu'ils complètent le processus d'application aux différents programmes de résidence. Parmi ces programmes, on compte la médecine familiale ainsi que les multiples spécialités médicales et chirurgicales. Au terme de ce parcours, les étudiants sont soumis à des examens facultaires conditionnels à la diplomation, ainsi qu'à l'examen du Conseil médical du Canada. Ils complètent ensuite une formation postdoctorale afin de pouvoir exercer la médecine de façon autonome, soit une résidence d'une durée généralement de deux ans en médecine familiale ou de quatre à six ans dans les autres spécialités médicales et chirurgicales.

³ La méthode d'apprentissage par problème, ou APP, est une méthode d'apprentissage actif en groupes réduits qui comporte plusieurs étapes. Les étudiants sont d'abord exposés à un cas-problème qu'ils doivent tenter de résoudre avec leurs connaissances préalables et par déduction. Ils font ensuite des lectures individuelles sur la matière entourant le cas et reviennent en groupe, quelques jours plus tard, sur le même problème afin d'intégrer et d'approfondir ces acquis (PAFEU - Université de Montréal, 2019).

Les étudiants peuvent choisir de postuler dans des programmes de résidence au sein de la même faculté, ailleurs au Québec ou au Canada, ou même aux États-Unis.

L'éthique clinique fait partie intégrante de l'ensemble du doctorat en médecine. Après une introduction au domaine de la bioéthique et de l'éthique pendant l'année préparatoire, le cursus se poursuit dès la première année et le contenu de la formation est à partir de ce moment élaboré par le Bureau de l'éthique clinique de la faculté de médecine l'UdeM (BEC). Le BEC a pour mandat de promouvoir l'éthique clinique au sein de l'ensemble de la faculté de médecine et est donc également mandaté pour intégrer cette culture de l'éthique à même la formation des étudiants (Université de Montréal, 2019).

Tel qu'abordé plus tôt, les formations en éthique ont maintenant comme objectifs de permettre aux futurs cliniciens de naviguer dans un monde clinique beaucoup plus complexe où s'entremêlent obligations déontologiques, professionnelles, légales, morales, sociales et économiques. Mais au-delà d'une vision de l'éthique comme « compétence » devant être acquise par les étudiants, leur permettant éventuellement de « savoir agir » devant les enjeux de la clinique (Aiguier, 2017), la mission portée par les instigateurs de la nouvelle formation en éthique de l'UdeM va jusqu'à en faire une notion de culture.

« La dimension éthique de la médecine constitue, selon cette vision, " une culture qui porte une façon d'être et de se comporter au quotidien en partenariat avec le patient, le collègue ou la société. " » (Payot & Janvier, 2015, p. 184).

C'est la vision exprimée par le BEC, qui aspire à intégrer intimement l'éthique aux apprentissages des futurs professionnels de la santé. Ainsi, en addition aux cours formels d'éthique clinique s'articule donc une discussion continue sur l'éthique dans le discours des enseignants, dans les objectifs d'apprentissage au préclinique et les objectifs de stage à l'externat, ou encore concrètement dans les milieux de travail, que ce soit à l'université ou dans les hôpitaux.

En ce qui concerne le contenu formel, outre celui de l'année préparatoire, il comprend dans sa forme actuelle :

- Des lectures, cours, discussions et formations à travers les cours d'IMC pendant la première année du préclinique et les cours d'IDC pendant la deuxième année du préclinique.
- À l'externat, des ateliers d'éthique clinique pendant deux des semaines campus, soit en février et en mai de la première année d'externat. Ceux-ci seront décrits plus en détail dans la section *Méthodologie*.
- Des cours de révision des aspects légaux, éthiques et organisationnels de la médecine dans le cadre des cours de révision pour l'examen du Conseil médical canadien, à la fin de la deuxième année d'externat.
- Des cours et des ateliers au niveau postdoctoral, soit pendant les années de tronc commun de résidence en spécialités, sont également donnés et préparés par le BEC et sont au nombre de sept. Le programme de médecine familiale dispose quant à lui de son propre programme de formation en éthique (Faculté de médecine, Université de Montréal, 2019).

Tout au long de leur formation, les étudiants sont également exposés concrètement à l'expérience des patients, avec qui un contact direct est établi dans diverses activités. À l'UdeM, des « patients partenaires » – dans ce cas « patients formateurs » – sont recrutés et formés par la Direction collaboration et partenariat patient (DCPP). Tout comme le BEC, cette direction a un mandat large au sein de la faculté, mais une de ses activités principales consiste à intégrer les patients à la formation des étudiants. Ainsi, « à partir des concepts porteurs de " patient partenaire " et de " partenariat de soins ", la DCPP encadre donc un changement culturel majeur pour faciliter l'émergence et la consolidation de nouvelles solutions de partenariat tant sur le plan de l'enseignement et des soins que sur celui de la recherche. » (Université de Montréal, 2019). Ces patients sont appelés à partager et à échanger avec les étudiants, riches de leur savoir expérientiel, dans des contextes comme des cours magistraux d'IMC ou d'IDC, pendant les blocs théoriques du préclinique où des liens sont effectués avec leur pathologie. Ils sont également présents lors des cours de collaboration interprofessionnelle, cours que suivent ensemble les étudiants de toutes les professions de la santé (médecine tout comme sciences infirmières, physiothérapie, psychologie, etc.). Ils participent à titre de formateurs aux ateliers d'éthique

donnés à l'externat. Finalement, tel qu'explicité dans le mandat de la DCPD cité ci-haut, ces patients participent activement aux discussions sur les orientations de la faculté de médecine de l'UdeM dans ses différentes missions. Une telle implication participe évidemment à ce que les étudiants aient accès à une formation où l'éthique clinique s'enseigne non seulement comme compétence, mais qu'elle devienne cette culture, qu'elle s'incarne dans les actions du quotidien.

L'éthique et le contexte spécifique de l'externat

Les étudiants en médecine deviendront des cliniciens et bien vite, ils seront eux-mêmes au cœur des dilemmes dont il est question dans les champs de la bioéthique et surtout de l'éthique clinique. Comme abordé précédemment, ce qui sous-tend la mise en place des formations en éthique, c'est entre autres le fait que la pratique médicale est intrinsèquement porteuse d'enjeux éthiques et qu'il est socialement souhaitable que les individus devant s'acquitter de telles responsabilités aient un sens moral fort et sachent naviguer à travers ces dilemmes.

Certes il est justifiable de prodiguer une formation au terme de laquelle les étudiants auront appris et auront intégré un peu plus la culture de l'éthique clinique, mais cela implique aussi de s'intéresser à leur propre expérience à travers leur formation. En effet, avant de devenir des cliniciens pratiquant de façon autonome, les étudiants passent par différentes phases d'apprentissage sur le terrain, dont l'externat constitue une étape charnière. C'est la première fois qu'ils sont impliqués activement dans les soins aux patients, ce qui s'accompagne d'un vécu parfois difficile. Les nombreuses spécificités du rôle et du parcours d'un externe peuvent être à la source de ces difficultés. Les détails qui suivent à propos du contexte de l'externat permettront certainement de mieux comprendre le quotidien des étudiants et de mieux situer le contexte dans lequel sont donnés les ateliers d'éthique clinique.

Les tâches des étudiants consistent à voir des patients par eux-mêmes, les questionner et les examiner, rédiger des notes aux dossiers, formuler des plans de traitement qu'ils réviseront par la suite avec les médecins patrons, faire le suivi des patients aux étages, collaborer avec les autres professionnels impliqués aux dossiers, effectuer des soirs, des nuits et des fins de semaine de garde, etc. Il importe de savoir qu'ils ont un statut d'étudiant – ou de stagiaire, tel qu'entendu

communément – et qu'ils continuent donc de payer des frais de scolarité sans recevoir de rémunération pour leurs stages. Ils reçoivent de l'enseignement via leurs superviseurs et grâce à plusieurs activités académiques connexes à chaque stage (cours magistraux, lectures obligatoires ou examens formatifs), mais ont aussi un rôle actif à jouer dans le soin aux patients. Ils ne prennent pas de décisions pour leurs patients seuls mais on s'attend bien souvent d'eux qu'ils prennent acte des gestes cliniques qu'ils posent en tant que membres de l'équipe soignante. Ces tâches et ces gestes, il faut aussi se rappeler qu'ils les poseront souvent pour la première fois. C'est donc une succession de premières, qui vont du simple fait de faire l'anamnèse d'un patient sans supervision pour la première fois, ou encore certains gestes d'examen physique en passant par un premier toucher rectal, une première ponction artérielle, allant jusqu'au premier accouchement, aux premiers points de suture ou à la première intubation. Par ailleurs, l'externat consiste en une alternance constante entre différents stages obligatoires et à option. Selon la durée de chaque stage, les étudiants changent de spécialité médicale chaque deux à six semaines. Au sein d'un même stage, ils alternent également entre les diverses sous-spécialités et entre les différentes tâches cliniques d'un médecin qui comprennent, par exemple, la salle d'opération, le soin aux patients hospitalisés, la clinique externe, les consultations en spécialités sur les étages de soins ou à l'urgence, les visites à domicile et les quarts à l'urgence. Les stages ne s'effectuent pas tous dans les mêmes milieux cliniques, ce qui s'accompagne aussi d'une alternance entre les différents hôpitaux et cliniques dans le grand Montréal et ailleurs dans la province, les étudiants pouvant être appelés à travailler dans plus d'une dizaine de centres hospitaliers distincts au cours de l'externat. Finalement, ces difficultés s'inscrivent au sein des enjeux mentionnés plus haut que sont le pluralisme des valeurs, l'avancée exponentielle des connaissances, les changements systémiques constants, et bien d'autres, qui feront partie de leur réalité de médecin et qui s'ajoutent donc aux apprentissages qui doivent se faire sur le terrain.

Les enjeux étudiants dans la littérature

Comme les étudiants des différentes facultés de médecine à travers le monde doivent s'adonner à des exercices narratifs sur des situations complexes vécues pendant leurs premiers mois de stage dans le cadre de leur formation en éthique, plusieurs auteurs se sont déjà intéressés au contenu de ces textes. La plupart s'intéressent à faire ressortir les principaux thèmes des enjeux

vécus par les étudiants. Il sera question plus en détail de quelques-unes de ces études et de leur méthodologie, ceci afin de mieux comprendre le genre d'enjeux dont il est question et de bien situer notre étude.

Christakis et Feudtner font un « rapport ethnographique » des dilemmes rapportés par des étudiants en médecine de troisième année lors de discussions en petits groupes en 1991 et 1992, qu'ils avaient préalablement mis par écrit sur environ deux pages. En y ajoutant leurs notes sur les discussions avec les étudiants lors des ateliers, ils ont organisé une « taxonomie » générale des thèmes récurrents, sans en étayer tous les sous-thèmes ni en faire une classification quantitative. Les cinq grandes catégories rapportées ont la spécificité de représenter des aspects importants de la « vie éthique des étudiants en médecine » : *performing procedures, being a team player, challenging medical routine, knowing the patient as a person* et *witnessing unethical behavior*. (Christakis & Feudtner, 1993)

Huijer et ses collaborateurs, en 2000, publient une analyse de textes soumis entre 1995 et 1999 par des étudiants après un an de stages. Le but de l'étude était d'identifier les dilemmes spécifiques aux étudiants. Pour mieux saisir leur façon de réagir à ces situations, ils ont identifié avec quel interlocuteur ils en avaient parlé, lorsque mentionné dans le texte. C'est le plus souvent avec les résidents, soit leur « supérieur » immédiat, et le plus rarement avec les responsables de la faculté. Les quatre catégories principales d'enjeux touchent au consentement et au fait de révéler ou non des informations au patient, aux décisions en fin de vie, aux échecs de la médecine et au transfert de patients entre soignants. Fait intéressant, ils ont identifié des questions existentielles dans 5 % des textes (par exemple : Est-ce encore une vie digne pour le patient ? Est-ce que je veux vraiment être médecin ?). La section identifiant les thèmes liés au statut de l'étudiant contient notamment un sous-thème sur les émotions exprimées (par exemple : impuissance, choc, frustration par rapport aux possibilités de la médecine, colère, deuil, fierté; chacune présente dans 2 à 6 % des textes) (Huijer, van Leeuwen, Boenink, & Kimsma, 2000).

Caldicott et Faber-Langendoen publiaient, en 2005, leur très complète analyse de travaux d'éthique faits par trois cohortes d'étudiants. Les instructions étaient de décrire un conflit éthique dans lequel ils étaient impliqués puis de nommer l'enjeu éthique, identifier les acteurs moraux,

citer les valeurs impliquées, décrire des propositions ou des issues potentielles différentes pour remédier aux problématiques et, finalement, citer de la littérature pertinente. Ils ont comparé la perception des codeurs sur les enjeux avec celle des étudiants, ce qui révèle que les chercheurs sont en désaccord avec les étudiants dans seulement 2,3 % des cas. Ils ont attribué des thèmes aux vignettes, les ont divisés en catégories générales – dont les principales touchent aux décisions par rapport au traitement, à la communication, à la justice, aux enjeux propres aux étudiants – puis en sous-catégories plus précises. De façon globale, ils notent que 98 % de 686 textes étaient *patient-related*. Ils ont également fait une analyse par stage où avait lieu la vignette. Le thème *fear of speaking up* est présent en proportions différentes selon les spécialités. En effet, on le retrouve dans 22 % des vignettes ayant eu lieu en obstétrique-gynécologie et 19 % de celles en chirurgie, soit significativement plus que dans les autres stages selon leur analyse statistique. Ce thème important en est un qui traverse tous les autres et est souvent évoqué comme une raison de l'inaction des étudiants face à des situations aberrantes. Ils remarquent également que cette inaction découle de leur manque de connaissances et d'expérience, de l'impact qu'ont leurs évaluations de stage et de leur position dans la hiérarchie (Caldicott & Faber-Langendoen, 2005).

Hicks et collègues, dans un article de 2001, rapportent les résultats d'une étude auprès d'étudiants d'une faculté de Toronto. D'abord, ils ont envoyé un sondage à une cohorte entière afin de savoir à quelle fréquence les étudiants avaient ressenti une pression d'agir non éthiquement pendant leurs stages. À ce sondage pour lequel ils ont obtenu un taux de réponse de 90 %, on constate que c'est 47 % des étudiants qui ont vécu cette pression soit très fréquemment, fréquemment ou occasionnellement. Pour ces mêmes fréquences, c'était 61 % d'entre eux qui disaient avoir été témoins d'un patron qui exerçait cette pression sur d'autres. Ensuite, les chercheurs ont réalisé des focus groups de vingt étudiants pour discuter de ces enjeux éthiques. Une analyse de contenu a permis de catégoriser les situations vécues : les plus fréquentes ont trait au conflit entre l'éducation et les soins au patient, aux responsabilités des externes qui excèdent leurs capacités, ainsi qu'aux soins aux patients perçus comme sous-optimaux (Hicks, Robertson, Robinson, & Woodrow, 2001).

Fard et al, en 2010, ont publié sur des textes rédigés entre 2006 et 2007 par des étudiants en Iran. Chaque étudiant d'une cohorte avait à écrire sur trois situations éthiques dans le cadre d'un cours obligatoire. Les thèmes identifiés sont en plus grande partie liés à l'éducation médicale et au professionnalisme. Il faut savoir que dans la méthodologie utilisée, les thèmes ne pouvaient pas se chevaucher, ne permettant d'attribuer qu'un seul thème à une vignette. Ils ont eux aussi fait une analyse par spécialités en ajustant pour la durée de chaque stage et ont trouvé que la proportion de chaque thème varie selon que la situation ait eu lieu dans une spécialité chirurgicale ou non chirurgicale. Finalement, les auteurs ont eux-mêmes attribué un enjeu éthique aux situations, ce qui concordait avec celui identifié par l'étudiant dans 65 % des cas (Fard, Asghari, & Mirzazadeh, 2010).

Kelly et Nisker, dans un article de 2009, rapportent les dilemmes éthiques vécus par des étudiants de dernière année d'une faculté de médecine de l'Ontario pendant leur externat. Comme plusieurs autres auteurs, ils ont catégorisé les dilemmes par thèmes et ceux-ci sont semblables à ceux retrouvés dans les autres études. La particularité de leur analyse réside dans l'utilisation des déterminants de l'action morale de Jameton pour analyser les textes. Ces déterminants, en ordre hiérarchique, sont d'abord la sensibilité morale : 100 % des étudiants en font preuve, soit qu'ils reconnaissent qu'il y a là un dilemme. Ensuite, 76 % d'entre eux font preuve de jugement moral, soit démontrer une compréhension de ce que l'action éthique devrait être. 24 % ont une motivation morale et se disent engagés envers l'action morale appropriée. Finalement, seulement 4 % des étudiants rapportent dans leur texte un comportement de l'ordre du courage moral, soit le fait de poser une action malgré le risque de répercussions. Finalement, leur analyse s'attache également aux « sources » et aux « cibles » des dilemmes, qui sont respectivement le plus souvent les médecins (ou l'équipe médicale) et le patient.

Myers et Herb ont analysé 500 papiers d'étudiants new-yorkais entre 2008 et 2011. Les principales catégories mettent en évidence des enjeux de mensonges, de mauvaise collaboration en équipe, de communication et de confidentialité. Les textes pouvaient être classés dans plus d'une catégorie. Des textes du même genre devaient être soumis par les étudiants pendant quelques années d'études, ce qui leur a permis de constater que les étudiants, au fil du temps,

démontrent une meilleure introspection sur les dilemmes vécus, mais que les catégories de ceux-ci restent les mêmes, dans des proportions semblables (Myers & Herb, 2013).

L'ensemble des études n'est pas détaillé ici, mais une revue de la littérature à ce propos démontre bien qu'un des contenus le plus souvent documentés dans les analyses de récits étudiants est le type d'enjeux éthiques rencontrés. Des thèmes récurrents sont facilement identifiables, dont les enjeux intimement liés au statut particulier de l'externe dans le monde clinique. En effet, on rapporte de façon quasi systématique des dilemmes liés à la hiérarchie hospitalière, au manque d'expérience ou encore à la confrontation entre le besoin d'apprendre et la nécessité de fournir des soins de qualité. La spécificité des dilemmes selon le niveau de formation a aussi été mise en évidence par certains auteurs, qui suggèrent que plus les étudiants avancent dans leur formation, plus des enjeux qui leur semblaient significatifs au début deviennent banalisés avec le temps (Feudtner, Christakis, & Christakis, 1994) (Bissonnette, O'Shea, Horwitz, & Routé, 1995). On assiste donc à un des effets de la socialisation qui prend place dans la formation médicale. Comme illustré dans certaines des études citées de même que par d'autres, comme Duval et ses collègues, les dilemmes rencontrés sont variables en type et en fréquence selon la spécialité (DuVal, Clarridge, Gensler, & Danis, 2004). C'est aussi le cas pour la localisation géographique, les enjeux liés à la couverture d'assurance, par exemple, variant selon le type de système de santé du pays.

Pertinence de l'étude

Des recensements d'enjeux éthiques vécus par des étudiants en médecine à partir de travaux réalisés dans le cadre d'un cours ont déjà été conduits dans d'autres universités. Plusieurs ont été faits il y a déjà plusieurs années. Aucun n'avait été fait à l'UdeM en particulier, entre autres puisque le curriculum des étudiants en médecine n'exigeait auparavant pas de tels travaux. Un premier élément de la pertinence d'avoir conduit une telle étude réside donc dans le fait que de telles données sont disponibles pour la première fois spécifiquement pour ce programme de médecine. Bien qu'un sondage eût été fait auprès d'une cohorte précédente d'étudiants sur les enjeux éthiques les plus fréquemment rencontrés pendant l'externat, ce projet en fournit un portrait plus complet et nuancé. Il est à la fois ancré dans la réalité locale et contemporaine de l'apprentissage de la médecine en milieux cliniques, et offre à la fois une opportunité d'envisager

de tels enjeux à travers les récentes décennies et les différents lieux de formation, plusieurs aspects de la formation médicale en soi restant similaires peu importe le lieu et l'époque.

Par ailleurs, de telles données sont d'une grande pertinence pour l'amélioration continue du curriculum en éthique clinique de la faculté de médecine. Au-delà de l'information pouvant être révélée par des sondages ou par des rétroactions de stages, c'est un portrait beaucoup plus intime de ce qui se vit dans les milieux de stages qui permettra de mieux orienter les interventions des formateurs et le contenu des cours, qui est appelé à changer continuellement. Une telle rétroaction sur le contenu produit dans le cadre des ateliers d'éthique permet aussi d'insister sur l'importance de ceux-ci. En effet, bien que l'importance d'une bonne formation en éthique clinique soit bien reconnue, le programme en est néanmoins à ses premières années dans le format actuel. Il nous semble donc plus qu'approprié d'interroger les textes des étudiants produits en contexte d'initiation au milieu clinique, nous permettant ainsi de répondre à nos questions sur leur vécu.

Finalement, il apparaît important de situer cette étude dans le contexte où on s'intéresse actuellement beaucoup à la notion de bien-être chez les étudiants. Les institutions d'enseignement médical se sont beaucoup intéressées aux conditions de formation – et aux conditions de travail dans le cas des résidents – et à la détresse qui est souvent associée à la surcharge de travail dans les dernières années. Beaucoup de chemin a été parcouru afin de limiter, notamment, les abus en termes d'heures travaillées. Concrètement, la détresse et la dépression chez les étudiants en médecine sont associées à des effets délétères tels une plus grande tendance aux comportements malhonnêtes et une moins grande propension aux comportements empathiques dans les soins (Dyrbye, Massie, & Eacker, 2010). La présence d'intimidation et de harcèlement envers les étudiants a également été adressée. Cette problématique, associée à un plus haut taux d'épuisement professionnel chez les étudiants victimes de maltraitance récurrente (Cook, Arora, Rasinski, Curlin, & Yoon, 2014), est bien documentée ici et ailleurs et reste malheureusement patente, malgré une époque où ce genre de comportements est universellement considéré comme condamnable. Au Québec, les associations étudiantes se sont très récemment penchées sur la question à nouveau : selon un

sondage effectué en 2015-2016 dans les quatre facultés de médecine québécoises, 40 % des étudiants disent avoir déjà été victimes d'intimidation ou de harcèlement de la part d'un supérieur dans un milieu de stage, alors que 53 % disent en avoir été témoin (Fédération médicale étudiante du Québec, 2017). Ces données ont mené à une collaboration avec les facultés pour que des espaces de dénonciation plus sécuritaires et des mesures conséquentes plus efficaces soient prises, donnant lieu notamment à une meilleure diffusion des ressources disponibles. Notre recherche s'inscrit naturellement dans une réalité où on réitère l'importance de s'intéresser aux enjeux vécus en cours de formation médicale. Loin de faire partie du passé – un passé où certes la culture médicale a pu être beaucoup moins clémentine pour les apprenants – les enjeux étudiants doivent être adressés et pourront être mieux compris grâce à un tel portrait contemporain.

Chapitre 2 – Méthodologie

Contexte de l'étude

Notre étude s'inscrit dans le cadre d'ateliers d'éthique qui ont lieu en milieu de première année d'externat en médecine à l'UdeM, soit pendant la troisième ou la quatrième année de formation (selon que l'étudiant ait eu à compléter ou non une année préparatoire). Les ateliers font partie du cours *MMD35612-3 Éthique clinique/profession MD*. Ils ont été mis sur pied par le Bureau de l'éthique clinique et la Direction collaboration partenariat patient de la faculté de médecine de l'UdeM.

Cette formation en éthique vise à offrir aux externes un espace où partager leurs expériences vécues en stages et de stimuler leurs habiletés réflexives, qu'ils auront à mobiliser en tant que futurs résidents, puis futurs cliniciens. Il s'agit d'ateliers de discussion sur les enjeux complexes vécus par les externes pendant leurs premiers mois de stages. Ils se veulent également une intégration de plusieurs concepts fondamentaux de la formation médicale soit, entre autres, la relation patient-médecin et le partenariat patient.

Afin d'adapter le plus réalistement possible le contenu des ateliers à la réalité des externes de l'UdeM, l'équipe avait d'abord effectué un sondage auprès des étudiants. Ainsi, dans l'année avant la mise en place officielle des ateliers, la cohorte d'étudiants qui en étaient à ce moment à leur première année d'externat ont été questionnés sur les enjeux rencontrés pendant leurs stages. Une classification générale des réponses a permis d'identifier certains thèmes récurrents et significatifs, dont ceux-ci : faire quelque chose qui va à l'encontre de notre éthique personnelle ; être laissé seul dans une situation complexe ; initier une discussion sensible avec un patient et ses proches. En accord avec la littérature sur ce sujet, on constate déjà que les problématiques rencontrées par les étudiants sont caractérisées par leur spécificité par rapport à leur niveau de formation.

Un des objets cardinaux de cette formation d'éthique est justement de s'intéresser intimement au contexte dans lequel évoluent les externes, au-delà des principes bioéthiques et éthiques qui

leur sont enseignés formellement au préalable. Ces ateliers permettent aux étudiants de partager les difficultés qu'ils rencontrent lors de leurs stages d'externat et d'approcher ces situations selon leur dimension éthique. L'objectif de ces ateliers est donc

« non seulement de partager ces situations, mais grâce à la contribution et à la participation de pairs et de séniors, de convertir ces situations en opportunités d'apprentissage et de transformation de soi. Au travers d'un tel apprentissage, il est attendu que les externes puissent commencer à acquérir certaines habiletés autoréflexives, indispensables à une pratique clinique éthique et englobant les multiples aspects humains de la médecine. » (Payot, Cousineau, & Dupont-Thibodeau, 2016)

La cohorte ayant réalisé l'exercice en 2016 était la deuxième à le faire dans le format propre à l'UdeM. Ce sont leurs textes qui ont été analysés dans le présent projet.

Description des ateliers d'éthique

Le cours *MMD35612-3 Éthique clinique/profession MD* a lieu lors des semaines campus de février et de mai de la première année d'externat, semaines où les externes sont libérés de leurs milieux de stages pour suivre les différents cours connexes requis à ce stade de leur formation. Ils participent à un premier atelier en février, puis à un deuxième atelier en mai, chaque séance étant d'une durée de trois heures. Ces ateliers sont animés par un trio constitué d'un clinicien (soit un médecin en pratique), d'un patient partenaire et d'un résident, qui prennent en charge des groupes d'environ vingt étudiants. Les animateurs restent assignés dans la mesure du possible à ce même groupe afin d'assurer une continuité entre les deux séances et créer un climat de confiance. Les animateurs reçoivent eux aussi une formation préalable sur le sujet. Ils sont également outillés d'un *Guide du formateur* détaillé, fournissant des exemples de vignettes de situations problématiques qui permettent de lancer la discussion de même que plusieurs pistes de réflexion sur les enjeux éthiques en cause dans les vignettes sous toutes leurs facettes et sur les pistes d'action potentielles.

Le premier atelier est centré sur l'identification des enjeux éthiques et l'élaboration de pistes de solution à l'aide des vignettes cliniques développées par le comité scientifique du cours. Les animateurs questionnent les étudiants sur les concepts éthiques en jeu puis les amènent à

discuter des solutions envisageables selon chaque contexte. Ils les invitent à enrichir la discussion grâce à leurs propres expériences. Notons que l’instigateur principal des discussions au sein du trio est le résident, ce qui permet aux externes de s’identifier plus facilement à un pair dont l’expérience est plus près de la leur. Puis, tous les externes doivent rédiger leur propre vignette entre les deux ateliers et celle-ci sert de modalité d’évaluation du cours. Le deuxième atelier consiste en un exercice similaire, mais cette fois basé sur les vignettes vécues et écrites formellement par les externes. Chacun des trois animateurs rédige également sa propre vignette et l’une d’elles est lue en début d’atelier pour lancer la discussion. Finalement, un retour en grand groupe permet de faire une synthèse de ce dont chaque sous-groupe a discuté et de conclure la série de deux ateliers¹.

Consentement et éthique

Le travail individuel de l’externe et sa correction par le tuteur sont des composantes obligatoires du cours *MMD35581-2 Éthique clinique/profession MD*, un cours obligatoire du doctorat en médecine. Dans le cadre de la présente analyse, ce sont les travaux des étudiants de la cohorte ayant réalisé le travail en 2016 – soit les finissants de l’année 2017 – et ayant donné leur consentement qui ont été étudiés.

Le projet a été approuvé par le Comité plurifacultaire d’éthique à la recherche de l’UdeM le 12 mai 2016 (Annexe 2).

Leur consentement au projet de recherche a été obtenu à l’aide d’un formulaire de consentement (Annexe 1). Les étudiants ont reçu des explications sur le projet puis, si souhaité, ont signé individuellement les formulaires et les ont remis aux chercheurs. 208 étudiants ont signé le formulaire de consentement sur 286 étudiants inscrits au cours, un taux de réponse de 71 %. 204 vignettes ont fait partie intégrante de l’analyse, certaines ayant été retirées puisqu’elles constituaient des travaux de reprise, ne respectant donc pas le même format ni les mêmes

¹ L’étape de discussion en grand groupe a été retirée par l’équipe du BEC à partir de 2018, afin d’optimiser l’atteinte des objectifs pédagogiques singuliers de ces ateliers, qui réside dans les discussions en groupes plus restreints.

exigences que les autres, ou parce qu'elles étaient particulièrement courtes et incomplètes, ne se prêtant donc pas à une analyse qualitative.

La participation ou la non-participation au projet étaient sans impact sur l'évaluation de l'étudiant. La remise des travaux et la correction par les formateurs avaient déjà eu lieu au moment où le projet de recherche leur a été présenté et les étudiants ne recevaient pas la grille de correction de leurs travaux. Les formateurs qui corrigeaient les vignettes ne sont pas impliqués dans la réalisation du projet de recherche. Il n'y a pas d'influence induite entre la correction, la réussite du cours et le projet de recherche. La note finale du cours est sous forme de *réussite ou échec* ; un étudiant s'étant présenté en classe et ayant remis le travail demandé dans un format jugé adéquat s'est vu attribuer la mention *réussite*.

Description du matériel à l'étude

Le travail était encadré par des instructions simples de mise en page et des consignes telles qu'énoncées ci-bas. Il devait être remis électroniquement sur la plateforme de cours de la faculté de médecine, soit MEDCOURS, un environnement numérique d'apprentissage (voir Annexe 3).

La consigne sur le contenu du travail écrit fournie aux étudiants était telle que :

- Celui-ci consiste à rédiger une vignette à propos d'une situation éthiquement complexe vécue par l'externe lors de ses stages.
- Cette situation doit avoir suscité des interrogations, un inconfort ou de la détresse chez l'externe.

Afin de situer l'approche analytique que nous en avons faite, il faut savoir que les données que nous avons utilisées constituent ce qu'on nomme en recherche qualitative du matériel invoqué, soit des productions « dont la constitution est antérieure ou extérieure à la recherche » et dont le format est indépendant du chercheur. Quant à elles, les données provoquées ou suscitées, obtenues par exemple lors d'entrevues semi-dirigées, sont en partie contrôlées lors de la conception de la méthodologie (Van der Maren, 1996, p. 82).

Les vignettes analysées ont été préalablement anonymisées par les responsables du cours avant d'être envoyées aux chercheurs. Aucun nom ou élément permettant de retracer précisément l'étudiant n'apparaissait dans la version ayant servi au projet. Par ailleurs, aucune donnée démographique n'a été recueillie lors de la complétion du formulaire de consentement ni n'a été attribuée aux vignettes analysées. La seule caractéristique générale attribuable aux travaux et ayant été utilisée lors de l'analyse est la spécialité du stage, lorsque mentionnée par l'étudiant dans le texte.

Dans les résultats, nous constaterons que les situations se déroulant pendant le stage de chirurgie générale sont très prévalentes. Une des hypothèses avancées pour expliquer cette donnée potentiellement aberrante est que les étudiants avaient également à rédiger une vignette éthique au cours de leur stage de chirurgie. Cette exigence propre à ce stage n'était pas connue des chercheurs, puisque le contenu académique connexe de chaque stage est indépendant du cours *MMD35581-2 Éthique clinique/profession MD*. Néanmoins, les exigences pédagogiques de la rédaction d'une telle vignette étaient semblables. Nous savons que certains, sinon plusieurs étudiants, ont réutilisé la même vignette si elle avait déjà été rédigée avant l'atelier d'éthique. Nous croyons que c'est une des explications de la surreprésentation du domaine chirurgical dans les situations rapportées par les étudiants.

Questions de recherche

Plusieurs approches pour interroger les textes ont été évoquées avant d'entamer le projet dans sa forme actuelle.

Les questions de recherche retenues ayant guidé l'ensemble de l'analyse sont les suivantes :

- Quels sont les types d'enjeux éthiques rencontrés par les étudiants en médecine à leur première année d'externat dans les milieux cliniques de l'Université de Montréal ?
- Que provoque le vécu d'une situation éthiquement complexe chez les étudiants tel que véhiculé dans l'aspect émotif et réflexif de leur narrativité ?

Approche méthodologique

Narrativité

Ces ateliers de rédaction de récits s'inscrivent dans le courant de l'éthique narrative, ou la médecine narrative, qui « se réfère à la pratique clinique accompagnée d'une compétence narrative, c'est-à-dire la capacité de reconnaître, d'absorber, d'interpréter et d'être transporté par les histoires des patients » selon la définition de Rita Charon, qui a grandement contribué à populariser cette approche (Doucet & Dion-Labrie, 2011). Une formation exhaustive en narrativité aspire à ce que les médecins réalisent la connexion humaine qui existe entre un narrateur et un récepteur et à ce qu'ils apprennent à l'exploiter, puisqu'une médecine scientifiquement compétente à elle seule ne peut aider le patient à négocier avec la perte de la santé, la souffrance de la maladie (Charon, 2001). Les cliniciens, qu'on souhaite réactualiser comme êtres humains faisant eux aussi partie intégrante de cette relation, ont également des récits. De telles formations, où étudiants et cliniciens sont donc invités à écrire sous plusieurs formes, améliorent leurs alliances thérapeutiques avec les patients et leur permettent de mieux identifier les perspectives d'autrui (Charon, 2007). L'objectif est ultimement d'intégrer l'histoire du patient à l'ensemble des enjeux à considérer dans la résolution d'un cas clinique ou éthique (Payot & Janvier, 2015, p. 240).

À l'image de leurs rencontres avec les patients, où les étudiants sont formés à ouvrir la rencontre par une question ouverte et à laisser exprimer d'abord le cours naturel de leur récit, c'est maintenant à leurs histoires qu'on s'intéresse. Les ateliers d'éthique à l'externat ne constituent pas en soi en formation en éthique narrative, mais s'inspirent du principe selon lequel laisser libre cours à l'expression d'un récit et d'un vécu contribue à mieux saisir les situations rencontrées ainsi que toutes les nuances qui les accompagnent. Ces compétences sont explorées davantage à la résidence, alors qu'un nouvel atelier d'éthique clinique aborde spécifiquement cette dimension d'éthique narrative.

Approche par méthodes mixtes

Le choix de la méthode pour de telles données a été guidé par la problématique de recherche ainsi que par les données elles-mêmes. Celles-ci nous fournissaient à la fois un terrain narratif, où le contenu n'en était pas un prévisible ni facilement malléable a priori, ainsi qu'un contenu duquel il était possible de tirer des données quantitatives potentiellement significatives.

L'approche préconisée par les chercheurs en sciences humaines, où les données sont souvent constituées de paroles, de textes ou d'observations sociologiques, a été celle préférée pour explorer un phénomène dont nous n'avions pas, ou très peu, contrôlé le contenu des données. À l'inverse de l'approche purement quantitative, où l'essence de la recherche est de vérifier une hypothèse grâce à un protocole expressément construit pour ce faire et où les données obtenues, souvent sous forme numérique, peuvent être manipulées selon des règles précises, l'approche qualitative ne prévoit pas toujours l'issue des résultats et ne cherche généralement pas à vérifier une hypothèse, comme c'était le cas ici.

«Although qualitative data can be gathered to test hypotheses, more typically the research questions addressed by qualitative methods are discovery oriented, descriptive, and exploratory. » (Sugarman & Sulmasy, 2010, p. 193)

La manipulation de données qualitatives ne répond donc pas à des règles aussi strictes et universellement vérifiées et vérifiables, mais permet de cheminer avec les données au fil de leur analyse et d'explorer des facettes qui ne sauraient être traduites en chiffres. Il existe toutefois nombre de préceptes dans ce domaine où l'expérience de terrain est vaste et riche de son application dans des domaines très variés du savoir – l'anthropologie, la sociologie, la psychologie ou l'éducation, pour n'en nommer que quelques-uns. En connaissant et respectant ces préceptes sur lesquels il existe un consensus, on s'assure d'une rigueur dans la démarche et on confère aux résultats la meilleure validité.

En raison de la nature des mots et de l'interprétation qu'ils appellent, jamais les résultats ne seront éprouvés de biais, mais on peut assurément en tirer des conclusions qui ajoutent à nos connaissances d'un sujet complexe et qui sont bonifiées des nuances inhérentes aux mots et aux

formulations que chacun emploie et à la subjectivité autour de laquelle se construit la réalité de chaque individu.

La portion quantitative découle du principe de comptage fréquentiel des thèmes en analyse thématique (Paillé & Mucchielli, 2008, p. 54). Ici, nous voulions entre autres identifier les enjeux présents dans les vignettes et dans quelles proportions ils l'étaient.

Analyse thématique de contenu

Nous avons choisi l'approche d'analyse de matériel écrit discursif classique qui est celle de chercher à en saisir le sens par « des annotations inscrites dans le texte ou dans la marge de celui-ci sous la forme de mots, de formules ou de courtes phrases » (Paillé & Mucchielli, 2008, p. 12), comme il se faisait avant l'arrivée des logiciels informatiques. Ces mêmes techniques ont été effectuées de façon informatique grâce au logiciel d'analyse qualitative *NVivo 11* (voir visuel à l'Annexe 4). Ce logiciel nous permettait simplement de soutenir notre analyse en nous procurant un espace pour organiser nos idées. Nous avons procédé à une analyse manuelle, dans laquelle nous avons conduit nous-mêmes le travail intellectuel d'organisation de la grille de codage selon les questions de recherche, contrairement à une analyse automatique ou semi-automatique où le logiciel peut faire une partie de ce travail (Roy & Garon, 2013).

Afin de parvenir à la compréhension recherchée des textes, nous avons utilisé l'analyse thématique qui, « par l'entremise de thèmes, vise à dégager un portrait d'ensemble du corpus » ainsi que par analyse à l'aide de catégories conceptualisantes dans la deuxième partie, soit grâce à des thèmes se situant à un niveau supérieur d'abstraction, tentant d'en dégager un sens au-delà de la description du contenu (Paillé & Mucchielli, 2008, p. 13).

Il importe également de revenir aux fondements de la recherche qualitative pour bien situer l'approche utilisée. La compréhension de la réalité humaine se fait le plus souvent par l'exploration des particularités du quotidien de plusieurs individus pour en tirer ensuite des observations plus générales. En effet, « le processus de production de connaissances est éminemment inductif, car la connaissance est produite à partir des données par opposition au raisonnement déductif où les connaissances théoriques précèdent la lecture de la réalité. »

(Anadon & Guillemette, 2007). C'est la posture adoptée pour répondre à la deuxième question de recherche qui, au-delà d'une question appelant à une réponse précise, se veut davantage une piste guidant l'exploration de la narrativité des étudiants. Comme il sera décrit au point suivant, les constats généraux qui se dégagent de cette exploration sont principalement le fruit de l'induction. Cependant, il est difficile d'aborder des données sociales sans a priori. C'est donc en assumant nos conceptions préalables de la réalité que nous avons abordé la première question de recherche, arborant alors plutôt une posture déductive. Ceci implique que nous avons utilisé notre connaissance des enjeux éthiques pour guider la classification du contenu à étudier.

Deux grilles de codage principales ont été utilisées pour regrouper les thèmes récurrents à travers les vignettes. Ces grilles sont intimement associées à chacune des deux questions de recherche et ont été construites par des processus distincts au niveau théorique et dont nous décrirons ci-bas les étapes concrètes.

Codage à partir d'un cadre conceptuel – première question de recherche

La première question cherchait à identifier les enjeux vécus par les étudiants lors de leurs stages, spécifiquement dans les milieux de l'UdeM. Ainsi, nous avons une idée générale préalable des thèmes que nous retrouverions à la lecture des vignettes. La présentation donnée aux externes lors du premier atelier avait abordé des enjeux fréquemment rencontrés, laissant supposer que ces thèmes avaient été rencontrés en clinique et seraient repris par les étudiants dans leurs travaux. De plus, la littérature sur les enjeux éthiques vécus pendant la formation médicale fournissait un bassin de thèmes récurrents.

Nous avons donc utilisé la thématization séquentielle pour constituer notre grille de codage (Paillé & Mucchielli, 2005, p. 127). Les grands thèmes que nous prévoyions fortement rencontrer ont été listés. Puis, la grille a été adaptée et majorée selon les thèmes qui s'ajoutaient à la lecture des cinquante premières vignettes. Elle a ensuite été considérée comme saturée et conservée telle quelle pour la suite, contrairement à une méthode de thématization continue, où nous nous serions permis d'ajouter de nouveaux thèmes tout au long de la lecture du corpus. Ceci nous permettait d'aborder plus facilement un corpus d'une certaine envergure et de rester objectif dans l'attribution des codes. Lors de cette étape, beaucoup de discussions ont eu lieu entre les

chercheurs sur la grille de codage et son application aux textes, permettant de ne conserver que les thèmes les plus objectifs et d'éviter les catégories trop ambiguës (Lejeune, 2010). Cette construction de grille « à partir d'un cadre conceptuel » est une technique fréquemment utilisée (Van der Maren, 1996, p. 428). Elle nécessite aussi de définir chaque thème utilisé et de construire au fur et à mesure un lexique. On augmente ainsi la reproductibilité du codage et on facilite l'interprétation ultérieure des données.

Puis, comme les vignettes abordaient une diversité de sujets substantielle, nous avons procédé par après à un sous-codage. Chaque grand thème déjà codé regroupait plusieurs éléments assez différents entre eux pour qu'il soit pertinent de les identifier. Nous avons donc procédé de manière semblable, soit qu'au sein des passages codés sous *Communication*, par exemple, nous avons listé les sous-thèmes récurrents dans les premières vignettes, avons considéré cette liste comme saturée et l'avons utilisée telle quelle pour coder le reste du contenu. Le lexique a été ajusté au fur et à mesure.

Procéder en deux temps pour coder l'ensemble des thèmes du corpus permettait d'éviter l'hyperanalyse des données dès la première lecture, puis d'apposer des sous-thèmes avec un meilleur recul dans un deuxième temps.

Codage par écho analogique – deuxième question de recherche

La deuxième question s'intéressait davantage à l'aspect narratif des récits des externes. Il leur était expressément demandé de choisir une situation ayant « suscité des interrogations, un inconfort ou de la détresse ». Il était donc attendu d'avoir une certaine proportion du contenu des vignettes qui ne se destinerait pas uniquement à *décrire* une situation.

C'est en utilisant cette dichotomie, définie en quelque sorte artificiellement pour la situation, que nous avons créé la deuxième grille de codage. Tous les passages *narratifs*, en opposition aux passages purement *descriptifs*, ont été codés dans toutes les vignettes. Puis, par relecture de ces passages narratifs seulement, une grille de codage par induction s'est peu à peu construite. Les thèmes ont été définis pour cerner le contenu que nous pensions le plus riche pour voir ce que les étudiants expriment au-delà de la simple description d'une situation vécue.

La construction d'une grille de codage sans en avoir une idée préalable, mais bien qui s'inspire directement du contenu au fil de la lecture du corpus est nommée construction par écho analogique (Van der Maren, 1996, p. 429). La description de chacun de ces nouveaux thèmes a bien sûr été ajoutée au lexique.

Spécifications sur le codage

Le codage des vignettes ne se voulait pas exhaustif. Certains passages n'ont pas nécessairement été inclus dans un des codes s'ils n'y collaient pas et s'ils n'apportaient rien de plus à l'analyse. C'est notamment le cas de plusieurs passages introductifs en début de texte où l'étudiant met en scène la situation (Paillé et Mucchielli 2005, p. 142).

De plus, le codage n'était pas exclusif, c'est-à-dire que des passages pouvaient être inclus dans plusieurs codes différents. Il y a ainsi beaucoup de recoupements et un passage peut avoir été codé dans plusieurs thèmes.

Accord inter-juges

L'étape du codage comprenait également plusieurs séances de « contre-codage » par les autres membres de l'équipe de recherche. Pour ajouter à la validité de l'étude, nous souhaitons nous assurer que le codage était le plus reproductible possible et que l'attribution des thèmes au contenu se faisait toujours selon les mêmes barèmes. Le chercheur responsable de l'ensemble du codage, s'il ne valide pas de façon systématique son travail, a un certain risque de modifier inconsciemment critères de codage en cours de route, ce qui peut se répercuter sur les résultats.

Ainsi, une vignette sur dix au fil du processus, soit une vingtaine au total, ont été entièrement codées par deux autres personnes. Les codages étaient mis en commun, puis, s'il y avait discordance, la définition de chaque thème et leur application aux données étaient revues et ajustées pour l'ensemble du codage.

Posture de la chercheuse

L'élaboration de la méthodologie, le processus d'analyse des données de même que l'interprétation des résultats ont été menés en plus grande partie par la chercheuse principale, dont il faut donc connaître le parcours et le lien particulier avec la présente recherche. Étant elle-même étudiante en médecine, elle a traversé plusieurs des étapes de cette formation tout en réalisant ce projet. Mentionnons brièvement la chronologie de ce parcours : elle a commencé la formation de maîtrise ainsi que le projet après les 3 premières années (précliniques, théoriques) du doctorat en médecine. Puis, elle a procédé à l'analyse des textes et à la rédaction du mémoire pendant les deux années consacrées à l'externat. Sa position a donc évolué pour être de plus en plus interne et intime à l'expérience même véhiculée dans les textes des externes. La méthodologie du projet et l'approche d'analyse ont été élaborées alors qu'elle était encore extérieure au monde de l'externat, puis elle a poursuivi l'analyse en étant elle-même externe. Les conclusions et plusieurs éléments de discussion ont été rédigés après avoir traversé cette période dont nous explorons toute la singularité dans ce mémoire. Cette posture se doit d'être connue du lecteur au préalable, tout comme nous en avons tenu compte tout au long du projet afin de minimiser les biais et tenter plutôt d'en tirer avantage. Nous émettrons quelques réflexions supplémentaires par rapport à ce point dans la discussion.

Chapitre 3 – Résultats

Réurrence des thèmes

Les thèmes et sous-thèmes suivants ont été ceux retenus pour coder l'ensemble du corpus. Ils seront présentés d'abord sous forme de tableau avec leur signification numérique, soit en termes de récurrence dans l'ensemble du corpus.

Plus loin, leur signification qualitative sera détaillée sous forme de lexique.

Tel qu'énoncé dans la section décrivant la méthodologie, rappelons que la thématization du corpus permettait de répondre à la première question de recherche,

Quels sont les types d'enjeux éthiques rencontrés par les étudiants en médecine à leur première année d'externat dans les milieux cliniques de l'Université de Montréal ?

La réponse à la deuxième question de recherche,

Que provoque le vécu d'une situation éthiquement complexe chez les étudiants tel que véhiculé dans l'aspect émotif et réflexif de leur narrativité ?

se retrouve quant à elle dans l'exploration plus fine du contenu des thèmes narratifs retrouvés dans le corpus, ce dont il sera question juste après.

Tableau 1. – Thèmes retrouvés dans le corpus et leur récurrence

		Prop. du thème sur total ⁵	Prop. du sous-thème sur thème ⁶	Nb de vignettes ⁷
Thèmes/Enjeux				
Communication		73 %		148
	Communication rude, inadéquate		25 %	37
	Ne pas s'assurer de la compréhension		24 %	36
	Communication centrale pour régler ou désamorcer une situation		24 %	36
	Manque d'empathie		24 %	35
	Vérité, mensonge		18 %	26
	Annonce de mauvaise nouvelle		11 %	17
	Communication avec externe		10 %	15
	Langue		6 %	9
	<i>Autres</i>		<i>19 %</i>	<i>28</i>
Meilleur intérêt du patient		58 %		118
	Optimiser les soins		69 %	82
	Ne pas nuire		34 %	40
Autonomie, consentement		54 %		110
Déontologie du patron		52 %		107
	Responsabilité légale du patron		23 %	25

⁵ Ces pourcentages représentent le nombre de vignettes où est codé le thème par rapport au nombre total de vignettes (soit 204 vignettes). Autrement dit, la proportion de vignettes où apparaît le thème sur l'ensemble du corpus.

⁶ Ces pourcentages représentent le nombre de vignettes où est codé le sous-thème par rapport au nombre de vignettes où est codé le thème qui les englobe. Autrement dit, la proportion vignettes où apparaît le sous-thème au sein d'un thème.

⁷ Nombre de vignettes où on retrouve le thème ou sous-thème. Dans chaque vignette, un même thème ou sous-thème peut avoir été codé plusieurs fois, soit pour plusieurs extraits.

	Jugement, moqueries		21 %	22
	Comportement déplacé		19 %	20
	Agir à l'encontre du consentement		13 %	14
	Confidentialité		11 %	12
	Facturation		4 %	4
	<i>Autres</i>		19 %	20
Enjeux d'apprentissage		47 %		96
	Manque de connaissances ou de compétences		45 %	43
	Inconfort par rapport à la hiérarchie		43 %	41
	Définition du rôle de l'externe		39 %	37
	Apprentissage versus patient		20 %	19
	<i>Autres</i>		10 %	10
Justice		28 %		58
	Traitement discriminatoire basé sur un jugement		47 %	27
	Questionnements sur l'utilisation judicieuse des ressources		24 %	14
	Influence des contraintes de temps sur les soins		12 %	7
	Manque de couverture d'assurance		7 %	4
	<i>Autres</i>		12 %	7
Autorité		26 %		54
	Intimidation		35 %	19
	Opinion peu considérée		35 %	19
	Impact sur l'évaluation		28 %	15
	Fonctionnement hiérarchique		26 %	14
	Faire poser des gestes à l'externe		19 %	10
Conflits par rapport au cas médical		18 %		37

Pluralisme des valeurs		18 %		36
	Menant à un désaccord sur les soins		53 %	19
	Valeurs patron versus patient/famille		33 %	12
	Confrontation aux valeurs du patient		28 %	10
Enjeux de système		15 %		30
	Pression de productivité		50 %	15
	Ressources limitées		37 %	11
	Confidentialité compromise		7 %	2
	Partage de l'information		3 %	1
Continuité, discontinuité		12 %		24
	Changement d'équipe, avis différents		63 %	15
	Changement de stage		46 %	11
Cas médicalement complexe		11 %		23
Comportement problématique du patient		7 %		14
	Attitude menaçante, de confrontation		71 %	10
	Gestes à l'encontre des directives médicales		21 %	3
	Exhibitionnisme, attitude à caractère sexuel		14 %	2
Autres				25
Narratif				
Posture critique		89 %		181
Appropriation au <i>je</i>		78 %		159
Sentiments, émotivité		55 %		112
	Inconfort		61 %	68
	Bouleversé		21 %	23
	Impuissance		14 %	16
	Se sentir entre deux		14 %	16

Peur de dire/de faire		13 %	15
Agir contre ses principes		10 %	11
Culpabilité		8 %	9
Situation difficile en soi		6 %	7
Désemparé		5 %	6
Stress de performance		5 %	6
Frustration		4 %	5
Humiliation		4 %	5
Mécontentement/choqué		4 %	5
Colère		4 %	4
Tristesse		4 %	4
Déstabilisé		3 %	3
Préoccupé par patient		3 %	3
Déception		2 %	2
Détresse		2 %	2
Sentiment d'injustice		2 %	2
Sentiment positif		2 %	2
Situation marquante		2 %	2
Dégoût		1 %	1
Propositions, solutions	47 %		96
Action posée, rôle de l'étudiant	28 %		58
Impact de la situation	26 %		54

Codes techniques

Les codes techniques appliqués au corpus étaient de deux natures. Les premiers, ici présentés aussi sous forme de tableau avec leurs récurrences respectives, sont les spécialités du stage dans

lequel se trouvait l'étudiant au moment de vivre la situation présentée. Puisque cette donnée n'était pas requise par les consignes du travail et n'était pas recueillie d'une autre manière, l'information n'était pas fournie dans toutes les vignettes et les données ne peuvent donc pas être présentées pour l'ensemble du corpus. Les deuxièmes codes techniques étaient à l'usage des chercheurs afin de noter, par exemple, des passages plus complexes imposant de retravailler la thématique ou encore des passages particulièrement intéressants. Il n'en sera pas question davantage.

Tableau 2. – Spécialités médicales dans lesquelles se déroulent les vignettes

Spécialité du stage	Proportion du nb total de vignettes	Nb de vignettes
Chirurgie	31 %	63
Médecine interne	15 %	30
Incertain/inconnu	14 %	28
Gynécologie-obstétrique	12 %	24
Médecine familiale	9 %	19
Psychiatrie	4 %	8
Urologie	3 %	7
Pédiatrie	3 %	7
Cardiologie	3 %	6
Néphrologie	1 %	3
Gériatrie	1 %	2
Orthopédie	1 %	2
Chirurgie orthopédique pédiatrique	< 1 %	1
Gastroentérologie	< 1 %	1
Gynécologie oncologique	< 1 %	1
Héματο-oncologie	< 1 %	1
Microbiologie	< 1 %	1

Neurologie	< 1 %	1
Ophtalmologie	< 1 %	1
Rhumatologie	< 1 %	1
Rhumatologie pédiatrique	< 1 %	1
Soins intensifs	< 1 %	1

Lexique

Les thèmes sont ici présentés sous forme de liste, avec une description de ce à quoi ils réfèrent dans les textes. Ces définitions ont donc servi de lexique, de repères pour appliquer uniformément ces étiquettes aux vignettes des étudiants.

Le thème principal est expliqué d’abord, puis chaque sous-thème qui lui est associé est défini et la plupart sont illustrés à l’aide d’un extrait. Les codes narratifs sont également détaillés et suivis de citations permettant de les mettre en contexte. Le numéro du participant dont proviennent les propos, soit le numéro attribué à chaque vignette anonymisée, est indiqué à la suite de chaque citation.

Enjeux éthiques

Première partie du codage : enjeux éthiques

Communication

Désigne tout passage où la communication entre les protagonistes de la situation est soit problématique, soit inhérente au dilemme éthique.

Communication rude, inadéquate

Situations où la communication est notée comme étant particulièrement inappropriée, par exemple parce que rude ou irrespectueuse.

« Nous arrivons à son chevet, la médecin ferme à moitié les rideaux et annonce la nouvelle du cancer et le fait qu’il est inopérable en 45 secondes. Sérieusement. » [10]

« J'en parle donc avec mon patron apportant des solutions pour substituer la molécule. Ce dernier me répond et je le cite : " Tabarnak, c'est pas un obsédé comme lui qui va décider, on l'aide et lui ose se plaindre. " » [21]

Ne pas s'assurer de la compréhension

Passages où l'étudiant souligne que le patient aurait dû être mieux informé sur son diagnostic, son traitement, ses options, etc.

« Il n'a ni expliqué les procédures qui pouvaient être envisagées dans ces cas, ni porté attention à la réaction de la patiente qui continuait de pleurer. Il n'a pas non plus vérifié sa compréhension de la situation. » [134]

« D'abord, mentionnons à quel point les techniques d'urologie sont intimidantes pour le patient puisqu'elles nécessitent non seulement que le patient expose ses parties génitales, mais également qu'il adopte une position très vulnérable : il se couche sur le dos, jambes écartées et pieds dans les étriers, et on s'installe entre ses jambes en vue d'insérer une caméra via son méat urinaire. Jamais je n'ai été témoin d'une explication sur la procédure qui allait suivre. » [150]

Communication centrale pour désamorcer ou régler une situation

Moments où la communication avec le patient ou ses proches est un outil déterminant pour désamorcer un conflit ou trouver un terrain d'entente.

« Quand je l'ai questionnée sur les raisons du refus de son père, elle a raconté une histoire d'effets secondaires d'une transfusion chez sa belle-mère et nié des enjeux religieux. [...] Plus tard, lorsque le père a été rencontré, il a confirmé ces raisons à son refus. Et, une fois les choses mieux expliquées, il a dit qu'il pourrait être ouvert à l'idée d'une transfusion si cela s'avérait absolument nécessaire. » [44]

« Finalement, j'ai essayé d'expliquer au père en restant calme que j'essayais seulement de faire mon travail et que l'on n'avait pas plus de doutes sur lui que sur d'autres parents dans la même situation. Cela a partiellement désamorcé la situation. » [27]

Manque d'empathie

Passages où la manière de communiquer n'était pas empathique ou aurait dû l'être davantage dans le contexte.

« L'annonce s'est faite dans un contexte impersonnel, sans chaleur ni empathie. Une tonne d'informations a été donnée à la patiente dans un temps très court et sans aucun effort de vulgarisation. » [98]

« Une approche plus informative, plus douce et plus respectueuse, indépendamment des préférences personnelles de la patiente, aurait pu mener à un compromis entre la patiente et le médecin. » [49]

Vérité, mensonge

Passages où l'information transmise au patient est erronée, occultée, faussée ou incomplète, ou qu'il y a un questionnement sur le dévoilement de l'information.

« La patiente lui demande si sa lésion est cancéreuse et si elle est dangereuse. Le médecin affirme qu'il est certain qu'il s'agit d'une tumeur GIST (tumeur stromale gastro-intestinale) et que ce genre de tumeur se traite normalement très bien. Il ne mentionne pas les autres diagnostics possibles et n'aborde pas la possibilité d'une tumeur maligne au pronostic plus sombre. » [17]

« Par ailleurs, par souci de transparence, lui expliquer pourquoi une cystoscopie avait été faite – malgré que ce soit par accident – pourrait éviter l'incompréhension et un bris de confiance ultérieur, dans le cas où la patiente découvrirait qu'elle avait eu cet examen sans l'avoir su. » [76]

Annonce de mauvaise nouvelle

Situations de communication particulières où l'équipe médicale, incluant parfois l'externe, doit annoncer une mauvaise nouvelle à un patient.

« À ce point, j'ai ressenti ma gorge se serrer un peu, en sachant que ça allait être moi, la responsable de lui dire qu'elle avait un cancer du sein. C'était la première fois que j'avais à faire ce rôle de divulguer, et je savais que ça n'allait pas être facile. » [39]

« Dans le cadre de ce stage, je ne peux compter le nombre de fois que j'ai été témoin de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en moins de cinq minutes. » [100]

Communication avec l'externe

Passages où c'est la communication directe avec l'étudiant qui est décrite et où elle n'est pas optimale.

« [...] ce médecin est entré sans crier gare dans le bureau où je venais de rencontrer un patient. Sans se présenter, il a jeté un coup d'œil à ma note manuscrite et a commencé à critiquer la structure qui n'était pas adéquate selon lui. » [111]

« Lorsque j'ai adressé la parole au patron, il ne m'a pas répondu, même aller jusqu'à m'ignorer et s'est reviré pour partir sans me dire un mot. » [90]

Langue

Situations où la différence de langue entre interlocuteurs constitue une problématique.

« Une fois rendue chez elle, je me rends compte que la dame est unilingue anglophone. [...] La résidente a d'ailleurs beaucoup de difficulté à aborder le thème des niveaux de soins confortablement et la patiente fait des mésinterprétations. » [162]

« Le patron tenta alors d'expliquer à la patiente à l'aide de dessins, peu clairs de mon point de vue, la chirurgie qu'il souhaitait faire. Le consentement libre et éclairé à une chirurgie comprend l'explication de la chirurgie, déjà fastidieuse dans ce cas-ci; de ses complications, totalement omises ici. [...] J'ajouterai aussi que dans le cas de barrière langagière, nous avons tendance à infantiliser nos patients, les traitant comme s'ils n'étaient pas aptes à comprendre la situation, alors qu'ils sont totalement adéquats intellectuellement, mais que c'est le mode d'expression qui ne l'est pas. » [184]

Autres

Passages non classifiables, dont le sous-thème était peu ou pas du tout récurrent. En voici quelques brefs exemples :

- Un des externes décrit une discussion difficile avec des parents par rapport à l'urgence d'effectuer une césarienne où il était l'intermédiaire entre eux et son patron, avec qui il communiquait par téléphone puisqu'il n'était pas sur place.
- Une situation différente impliquant aussi une discussion par téléphone est décrite dans une autre vignette, dans ce cas où des proches devaient être contactés et devenaient verbalement agressifs, ce canal de communication n'étant donc pas du tout facilitateur.
- Un autre décrit une problématique émergeant du fait que les membres d'une équipe médicale requestionnaient sans cesse un patient sur les raisons de son refus d'un certain

examen; il se questionne à savoir s'il n'aurait pas été plus adéquat de se satisfaire de sa première réponse.

- L'un d'eux fait face à un patient difficile au niveau relationnel et va jusqu'à se questionner si lui-même manque d'empathie pour expliquer les difficultés de communication.
- Deux situations décrivent une difficulté de communication avec des patients en raison de l'altération ou l'incertitude par rapport à leur état de conscience.
- L'un deux parle de l'importance de la communication entre membres de l'équipe médicale après avoir présenté une situation où des malentendus ont porté préjudice au patient.

Meilleur intérêt du patient

Désigne les passages se rapportant, le plus souvent, aux concepts de *bienfaisance* et de *non-malfaisance* auxquels se réfèrent les étudiants, ou encore simplement les passages où la discussion se centre sur ce qui serait le mieux pour le patient.

Optimiser les soins

Situations où il est question de procurer activement les meilleurs soins, où l'externe se questionne sur ce qui serait le plus bénéfique pour le patient.

« Pourquoi laisser un patient à lui-même, au désespoir, en se disant que toutes les interventions possibles seraient inefficaces d'emblée sans en avoir essayé une seule? Le patient dont je m'occupais avait selon moi besoin de parler, de discuter longuement avec quelqu'un qui ne le jugerait pas, malgré son aphasie persistante, pour mieux comprendre ses émotions. » [18]

« Cependant, malgré qu'ils ont pris les meilleures décisions dans l'intérêt du patient selon eux, ce ne sont peut-être pas les meilleurs choix selon le patient. » [88]

Ne pas nuire

Situations où il est question d'éviter un geste ou un soin pour le bien du patient.

« Quelle que soit leur décision, il demeure important de se questionner par rapport à l'acharnement thérapeutique afin d'être certains de ne pas causer plus de tort que de bien à notre patient. » [34]

« De plus, cette situation vient à l'encontre du grand principe de non-malveillance, puisqu'en ne prenant pas la peine d'écouter la mère de la patiente et en la poussant au point de pleurer, cela ne peut pas avoir été fait dans la meilleure intention envers le patient ou ses proches. Au lieu d'avoir aidé cette famille dans une situation difficile, je pense qu'en définitive l'attitude du médecin a probablement davantage nuit. » [83]

Autonomie, consentement

On désigne ici toute situation où il est question de consentement ou d'autonomie du patient. Le consentement est le processus par lequel une personne manifeste sa volonté et son accord pour se soumettre à un acte médical. Au sens légal et au sens où il est communément utilisé en médecine, celui-ci doit, pour être valide, être libre, éclairé, donné par une personne apte et spécifique à l'intervention à laquelle le patient consent. Il est requis pour tous les soins, qu'ils soient des prélèvements, des examens, des traitements ou des interventions plus ou moins invasives, tel que prévu dans le Code civil : « Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit leur nature. » (RLRQ c CCQ-1991, article 11). Il découle de plusieurs concepts qui sont aussi repris et nommés par les étudiants, soit l'autodétermination, l'intégrité et l'inviolabilité de la personne et le respect à la vie privée. L'autonomie renvoie quant à elle à ce principe d'autodétermination, une valeur faisant appel aux notions de liberté, mais aussi de responsabilité par rapport aux agissements devant se faire dans le respect de la dignité humaine (Gaucher, Lexiques d'éthique, 2015, p. 237). De façon pragmatique, l'autonomie s'entend comme le droit de décider et de suivre son propre plan de vie (Lajeunesse, 2019), sens auquel se réfèrent le plus souvent les étudiants.

Notons que ces notions ont toutes été regroupées et n'ont pas été subdivisées en sous-thèmes comme nous l'avons fait pour les autres thèmes. Il est donc question de consentement aux soins, à une chirurgie, ou à toute autre action entreprise par le système de santé. On désigne des passages où le consentement n'est pas libre et/ou n'est pas éclairé. Ceux où un patient ou ses proches refusent un traitement ou insistent pour en obtenir un. Ceux où on traite de

consentement des mineurs. On inclut également tous les passages où on traite d'autonomie du patient, notion qui s'enchaîne souvent aux questions de consentement dans les récits, du fait de leurs natures connexes. C'est donc également ici qu'on inclut les passages ayant trait au niveau de soins.

« Le premier malaise que j'ai ressenti fût quand le conjoint de la patiente refusa catégoriquement l'épidurale pour sa conjointe sans sembler lui en parler alors que cette-dernière était manifestement souffrante. » [77]

« Le pire, c'était de statuer sur le niveau de soins avec [ses enfants]. Ils ne pouvaient pas envisager autre chose que le niveau de soins 1, ce qui impliquait pour l'équipe de réanimer une dame qui ne faisait que souffrir et qui, de toute façon, ne survivrait probablement pas à la réanimation. » [99]

« Lorsque le patron et moi sommes retournés voir le patient pour lui expliquer que sa hernie était fort probablement étranglée et qu'une chirurgie était nécessaire pour traiter sa condition, ce dernier refusa catégoriquement en disant qu'il n'était pas prêt à subir une chirurgie ce jour. Le médecin visiblement contrarié lui dit alors d'un ton sec que s'il ne subissait pas la chirurgie rapidement il allait décéder dans les heures suivantes et que la chirurgie aurait donc lieu ce jour. Le médecin quitta alors la civière du patient sans lui laisser le temps de répondre. Le médecin a alors consigné au dossier que le patient a consenti à la chirurgie et que les risques associés lui furent expliqués. » [131]

Déontologie du patron

Désigne des passages très variés, dans lesquels il y a un manquement déontologique ou encore qui impliquent la responsabilité du patron au sens large. Le concept de responsabilité dont il est question ici et auquel font référence les récits étudiants correspond bien à la définition proposée dans l'ouvrage de Payot et Janvier : elle consiste à la fois en l'imputabilité du médecin vis-à-vis des choix qu'il effectue en termes médicolégaux ainsi qu'en « la capacité de répondre aux attentes et de promouvoir l'intérêt du patient dans les soins offerts. » (Gaucher, 2015, p. 237) La déontologie renvoie principalement au professionnalisme, soit les comportements attendus des médecins et encadrés par des règles regroupées, au Québec, dans le Code de déontologie des médecins (RLRQ c M-9, r 17). Issues de ce que constituent les devoirs moraux des médecins, ces

règles encadrent la compétence et la qualité des soins, l'intégrité et le respect du secret professionnel, pour n'en nommer que quelques-uns (Larose, 2015, p. 93).

Responsabilité légale du patron

Situations impliquant le devoir déontologique du médecin de prendre en charge ses patients; par exemple, une ambiguïté à savoir jusqu'où va sa responsabilité, un délai dans la prise en charge, une erreur ou une potentielle erreur médicale, etc. Au sens légal du terme, on se réfère à la responsabilité civile médicale.

« Une fois la consultation terminée, il était rendu 16h. On a donc signalé le médecin, mais on n'a jamais eu de retour d'appel. [...] On est donc restés à l'hôpital jusqu'à 17h avec l'espoir qu'il vienne nous rejoindre pour réviser la consultation, mais il n'est jamais venu. » [16]

« Alors qu'il remplissait la demande de salles d'opération, je lui ai demandé s'il était possible de diminuer les saignements avec du Cyklokapron en attendant la chirurgie, comme j'avais déjà vu avec des cas de ménorragies. Il m'a dit d'emblée que c'était une bonne idée et l'a prescrit aussitôt, sans regarder les antécédents de la patiente, qui avait déjà eu un AVC. À ce moment-là, je ne savais pas que ce médicament était contre-indiqué avec un tel antécédent... » [85]

Jugement, moqueries

Passages où un patron pose délibérément un jugement sur un patient ou s'en moque.

« En préparant le matériel, nous l'avertissons que la procédure peut être inconfortable, voire douloureuse. Celle-ci [la patiente] éclate en sanglots. [...] Après la procédure, la patronne me mentionne à nouveau que la patiente exagérait et que la ponction s'est très bien déroulée. Elle mentionne aussi d'autres commentaires désobligeants devant les autres externes et résidents plus tard dans la journée à propos de cette patiente. » [74]

« Il a mentionné devant ce patient à quel point il n'était pas compliant avec son traitement, comment il n'arrêtait pas de lui dire qu'il ne comprenait pas bien ce qu'il devait faire alors que c'était plus que simple selon lui, comment plusieurs de ses problèmes étaient "dans sa tête" et qu'il ne comprenait toujours pas pourquoi il continuait à le voir comme s'il s'agissait d'une perte de temps. » [113]

Comportement déplacé

Passages où il est question d'un comportement inapproprié et éventuellement condamnable de la part d'un médecin.

« Après avoir parlé de films avec les infirmières, le médecin s'est exclamé en voyant entrer une patiente corpulente dans la pièce : "Hey ! Shrek !" » [150]

« Une fois les étapes plus délicates terminées, l'ambiance commença à se détendre et les blagues débutèrent. [...] elles étaient à caractère sexuel et visaient principalement les femmes. Je ne savais pas quoi penser ni comment me sentir à ce moment-là. C'était la première fois que j'étais témoin d'un aussi gros manque de professionnalisme. » [160]

Agir à l'encontre du consentement

Situations où un geste est posé malgré l'absence de consentement ou sans même le rechercher, comme l'imposition d'un niveau de soins ou d'une intervention chirurgicale.

« Le patron a d'emblée suggéré un niveau de soins 3, sans expliquer qu'il y a possibilité, si nécessaire, de recevoir des antibiotiques pour des infections ou des transfusions si l'hémoglobine chutait trop bas. » [40]

« Par la suite, la chirurgienne a commencé à faire une salpingo-ovariectomie bilatérale [SOB] même si ce n'était pas l'objectif initial de la chirurgie. Lorsque j'ai demandé si cette intervention avait été discutée au préalable avec la patiente, on m'a répondu en riant qu'aucun autre chirurgien n'aura envie de venir faire une SOB dans le futur si nécessaire. » [67]

Confidentialité

Situations où la confidentialité des informations des patients est compromise ou même rompue.

« Au moment de réviser l'histoire de cas du patient que j'ai vu et de répéter son examen physique, le patron reçoit un appel et y répond. [...] Devant le patient, moi-même et la porte toujours ouverte, le médecin se met donc à décrire le cas pour lequel il demande une consultation, en incluant l'identité et l'âge de la patiente, en décrivant ses symptômes et en se permettant des commentaires non médicaux sur certaines de ses caractéristiques psychologiques et sur son origine ethnique. » [82]

« Nous devons aller annoncer la nouvelle à la famille du patient. Nous nous sommes donc rendus dans la salle d'attente pour les proches des patients. [...] Dès qu'ils se manifestèrent, le médecin se mit à leur expliquer le déroulement de la chirurgie qui venait de se terminer

en n'omettant aucun détail au sujet des antécédents, de la condition et du pronostic (qui s'annonçait plutôt mauvais) du patient. Le tout au milieu de la salle d'attente où se trouvaient quelques autres familles. » [123]

Facturation

Situations impliquant des actes médicaux potentiellement posés uniquement en vue d'être facturés, potentiellement facturés sans avoir été posés, où la facturation est impliquée dans les soins prodigués.

« D'un autre côté, je me demande si dans ce cas la facturation a été justifiée, étant donné que mon patron [n'est] pas vraiment intervenu auprès de la patiente. » [24]

« " Quoi? Cette patiente-là n'a même pas de RAMQ et tu passes tout ce temps à m'en parler? Je ne veux pas que tu m'en parles pour encore plus que 30 secondes, je fais du pro bono là! " Il ne m'a en effet pas écoutée pour beaucoup plus que 30 secondes supplémentaires et sans porter attention au plan auquel j'avais réfléchi. » [191]

Autres

Passages non classifiables, dont le sous-thème était peu ou pas du tout récurrent. En voici quelques brefs exemples :

- Dans une vignette où l'externe décrit avoir été forcé par un résident d'écrire que l'examen physique était normal alors qu'il n'avait pas été effectué, il aborde le fait que ce comportement remet en fait en doute tout ce que ce résident écrit dans les dossiers.
- Un patron doit mettre fin à une relation thérapeutique avec un patient pour un motif valable, mais il ne le réfère pas à un collègue pour la suite du suivi.
- Un étudiant a été incité à effectuer une technique (ponction artérielle) sur un patient alors qu'elle était non médicalement nécessaire.
- L'un d'eux aborde l'enjeu de l'utilisation du cellulaire au travail, alors qu'il décrit avoir observé un patron l'utiliser à des fins récréatives pendant une partie de sa journée.
- Dans une des vignettes, un patron dénigre ouvertement la compétence d'un collègue médecin, ce qui, comme le souligne l'étudiant, est contraire au code de déontologie.

Enjeux d'apprentissage

Englobe les enjeux liés à l'apprenant, l'enseignant, la pédagogie, le contexte de formation et le plus souvent en lien avec le statut d'externe dans les milieux cliniques.

Manque de connaissances ou de compétences

Situations cliniques où le manque d'expérience de l'externe se fait directement ressentir, par exemple par manque de connaissances face à un patient ou lorsqu'il est confronté à une procédure pour la première fois.

« Donc, pour mon premier cas de ma première journée de mon nouveau stage, je devais annoncer à cette femme que son bébé était mort. Je ne me sentais aucunement à l'aise de faire ça, mais il n'y avait toujours aucun signe de la patronne, [...] et je me suis dit que la résidente ne m'aurait pas attribué ce cas si elle pensait qu'il n'était pas approprié pour mon niveau. Sous la pression, j'ai décidé de voir la patiente. » [71]

« [...] ma patronne me demande d'aller admettre une patiente de 30 ans en psychiatrie qui avait été préalablement vue à l'urgence pour des idées suicidaires. N'ayant jamais fait d'anamnèse psychiatrique en dehors des cours d'IMC/IDC, la médecin de famille me fait un court topo des éléments sur lesquels insister. Je me lance donc et naïvement, vais questionner seule cette patiente. [...] " Prendre des risques ", " se mouiller ", voilà des expressions qu'on entend souvent à l'externat. Il faut certainement le faire, tant que cela ne nuit pas aux patients. Mon entretien avec la patiente ne lui a en rien porté préjudice : elle connaissait mon statut d'étudiante, je ne crois pas avoir fait de faux pas, mon intervention n'a pas retardé sa prise en charge et mes diagnostics de dépression majeure et de personnalité limite ont été confirmés par le psychiatre le lendemain. Pourtant, j'ai ressenti le syndrome de l'imposteur comme jamais auparavant. » [194]

Inconfort par rapport à la hiérarchie

Tout passage où l'étudiant mentionne directement ou non que la hiérarchie en place a une influence négative.

« Le résident et moi sommes retournés à la salle des consultants, et il me faisait part de son inconfort face à cette situation. Étant résident 1, il se voyait mal expliquer à cette patronne pourquoi il tenait à faire la consultation tout de même. L'urgentologue avait vu les ECG (car elle les avait signés); si le résident soulevait des anomalies à l'ECG qu'elle n'avait pas vues,

ceci aurait peut-être été perçu comme un affront ou un manque de respect, car il serait en train de questionner sa compétence en tant que médecin. » [52]

« L'externe, symboliquement en bas de l'échelle, vit régulièrement des enjeux où il peut se sentir impuissant face à la situation. » [152]

Définition du rôle de l'externe

Passages où l'étudiant aborde ou se questionne sur son rôle dans les milieux cliniques ou dans la situation décrite ; rôle qui, comme externe, est souvent vague et variable selon le milieu et la spécialité.

« Ainsi, le patron me répond qu'il n'a rien dit car le couple n'a pas posé de questions. [...] J'étais estomaqué. Il aurait dû leur dire. Mais moi, jeune externe depuis seulement 3 mois, vais-je aller leur expliquer ? Non. Je ferais alors probablement face à plusieurs interrogations de leur part, et je ne saurais quoi dire. » [4]

« [...] j'aimerais partager une situation où je ne me suis pas senti à l'aise par rapport à mon rôle en tant qu'externe dans les soins de santé du patient : *Durant un stage d'externat de gynécologie-obstétrique, en clinique externe de suivi de grossesse, le patron vous confie une liste de patients à voir [...] Lorsque vous révisiez avec le patron, celui-ci consulte votre note d'évolution, en discute avec vous et s'assure que vous n'avez rien manqué. Il prend le temps de saluer la patiente, mais ne la questionne pas et ne la réexamine pas. Il vous donne ensuite les ordonnances nécessaires et vous laisse congédier la patiente en lui donnant les conseils d'usage. Il fait de même pour les autres patientes que vous voyez ce matin-là; il lui arrive même de ne pas voir la patiente du tout, se fiant seulement à votre histoire, à votre examen et à vos notes. Quel est notre devoir en tant qu'externe dans cette situation? Y a-t-il des situations où le patron doit absolument revoir la patiente pour éviter des complications liées à des pathologies non reconnues par l'externe par manque d'expérience?* » [107]

Apprentissage versus patient

Situations où il existe une tension entre ce que l'externe devrait faire ou voir en vue de son apprentissage, et le bien-être du patient soit en termes de ce que seraient les soins les plus optimaux ou de ses préférences de soins.

« J'étais pris entre deux pôles, soit la patiente qui ne désire clairement pas d'examen gynécologique de ma part et le patron qui n'accepterait pas que je ne veuille pas procéder à l'examen physique advenant que l'hôpital où tout cela a lieu est un milieu d'enseignement. » [43]

« En effet, je trouvais inapproprié que le résident me dise de refaire un gaz artériel à la patiente sans avoir d'indication réelle de lui en faire un. La seule raison pour laquelle il me disait de faire un gaz artériel était pour mon propre apprentissage et non dans l'intérêt de la patiente. » [117]

Autres

Passages non classifiables, dont le sous-thème était peu ou pas du tout récurrent. En voici quelques brefs exemples :

- Un étudiant qui a observé des comportements inappropriés d'un patron souligne le fait qu'il devrait plutôt agir comme modèle, surtout dans un contexte où les stages ont lieu dans des milieux universitaires d'enseignement. Un autre souligne au contraire le fait qu'il a observé des modèles positifs, ce qui contribue à son apprentissage.
- Une situation qui va au-delà du manque de compétences décrit plus haut implique une étudiante qui a été laissée seule dans une situation médicale qui a mal évolué pendant très longtemps, au point où la patiente dont elle tentait de s'occuper, qui présentait une hémorragie post-partum massive, aurait pu en décéder.
- Un externe voit son rôle complètement discrédité par une infirmière devant le patient qu'il est en train d'évaluer.

Justice

Plusieurs courants éthiques et philosophiques se sont intéressés au concept de justice. Il existe donc différentes théories de la justice, chacune proposant une définition concrète et une conception relativement distincte de ce terme. De façon générale, il est tout de même possible d'avancer que ce qui est juste consiste en ce que chaque individu reçoive ce qui lui est dû ou ce qu'il mérite. Le concept de justice se réfère également le plus communément, dans le contexte des soins de santé et à un niveau social, à la distribution appropriée des ressources (Gaucher & Racine, 2015, p. 75). Ainsi, on classifie ici les passages où il y a injustice dirigée vers un individu, correspondant à la première partie de la définition, ou encore injustice secondaire à l'organisation du système ou à l'accès à celui-ci, correspondant plutôt à la deuxième partie de la définition.

Traitement discriminatoire basé sur un jugement

Situations où un patient subit un traitement sous-optimal, inadéquat ou ne reçoit pas de traitement secondairement à un jugement négatif, de quelque nature que ce soit, posé sur lui par le patron ou tout membre de l'équipe médicale.

« Puis, l'anesthésiste a pris la décision d'anesthésier plus précocement le patient tout en sachant que le chirurgien n'était pas près d'arriver. [Il] a mentionné "ça n'avait pas de bon sens, je n'étais plus capable de l'entendre." » [23]

« On me rappela bientôt pour aller auprès d'une patiente à son deuxième trimestre de grossesse qui avait une douleur thoracique. La patiente n'était pas en détresse apparente, mais était très inquiète [...]. Cependant, plusieurs membres de l'équipe émettaient leur désapprobation, comme quoi une patiente qui se présente pour cette raison, apparemment musculo-squelettique, ne vient que pour chercher de l'attention. [...] Cependant, quand je demandai qui pouvait venir réviser le cas, la résidente m'interrompit en s'excusant de mon impertinence auprès du patron et me répondant qu'elle allait venir, mais plus tard, car ça n'était pas pressant et qu'il fallait bien apprendre aux patientes qui viennent pour rien à l'hôpital que ce n'est pas agréable, pour casser l'habitude. » [172]

Questionnements sur l'utilisation judicieuse des ressources

Passages où l'étudiant se questionne sur la pertinence de la distribution actuelle des ressources, ou de l'utilisation de ressources dans une situation particulière.

« Pourquoi une patiente atteinte d'une maladie reconnue ne serait-elle pas éligible au seul traitement connu ? Vu le nombre limité de foies disponibles, il existe des critères d'exclusion qui incluent la consommation active, et selon le principe de justice, une greffe hépatique serait plus judicieuse chez une personne éligible. » [55]

« Il pourrait paraître déraisonnable de faire autant de soins à un patient qui risque de ne jamais quitter l'hôpital. Les coûts importants pour la société sont non négligeables puisque ce genre de situation ne semble pas isolé. » [101]

Influence des contraintes de temps sur les soins

Situations où le manque de temps, souvent de nature organisationnel, a un impact négatif sur les soins aux patients.

« Par contre, la contrainte de temps (que les résidents et médecins subissent) l’a forcée à diagnostiquer une démence et une inaptitude à consentir, chez une patiente qui ne l’était pas. » [33]

« J’imagine que le patron ne voulait pas fondamentalement heurter cette patiente, que son but n’était pas de nuire. J’en conviens : lorsqu’on a annoncé un millier de diagnostics de cancer dans sa vie, on peut commencer à trouver ça normal, voire banal. Le médecin a pu se sentir pressé compte tenu du nombre important de patients à voir cette journée-là, ce dernier voulant sans doute se rendre disponible de façon juste et équitable pour tous. » [134]

Manque de couverture d'assurance

Situations où le patient n’a pas d’assurance médicale, affectant ou pas la quantité ou qualité des soins reçus.

« Bref, elle n’a pas de statut clairement défini et n’a donc pas le droit à l’assurance maladie. Lily et John ont économisé autant qu’ils ont pu afin de payer l’accouchement mais ils craignent de ne pas en avoir suffisamment. John sort une grosse liasse de billets, et il compte combien il lui reste. Il me dit qu’il a déjà fait un gros dépôt sur la chambre. Le reste va servir à payer les médecins et il me demande quels sont mes honoraires. » [31]

« Vous comprendrez donc, comme nous à ce moment, qu’elle vient d’être transportée en ambulance (deux fois), transférée d’un autre hôpital (avec une duplication des frais hospitaliers) et qu’elle est aux soins intensifs (avec des frais de près de 10000\$/jour), sans couverture d’assurance. » [45]

Autres

Passages non classifiables, dont le sous-thème était peu ou pas du tout récurrent. En voici quelques brefs exemples :

- Deux étudiants font mention de situations où ils voient de l’injustice pour un enfant à naître. Dans la première situation, l’étudiante est affectée par la consommation d’alcool d’une mère pendant la grossesse. Dans la deuxième, un étudiant décrit une injustice potentielle pour le futur d’un enfant pour lequel des parents refusent des interventions urgentes lors de l’accouchement.
- Une situation assez singulière est décrite où une étudiante voit au bureau avec sa patronne une patiente qui présente des douleurs chroniques et une difficulté à la marche,

à qui elles prescrivent un arrêt de travail. Ils croisent ensuite par hasard la patiente à l'extérieur de l'hôpital, sans son accessoire de marche, manifestement peu en douleur. Elle se questionne donc sur l'« abus » que certains patients font du système de soins.

- Les patients qui habitent en région n'ont pas toujours accès aux mêmes ressources, ce qui amène un étudiant à se questionner sur la justice entourant la répartition des ressources dans la province.

Autorité

L'autorité est une « qualité, [un] ascendant par lesquels quelqu'un se fait obéir » (Larousse 2007). On inclut donc ici les situations où on ressent l'effet de la hiérarchie médicale, qui se manifeste de différentes manières, mais qui implique la plupart du temps l'autorité d'un « supérieur » par rapport à l'externe, soit un résident ou un patron.

Intimidation

Soit par des gestes ou des paroles, passages où l'étudiant est victime ou témoin d'intimidation par un superviseur en position d'autorité.

« Lorsque je faisais des points de suture, la patronne avec qui j'étais me donnait des petites claques sur la main lorsque je ne tenais pas bien la pince. [...] C'est un geste anodin qui peut facilement passer pour une blague, une plaisanterie pour alléger l'atmosphère. Sur le coup, j'étais surprise et je riais de manière nerveuse car je ne savais pas trop comment réagir. Cependant, j'éprouvais un malaise. J'ai trouvé le geste dégradant, me ramenant à la réalité de la hiérarchie patron-externe. » [2]

« [L'anesthésiste] renchérit : " C'est déjà assez inutile un externe, faut ben leur apprendre quelque chose ". [...] Quelques minutes plus tard, il me dit brusquement " Hey l'externe ! Rends-toi donc utile et amène le pôle à soluté vers nous. " » [133]

Opinion peu considérée

L'externe ou un résident voit son avis ou ses interventions minimisées ou ignorées puisqu'en position hiérarchique plus basse.

« Suite à cette expérience, lors d'une discussion sur l'éthique, j'ai partagé mes questionnements avec le responsable du stage. Sa réponse m'a laissé un peu bête : " ce n'est

pas la place d'une externe de juger, et surtout pas de remplir des rapports d'incident/accident. Les externes sont là comme observateurs, et c'est au chirurgien de décider s'il y a quelque chose à rapporter. " » [164]

« Encore une fois, j'ai abordé la question avec le patron pour savoir s'il aurait été pertinent d'appeler le neveu de madame pour, non seulement lui fait part de la présence de madame aux urgences, mais aussi pour rediscuter du niveau de soins avec lui. [...] Malheureusement, après m'être fait répondre " Ici nous sommes à l'urgence ma belle ! Nous n'avons pas le temps de repasser sur toutes les décisions prises par d'autres personnes ", j'avoue m'être trouvée stupide d'avoir proposé cette option et je ne me suis pas sentie à l'aise de pousser plus loin ou d'aller consulter d'autres professionnels de la santé pour connaître leur opinion. » [203]

Impact sur l'évaluation

Passages où l'étudiant fait part de l'impact que son superviseur, qui est aussi en position d'autorité, soit aussi celui qui l'évalue.

« C'est d'autant plus difficile quand j'estime que la majorité des externes, nonobstant leur niveau de participation au cours d'éthique ou leur désapprobation des situations non éthiques rencontrées au cours de leurs stages, n'iront pas protester ouvertement devant un patron. Et je les comprends; peu importe la quantité de communiqués que la Faculté de médecine envoie pour assurer son support dans nos démarches de dénonciation, le message sous-jacent renforce d'assumer notre position de subordonné, de notre privilège d'être en médecine (qui peut nous être retiré à tout moment), d'attentes d'être " plus Chrétien que le Pape " et que l'évaluation de la même personne qu'on voudrait dénoncer va jouer un rôle déterminant dans notre future carrière. » [110]

« J'ai donc décidé de me choisir (préservé mon lien avec mon évaluateur, préserver l'intégrité de mon stage, ne pas risquer de me tourner mes évaluateurs à dos) plutôt que de protéger le patient ou de respecter mes valeurs. » [150]

Fonctionnement hiérarchique

Passages où il est mentionné du fait que le fonctionnement du travail clinique, de l'apprentissage, est organisé de façon hiérarchique.

« La hiérarchisation dans le domaine de la médecine peut certainement mener à des erreurs semblables pouvant avoir des répercussions beaucoup plus importantes, car les résidents et externes n'osent pas toujours s'opposer à leurs supérieurs et ne peuvent pas prendre de décisions qui vont à l'encontre de ce que pensent leurs patrons. » [116]

« Lorsque nous sommes en stage, il est souvent difficile d'affronter un patron, particulièrement lorsque celui-ci est imposant et peu ouvert à nos commentaires. Au final, celui-ci est en position d'autorité. Dans la plupart des cas, l'environnement hospitalier et le cursus médical nous freinent dans l'expression de nos idées et notre désaccord par crainte des représailles que cela peut avoir sur notre future carrière. » [207]

Faire poser des gestes à l'externe

Sous son autorité, le patron (ou le résident), mène l'externe à poser un geste non souhaité, non éthique ou malgré son inexpérience.

« Quand le résident a lu ma note, il m'a dit d'ajouter que l'abdomen était souple et sans douleur, même si l'abdomen n'avait pas été vérifié. » [56]

« Je n'ai pas eu l'impression d'avoir eu un consentement LIBRE et éclairé de la part de celui-ci. C'est un peu comme si on m'avait forcé à violer l'intimité d'un patient en position de vulnérabilité. J'en était à mon premier stage, étant encore peu à l'aise à exprimer mon opinion au patron, je lui ai obéi, malgré que ce fut un geste qui allait contre mes valeurs. » [94]

Conflits par rapport au cas médical

Désigne les passages où il est question d'un désaccord entre deux parties sur le traitement, le diagnostic, la conduite ou tout autre aspect médical du cas. Le désaccord peut survenir entre famille et équipe médicale, étudiant et médecin, médecin et médecin, etc.

« Alors, le médecin décide d'offrir au fils du patient d'annuler l'examen et de ne pas le reporter ou bien de prendre un rendez-vous pour une colonoscopie longue. Le fils du patient [...] s'inquiète et croit qu'il s'agit d'âgisme de la part du médecin envers son père. » [6]

Pluralisme des valeurs

Désigne les passages où il y a confrontation entre les valeurs des acteurs (patients/familles et externe ou résident/patron), impactant ou pas le cheminement thérapeutique du patient.

Menant à un désaccord sur les soins

Situations où la divergence de valeurs entre soignant et soigné ont un impact sur les décisions médicales.

« En effet, le ton employé par le praticien était assez sec et laissait peu de place à la discussion. Il avait l'air irrité que la patiente ne décide pas d'agir selon ses recommandations. » [136]

« Il est vrai qu'il peut être décevant, voire frustrant pour un médecin de voir son patient relativement en bonne santé, hormis son cancer, refuser un traitement disponible qui aurait pu allonger son espérance de vie. [...] Par contre, le patient demeure maître de son corps et de sa décision. » [201]

Valeurs patron versus patient/famille

Lorsque les valeurs du médecin diffèrent de celles du patient et/ou de ses proches.

« Déjà avant que la patiente et sa mère arrivent dans le bureau, le médecin semblait fâché de leur retard. Il me faisait des commentaires disgracieux sur les patients en retard et sur les gens des générations plus jeunes qui n'accordaient pas d'importance au fait d'arriver à l'heure. » [83]

« Elle était témoin de Jéhovah et s'opposerait conséquemment à recevoir tout produit sanguin indiqué par son état [...] La discussion s'est insidieusement dirigée vers une libre critique des croyances et pratiques des témoins de Jéhovah. » [149]

Confrontation aux valeurs du patient

Lorsque l'étudiant mentionne avoir été confronté à des valeurs divergeant des siennes.

« Tout d'abord, il s'agissait du premier cas depuis le début de mes études qui venait confronter mes valeurs à ce point. » [3]

« Cependant, au cours de mes stages, j'ai constaté à maintes reprises que ce n'est pas toujours facile d'avoir une ouverture d'esprit et d'exercer constamment de l'empathie. J'ai remarqué de plus en plus la présence de nombreux patients qui abusent du système de santé sans en comprendre les conséquences. Comment maintenir une attitude professionnelle face à ces personnes ? » [84]

Enjeux de système

Désigne les passages où l'enjeu en cause est lié à un aspect organisationnel du système de santé, tant au niveau macro que micro-organisationnel.

Pression de productivité

Situations où il est question de l'impératif de productivité subi par les cliniciens, où le manque de temps contribue donc aux enjeux.

« Dès mon arrivée, le patron me dit clairement que dans une clinique d'oncologie gynécologique, étant donné la multitude de patientes, le plus important c'était d'être efficace et de ne pas passer plus de dix minutes avec chacune d'entre elles. » [66]

« Cependant, la réalité étant ce qu'elle est, les contraintes de temps dans les milieux hospitaliers rendent cet idéal très difficile à atteindre et les coins sont parfois tournés ronds. » [180]

Ressources limitées

Lorsque les ressources, en termes de lits, de matériel, ou encore de personnel ou de résidents, sont limitées ou manquantes.

« Dans le contexte des ressources limitées du système de santé et des coûts importants reliés à une hospitalisation de longue durée, on peut se demander si une gestion plus efficace de cas semblables [patients en attente de relocalisation] pourrait permettre à d'autres patients qui sont en attente d'être pris en charge plus rapidement. » [158]

« Alors que j'étais en stage de chirurgie, [...] nous étions deux externes sans aucun résident. Par conséquent, les patrons étant occupés en salle d'opération, nous devions gérer l'étage et les consultations, puis en discuter avec nos patrons. Toutefois, parmi les nombreux appels que l'on recevait, plusieurs demandaient de nous des prescriptions ou de prendre des décisions que l'on ne pouvait pas prendre en tant que simples externes. » [168]

Confidentialité compromise

Lorsque l'organisation, souvent physique, de l'hôpital ou de la clinique ne permet pas de respecter la confidentialité.

« Alors que je me débattais pour fermer le rideau d'une de mes patientes dans une chambre double pour faire son admission, je me suis fait dire par sa voisine " De toute façon même fermé, on entend tout ! " » [54]

Partage de l'information

Situations où le partage de l'information médicale est problématique et contribue à l'enjeu présenté.

« Conséquemment, le manque de communication du suivi médical de la patiente a eu pour effet d'accroître les risques d'erreurs médicales et d'engorger l'unité d'intervention de l'hôpital. » [135]

Continuité, discontinuité

Désigne les passages où il y a rupture dans la continuité des soins ou encore dans le suivi des patients pour l'externe, qui ne connaît pas le dénouement des situations présentées.

Changement de stage

L'externe change de stage et ne sait pas ou ne peut pas relater ce qui est advenu du patient ou de la situation.

« Enfin, pour ce qui est de la suite, je ne la connais malheureusement pas, car je terminais mon stage et j'ai dû changer de milieu. » [36]

« J'ai terminé mon stage avant la rencontre avec le notaire, et je n'ai pas eu de nouvelles sur le destin de cette patiente. » [193]

Changement d'équipe, avis différents

Situations où l'équipe médicale change, par exemple lors du changement de patron hebdomadaire à l'étage d'hospitalisation, et avec ce changement une problématique de suivi ou de divergence d'opinions médicales.

« Toutefois, dans un contexte de fin de semaine et d'équipe réduite, l'intervention n'avait jamais été faite, par manque d'urgence de la situation. Puis, une fois que l'urgence était présente, le médecin traitant du moment a décidé d'annuler la procédure. » [95]

« La patiente revient après son échographie. La grossesse est estimée à cinq semaines. Elle est intra-utérine. Entre-temps, le médecin de garde doit se faire remplacer temporairement par un collègue pour des raisons personnelles. J'explique alors le cas au médecin qui le remplace, [...] Le médecin a une opinion différente. Les risques, pour celui-ci, de tératogénicité pèsent moins dans la balance. On rencontre à nouveau les parents. La nouvelle opinion est présentée. Je vis un malaise. J'ai l'impression que l'alliance thérapeutique s'écroule. Le couple a l'air plus confus que jamais. La rencontre dure cinq minutes au maximum. J'ai l'impression d'avoir fait un gros pas vers l'arrière dans le cheminement que j'avais fait avec les parents. » [109]

Cas médicalement complexe

Situations où il n'y a pas a priori un dilemme éthique, mais dont la complexité médicale du cas constitue en soi le dilemme, du fait de sa place centrale dans la vignette. On parle de cas où, par exemple, le traitement d'un patient est difficile à déterminer en raison des multiples comorbidités et de l'unicité de la condition médicale.

« La situation clinique implique une patiente âgée d'environ 55-60 ans admise pour insuffisance hépatique aigue secondaire à une hépatite alcoolique. La patiente est déjà connue pour une cirrhose alcoolique avancée avec un score Child-Pugh C, ainsi que de multiples antécédents psychiatriques. La situation socioéconomique de la patiente est compliquée. Venant d'un milieu socioéconomique démuné, elle est la victime de violence tout au cours de sa vie : elle a grandi dans une famille alcoolique, elle est victime de viol à l'adolescence et elle perd le seul enfant qu'elle aura en jeune âge. Son conjoint est alcoolique, invalide et atteint de cécité. Leur cercle social est extrêmement limité, sa relation avec le reste de sa famille étant rompue depuis des années.

D'un point de vue clinique, son pronostic de récupération est pauvre dès sa présentation à l'urgence. Elle est hypothermique et hypoglycémique, et ses résultats de laboratoire montrent des valeurs critiques de thrombopénie, d'hyponatrémie et d'hyperbilirubinémie, ainsi qu'une coagulopathie sévère secondaire. Elle se présente en encéphalopathie hépatique avancée. De plus, même si elle survit l'insuffisance hépatique aigue, sa cirrhose est à un stade très avancé et le seul traitement serait une greffe de foie, mais la patiente n'est pas éligible en raison d'une consommation active d'alcool. » [55]

Comportement problématique du patient

Situations où le comportement du patient pose un problème et contribue à l'enjeu éthique.

Attitude menaçante, de confrontation

Passages relatant un comportement menaçant ou confrontant du patient ou de ses proches.

« Dès ce moment, elle a commencé à m'attaquer verbalement en me disant que je lui faisais perdre son temps, que je n'étais qu'une pauvre étudiante qui ne pouvait rien changer dans sa vie, que je n'étais bonne à rien, que je ne pourrais jamais graduer de la médecine et plus encore. » [61]

« Monsieur traduisit quelques mots à sa femme, et il ne sembla pas y avoir de problème, jusqu'au moment où il me vit enfile le gant stérile sur une main et appliquer sur mes 2 doigts le lubrifiant facilitant l'examen. Il entra alors dans une sorte de colère en criant qu'il ne laisserait pas un étudiant s'occuper de l'examen de son épouse, sous prétexte d'ignorance et de manque d'expérience. » [77]

Exhibitionnisme, attitude à caractère sexuel

Situations où le patient fait preuve d'exhibitionnisme ou a une attitude à caractère sexuel envers l'externe.

« Lorsque je m'apprête à sortir, le patient me " donne une tape sur les fesses ". » [118]

Gestes à l'encontre des directives médicales

Situations où le patient non seulement agit à l'opposé de ce qui est souhaité par l'équipe médicale, mais où cela pose un problème.

« Quelques minutes plus tard, le père est revenu à la salle d'accouchement avec le bébé dans les bras, l'ayant sorti des soins [intensifs] sans l'accord de la pédiatre. Il voulait absolument faire le peau à peau entre la mère et le bébé même si l'état de l'enfant n'était pas tout à fait stabilisé. » [25]

Autres

Passages non classifiables dans aucune des grandes catégories, dont le thème était peu ou pas du tout récurrent. En voici quelques brefs exemples :

- Situation où il y a suspicion de maltraitance envers des enfants par leurs parents.

- Vignette où la problématique découle du fait que l'équipe médicale soupçonne un patient de réclamer des médicaments narcotiques pour en abuser et qui finit en impasse, soit que le patient quitte l'hôpital en se plaignant toujours de douleurs non soulagées.
- Un étudiant relate une discussion avec une patiente vue en clinique qui lui demandait explicitement de garder secrètes certaines informations qu'elle lui avait révélées et de ne pas en parler à son patron, soit le médecin traitant de la patiente.
- Une étudiante rapporte avoir eu dans la liste de patientes qu'elle devait voir le nom d'une de ses bonnes amies et qu'elle apprenait donc involontairement que celle-ci était atteinte d'un cancer, ce qui a été émotionnellement très difficile.
- Finalement, une autre situation singulière est celle d'une étudiante qui croise à sa sortie de l'hôpital une patiente dont elle avait eu soin et qu'elle savait porteuse d'un accès intraveineux par lequel elle recevait ses antibiotiques à l'hôpital. Elle savait aussi que cette patiente était utilisatrice de drogues intraveineuses, ce qui l'a poussée à avertir les policiers que la patiente était sortie de l'hôpital et qu'elle craignait qu'elle utilise cette voie d'accès pour s'injecter des drogues. Évidemment, cette situation suscite des questionnements éthiques de toutes sortes.

Narratif

Deuxième partie du codage : thèmes narratifs

Posture critique

Désigne les passages où l'étudiant se positionne par rapport à la situation, émet une opinion ou exprime ses questionnements.

« J'ai l'impression que si on demandait clairement au début de chaque rencontre au patient si ça lui dérange que la rencontre soit filmée et écoutée par d'autres à des fins académiques, on aurait des refus plus fréquents. Est-ce éthique de ne pas aviser les patients qu'ils sont filmés, et ce, pour des fins académiques ? Est-ce que les patients ont leur mot à dire en ce qui concerne la présence d'étudiants dans leur dossier même si on se trouve dans un hôpital universitaire ? » [8]

« C'était la première fois que je voyais une vraie situation de fin de vie, mais aussi le point de vue d'un vrai patient sur l'acharnement thérapeutique. J'ai trouvé ma patronne extrêmement bonne dans son discours et dans le fait qu'elle lui ait offerte la possibilité d'arrêter ses traitements. Cela a permis au patient de choisir le traitement qui lui convenait vraiment de manière libre et éclairée. J'ai aussi beaucoup apprécié le fait qu'on ait pris le temps de se questionner sur les attentes du patient. Si ce n'avait pas été fait, le patient aurait continué à perdre de sa qualité de vie et ne serait peut-être pas décédé dans la dignité et dans le confort. » [57]

Appropriation au *je*

Tous les passages où l'étudiant s'approprie la situation, où il ne fait pas que simplement décrire la situation de l'extérieur, ont été codés ici. Dans bon nombre de vignettes, il est possible d'apprécier une transition entre les passages descriptifs et les passages où débute une appropriation plus personnelle, se reflétant le plus souvent par l'utilisation du pronom *je*. Plusieurs des autres codes narratifs ci-après peuvent donc être englobés sous ce code plus général.

« Deuxièmement, un autre enjeu éthique soulevé par cette situation est celui de l'acharnement thérapeutique. Lorsque je me suis trouvée confrontée au fait que la patiente pour laquelle je devais évaluer la nécessité d'une chirurgie était dans un état de démence avancée et considérée inapte à consentir aux soins, je me suis sentie prise au dépourvu. » [34]

« J'ai personnellement été témoin d'un enjeu qui m'a profondément bouleversé de par la gravité des conséquences rattachées à cette situation. » [40]

Sentiments, émotivité

Désigne tout passage où il est question d'une émotion exprimée par l'étudiant ou qui fait référence au vécu émotif de la situation.

« Un père de 88a, lourdement handicapé par une démence vasculaire, une FAc [fibrillation auriculaire chronique], ne s'exprimant pratiquement pas, se présente avec des vomissements fécaloïdes. Lors de ma garde, la radiologue m'apprend l'urgence chirurgicale : obstruction du

grêle distal sur hernie voire possible volvulus. Vue mon inexpérience, j'avoue que la jeune externe que je suis se sentait déjà dépassée par les événements, car s'annonçait une discussion à propos d'une chirurgie risquée chez un patient handicapé. » [184]

« Je me rappelle avec exactitude de ce qui avait été dit à ce moment-là, car cette façon de dire les choses m'a atteinte profondément. Je me sentais impuissante et désemparée face à la situation, comme si on me l'avait dit à moi tellement c'était brutal. Aucun mot n'est sorti de ma bouche et je me suis mise à pleurer silencieusement dans le bureau avec le patient qui visiblement se sentait encore plus perdu et sans espoir. » [201]

Propositions, solutions

Désigne les passages où l'étudiant propose une manière alternative de réagir face à la situation présentée, où il propose des solutions potentielles aux enjeux ou exprime comment il aurait lui-même agit.

« Selon moi, on devrait si possible demander aux patients hospitalisés (surtout ceux à qui on annonce un diagnostic grave ou fatal et qui ne sont pas en perte d'autonomie) leur avis concernant le cadre dans lequel leur annoncer les diagnostics graves ou autres mauvaises nouvelles. Les unités de soins pourraient mettre les moyens pour offrir aux patients qui le souhaitent la possibilité de recevoir la nouvelle d'un tel diagnostic de façon un peu plus confidentiel en présence de la personne de leur choix. Par exemple, un ou deux locaux pourraient être réservés sur les étages pour répondre à de telles demandes. » [54]

« Dans cette situation, je crois que la plus simple solution serait de fournir plus d'information, tant à la patiente que dans les rapports, pour éviter la confusion, respecter le droit à l'information et éviter le bris du lien de confiance. » [76]

Action posée, rôle de l'étudiant

Désigne les passages où l'étudiant pose un geste concret pour changer, ou tenter de changer, le cours de la situation, où il décrit ses actions pendant l'évènement ou encore celles entreprises a posteriori, par exemple lorsqu'il revient sur la situation avec le patron pour tenter de mieux comprendre un agissement.

« Elle nous a finalement posé une question sur son cancer hormono-résistant (progestérone, estrogène et HER2). Elle ne comprenait pas ce que cela signifiait. Le médecin lui a donc répondu en termes médicaux, encore une fois, et sans lui demander si elle comprenait mieux ce qu'on lui disait. Je lui ai donc demandé si elle comprenait un peu mieux et à sa réponse négative, je lui expliqué en mots plus simples : "Ça veut dire que la masse que vous avez dans le sein ne répond pas aux hormones". C'était aussi simple que ça et elle m'a remercié de l'avoir éclairé. » [98]

« Afin de résoudre ce problème éthique, j'ai d'abord tenté d'aborder subtilement la question de l'approche du patient en posant moi-même des questions : "Je constate qu'on n'explique pas la procédure au patient avant de débiter. Est-ce l'infirmière qui répond à leurs questions avant d'entrer dans la salle ? " [...] J'ai ensuite tenté de faire des mises en situation : " Avez-vous déjà eu un patient qui a fondu en larmes après lui avoir dit que le cancer est revenu ? Avez-vous du prendre du temps avec eux pour leur expliquer que tout irait bien ? " » [150]

Impact de la situation

Désigne les passages où on constate que le vécu de la situation racontée a eu des répercussions sur l'étudiant, ce qui lui en est resté, positivement ou négativement, ou ce qu'il en a retiré.

« Malgré tout l'inconfort et la détresse vécue lors de cette situation clinique, je retire de cette expérience une réflexion positive qui m'a amenée à avoir une meilleure compréhension de la grande complexité de la profession médicale. » [42]

« Cependant, en y repensant quelques jours plus tard, j'ai réalisé que cette situation n'impliquait pas juste mon niveau de connaissances, mais aussi mon niveau de confort. Ma conclusion ? Peu importe mes connaissances ou la pression qu'on m'impose, je vais me retenir et penser plus arduement avant de me lancer dans une situation où je ne me sens pas à l'aise, et ce, pour mon propre bien être et celui du patient aussi. » [71]

Contenu des codes narratifs

Nous présenterons ici une approche plus détaillée de ce que révèlent les codes narratifs, très riches de contenu. Contrairement aux codes désignant les enjeux éthiques retrouvés dans les textes, qu'il est généralement possible de bien délimiter et de diviser en thèmes et sous-thèmes,

la narrativité exprimée par les étudiants transcende les vignettes, peu importe le type d'enjeu vécu. Évidemment, une grande part de ce vécu découle spécifiquement des problématiques cliniques en jeu. En outre, l'attention portée au discours narratif permet de mettre en contexte ces enjeux, d'en saisir plus adéquatement toute la complexité lorsque vécus par les externes. Ainsi, nous présenterons dans les prochains paragraphes les principales constantes qui se dégagent de chaque code narratif en les accompagnant d'extraits.

Action posée, rôle de l'étudiant

Les passages de ce thème permettent de mieux saisir l'implication concrète des étudiants dans les situations qu'ils décrivent. Bien qu'il ne leur ait pas été demandé spécifiquement de détailler leur rôle ou encore l'absence d'action de leur part, certains en parlent d'emblée. Ils ne constituent toutefois pas une majorité. 28 % des vignettes font mention explicite d'une action ou d'une posture spécifique adoptée pour réagir à une situation.

Soutien au patient

Lorsque l'étudiant entreprend une action, on constate que c'est le plus souvent dans l'intérêt direct du patient. Par exemple, dans les situations où la communication avec le patient est brimée ou encore dans celles où le patient est laissé à lui-même après une annonce de mauvaise nouvelle trop rapide, l'étudiant tentera alors de compenser le support humain qui lui a semblé manquer. À titre d'illustration d'intervention, il restera dans la salle d'examen après que le médecin ait quitté pour tenter d'apporter du réconfort :

« L'examen était en cours et la patiente en position gynécologique, lorsque le patron s'est exprimé bien fort : " Ça c'est du cancer, un gros cancer de la vessie ". Alors, un silence, qui m'a paru très long, s'est installé. La patiente s'est mise à pleurer. Elle avait les yeux remplis d'interrogations. Le patron a retiré ses instruments, et il a quitté la pièce sans rien ajouter d'autre. Ne sachant pas trop quoi dire, ni quoi faire, j'ai déposé ma main sur l'épaule de la patiente et je suis restée là. » [134]

Il pourra également retourner voir le patient à sa chambre pour clarifier des informations ou bien il lui tiendra la main pendant un moment difficile. C'est parfois le seul geste qui lui semble approprié sans interférer avec la prise en charge du patron présent à ce moment :

« Pendant la procédure, la patiente est manifestement en détresse, bougeant le genou malgré la nécessité de l'immobiliser. La patronne, [exaspérée], pose le regard sur moi et me dit que la patiente exagère. Elle demande ensuite à la patiente d'un ton sec de se calmer. Ne sachant pas comment intervenir, je suis resté silencieux. Ne pouvant pas se contrôler, la patiente ne se calme pas et la patronne s'exclame qu'elle doit cesser de bouger, sinon la procédure sera très douloureuse. J'ai alors pris la main de la patiente en lui disant que la ponction allait être faite rapidement. » [74]

Communication

Le rôle de l'externe dans des situations cliniques délicates passe également par la communication avec leurs superviseurs. Pendant l'évènement, les étudiants ont le réflexe de poser des questions lorsqu'une situation leur semble problématique. Ils s'informent en outre sur les raisons d'une telle prise en charge, ou demandent pourquoi telle ou telle autre approche ne pourrait pas être adoptée :

« Ayant appris plus tôt dans ma formation que la garde préventive était justifiée en cas de danger grave et immédiat pour la vie du patient ou pour autrui, j'ai demandé à mon patron ce qui le motivait à la demander dans ce cas précis et la façon dont il la justifiait d'un point de vue légal. » [102]

Un effet positif peut être constaté puisque dans quelques situations décrites par les étudiants en médecine, leur intervention parvient à changer concrètement le cours des choses :

« En terminant, j'ai finalement décidé de faire part de mon inconfort/malaise au patron la journée suivante en lui expliquant mon point de vue d'externe qui suivait ce patient au quotidien depuis presque 3 semaines. Au final, avec l'aide de la résidente, notre médecin patron a accepté d'augmenter légèrement l'analgésie. » [1]

Souvent, c'est aussi a posteriori qu'ils osent s'informer. Ils font alors un retour avec le superviseur sur la situation clinique, ce qui donne parfois lieu à un dénouement tout aussi positif afin de clarifier des choses ou de désamorcer la frustration ou l'inconfort qu'ils avaient ressenti :

« Puisque cela me perturbe et que je suis mal à l'aise, je dis au patron tout bonnement : " Dr ! Vous savez, hum..., moi je n'aurais vraiment pas été à l'aise de le questionner sur sa consommation devant son fil et sa femme ". Le patron me dit que lui aussi a pensé que c'était plus ou moins approprié, mais après avoir posé la question. Il me dit que peut-être cela aura l'effet de provoquer des discussions entre lui et son fils afin de le sensibiliser sur la consommation de drogue et les risques associés, etc. [...] J'étais moins troublée suite à la conversation que j'avais pu avoir avec le patron, par chance, très ouvert à la discussion et à la réflexion. » [65]

En d'autres occasions, toutefois, leur intention se butte à de la fermeture de la part de leur interlocuteur :

« En sortant de la chambre, le médecin était frustré de l'attitude du patient, il trouvait qu'il " paniquait " pour rien puisqu'il s'agissait d'une procédure assez banale de toute façon et qu'il était inutile de connaître tous les détails de la procédure puisque cela ne changeait rien à la prise en charge post-op. J'ai demandé s'il était possible pour nous d'écouter la dictée de la procédure pour rapporter l'information au patient, on m'a répondu qu'on n'avait pas à perdre notre temps avec ça juste parce que le patient était paniqué inutilement. » [20]

Les étudiants ne vont pratiquement jamais utiliser la confrontation directe pour signifier leur désaccord et n'iront pas jusqu'au bout du processus pour faire changer réellement le cours des choses, et seulement une fois l'un d'eux mentionne dans sa vignette avoir signifié au patron qu'il trouvait son attitude inappropriée puis parlé à un responsable de stage pour dénoncer la problématique :

« Moi: je suis désolé mais il s'agit d'une de mes patientes et c'est pour ça que je suis dans le dossier. Dr. Y, le médecin traitant m'avait demandé de faire un suivi ce soir. Et je suis désolé mais je pense que vous êtes vraiment bête. Chirurgien: Je ne suis pas bête. Moi: Je suis désolé mais je pense que oui. Vos paroles et votre comportement sont vraiment inacceptables car nous sommes dans un hôpital d'enseignement. » [127]

Faire de son mieux

Finalement, dans des situations complexes où l'étudiant est seul et n'a pas encore les compétences requises pour réagir, son rôle sera le plus souvent de faire de son mieux. Il agira selon ce qui lui semble le plus adéquat considérant son niveau de compétences et, encore une fois, veillera à optimiser la communication en tentant de rejoindre son patron ou résident et en

demandant de l'aide aux autres membres de l'équipe médicale. Dans les deux situations suivantes, la conduite jugée appropriée par l'étudiant impliquait notamment de demander de l'aide d'une manière ou d'une autre :

« De plus, en tant qu'étudiante en médecine, il y a toujours une partie de moi qui veut être capable de régler la situation seule et de démontrer mes compétences. Par contre, ce désir ne doit pas nuire à la sécurité du patient, qui est toujours la personne prioritaire à considérer. Voilà pourquoi je pense que la meilleure décision ici était d'admettre que je ne savais pas quoi faire et que j'avais besoin de l'aide du patron. » [80]

« J'ai eu du mal à réaliser le premier point, car j'avais l'impression de créer un espace vide dans la jambe. J'ai demandé de l'aide au patron [...]. [Il] a perdu légèrement patience et m'a expliqué verbalement d'un ton élevé comment on devait faire tout en effectuant le premier point à ma place. Je l'ai remercié et ensuite j'ai continué à faire mon travail. J'étais tellement nerveuse et je ressentais des vagues de chaleur. J'effectuais de beaux points, mais j'avais vraiment peur de coudre trop en profondeur et accrocher un nerf ou un muscle. [...] J'ai essayé de poser une question à l'infirmière durant l'opération, mais elle m'a dit qu'elle ne pouvait pas m'aider. Alors, j'ai simplement continué à m'appliquer comme j'avais appris au courant des deux semaines. » [138]

Impact de la situation

À la lecture des travaux des externes, on retrouve des passages sur l'impact de la situation dans environ un quart des vignettes (26 %). Il est principalement question d'un impact sur les étudiants eux-mêmes, du moins c'est ce que les récits permettent de mieux saisir lorsqu'on s'intéresse à leur dimension narrative. Comme les extraits qui suivent l'illustreront, l'expérience de situations complexes a des répercussions à différents niveaux et suggère en effet que ces étudiants présentent une réelle introspection par rapport à ce qu'ils ont vécu. Leur vécu peut notamment être source de réflexions importantes, de questionnements par rapport à leur pratique future, par rapport à leurs propres valeurs, etc.

Prises de conscience

Certains mentionnent avoir fait certaines réalisations par rapport à la pratique médicale. Les citations suivantes en illustreront quelques-unes. Ils prennent par exemple réellement conscience du fait que ce sont les patients qui subissent les chirurgies ou les interventions et de tout ce que ça implique pour ces derniers. Tel que le mentionne spécifiquement un externe :

« Ce cas m’a rappelé que ce n’est pas nous qui [recevons] les mauvaises nouvelles lors du rendez-vous. [Nous ne sommes pas ceux qui devront], suite à une opération, vivre une vie avec une altération physique qui peut nous affecter aussi mentalement que physiquement, et ce peu importe l’âge qu’on a. » [39]

Pour d’autres, ces situations les amènent à réaliser que c’est une chance d’avoir un accès universel aux soins de santé au Québec :

« Plusieurs éléments de cette situation m’ont porté à réfléchir et j’y ai pensé pendant plusieurs semaines. Le privilège que nous avons, au Québec, d’avoir accès à des soins m’a d’abord frappé. » [45]

Certains prennent conscience de l’importance de l’écoute qui est au cœur de la relation de soins :

« Suite à cet incident, j’ai réalisé l’importance de l’écoute attentive du patient lors d’une entrevue médicale, non seulement pour bien traiter le patient, mais également dans le but d’établir une bonne relation thérapeutique avec ce dernier. » [59]

Ainsi que de leur rôle d’accompagnement dans le partenariat avec le patient et ses proches, soit des acteurs à part entière du processus décisionnel :

« L’expérience que j’ai vécue m’a fait réaliser que notre rôle dans l’obtention d’un consentement est parfois d’accompagner et de soutenir les patients et leur famille dans leur prise de décision plutôt que de choisir le meilleur traitement. » [34]

De façon plus générale, certains constats rapportées sont à l’effet que les médecins aussi sont aussi des humains, fragiles, et donc tout aussi vulnérables dans des situations difficiles :

« Ces situations m’ont aussi fait prendre conscience de la fragilité de nos médecins. » [110]

Certains avancent que la réflexion leur a permis de se rendre compte de leurs propres préjugés, qui s'inscrivent eux aussi dans le pluralisme des valeurs que nous connaissons et qui font partie de l'individualité de chacun.

« Je me suis donc retrouvée face à une situation qui m'a heurtée – non pas à cause de mon supérieur, comme dans bien des problèmes éthiques auxquels un étudiant en médecine peut faire face – mais à cause de ma propre attitude et de mes préjugés. J'ai réalisé à quel point j'avais, malgré moi, été irritée par cette femme qui, certes, se donnait un rôle d'antagoniste envers ses soins de santé, mais qui en avait tout autant – voire plus – besoin que bien de nos patientes. » [176]

Consolidation de valeurs

Dans d'autres cas, certaines valeurs occupaient déjà une place significative et le fait de les voir en jeu dans les situations qu'ils décrivent a permis d'accentuer cette importance. Par exemple, après avoir vécu la situation en question, ils soulignent s'être rappelé qu'il est primordial de toujours être empathique, d'être à l'écoute des patients, de respecter leurs décisions et celles des familles, de respecter de ce fait leur autonomie sans leur imposer les choix de l'équipe médicale, de s'assurer d'une bonne compréhension ou encore, de respecter la confidentialité des informations. À titre d'illustration, en ce qui a trait au principe d'autonomie, un étudiant mentionne :

« Ce que je retiens de cette situation est que j'accorde énormément d'importance au respect de l'autonomie du patient et à son droit d'être informé de sa situation clinique. » [93]

Impact sur le comportement futur

Plusieurs voient dans cet exercice narratif un impact sur leurs agissements futurs. Prendre du recul sur la situation vécue permet de se questionner sur la façon dont ils agiront lorsqu'ils seront eux-mêmes patrons :

« Toutefois, ces évènements m'ont permis de me questionner quant aux limites que je vais poser lorsque moi-même je pratiquerai, ainsi que l'attitude que j'adopterai envers les compagnies pharmaceutiques. » [103]

Le questionnement sur les agissements futurs concerne parfois même l'attitude en tant qu'externes dès qu'une situation complexe de ce genre se présentera à nouveau :

« Dorénavant, en tant qu'étudiant à l'externat, je vais mettre mes limites dans les situations où je ne me sens pas en mesure de demander un consentement juste et éclairé. » [139]

Quelques-uns ont constaté que leur manière de réagir dans la situation présentée n'était pas optimale, mais en retirent une leçon constructive :

« Je ne me sens pas équipée pour intervenir dans ce genre de situation et l'attitude passive ne m'a pas franchement réussi en définitive puisque je me suis sentie mal pour la patiente par la suite. Une chose est sûre, cela m'a montré que je ne voudrais jamais agir ainsi avec mes patients. » [83]

D'autres abordent le fait que la réflexion effectuée dans ce contexte leur permettra probablement de devenir plus à l'aise pour réagir aux événements complexes futures :

« J'aspire, à force de débattre sur certaines questions, à ce que des choix difficiles deviennent plus aisés, des situations malaisantes deviennent moins inconfortables et que je développe mon savoir-être. » [45]

L'un d'eux présente finalement la gestion positive d'une situation complexe par un patron comme un modèle pour sa pratique.

« D'ailleurs, je m'en voudrais de passer sous silence ce cas d'éthique qui me poussera certainement à vouloir utiliser cet exemple comme modèle plus tard. » [124]

Grandir en tant que futur médecin

L'impact de la situation va de temps à autre jusqu'à clarifier ou forger ce que représente pour nos futurs cliniciens la médecine ou le rôle du médecin – qui, selon leurs propres dires, signifie

souvent être à l'écoute, accompagner le patient, ou encore toujours agir selon une intention initiale louable.

« Malgré tout l'inconfort et la détresse vécue lors de cette situation clinique, je retire de cette expérience une réflexion positive qui m'a amenée à avoir une meilleure compréhension de la grande complexité de la profession médicale. » [42]

« Au terme de cette journée, ma conviction que la relation d'aide caractérise la médecine a été ébranlée. Temporairement, détachement et cynisme ont perverti l'image que j'avais de ma profession. Tout de même, cette expérience a permis de me rappeler que si l'on soustrait nos intentions de notre pratique, l'exercice de la médecine est vide de sens. » [14]

De tels apprentissages concernant la profession médicale émanent effectivement souvent de situations qui suscitent une foule de réactions, qui peuvent être très négatives. Ainsi, des étudiants rapportent explicitement que le vécu de situations difficiles provoque un questionnement. Pour un des étudiants de cette cohorte, l'impact d'un vécu négatif aura été si fort qu'il l'aura mené jusqu'à remettre en question sa volonté de poursuivre ses études en médecine. Heureusement, dans d'autres cas, ils mentionnent que cela leur permet non seulement de mieux comprendre en quoi consiste concrètement la pratique de la médecine, mais les mène ultimement à s'améliorer. L'un d'eux dit :

« C'est cette humanité qui fait que nous sommes parfois confrontés à des situations éthiquement complexes qui nous bouleversent autant professionnellement que personnellement et nous amènent à nous remettre en question afin de nous améliorer. » [34]

Un autre le formule ainsi :

« [Être médecin,] ça s'apprend au fil des années et de la pratique, en accumulant les expériences, les bons coups, mais surtout les moins bons, ceux qui nous bouleversent et qui nous font se questionner. » [68]

Impact des ateliers

Mentionnons en somme qu'il est possible d'apprécier certains impacts concrets des ateliers dans leur ensemble à la lecture des vignettes. Par exemple, comme avancé plus tôt par rapport à l'impact sur les comportements futurs, les externes réalisent parfois par le biais de l'introspection générale visée par l'activité qu'ils auraient eux-mêmes agi différemment. Ici, un des étudiants spécifie que c'est la rédaction même de la vignette à remettre qui l'a mené à un tel constat :

« Sur le coup, mon intervention me semblait correcte et ce n'est qu'en écrivant cette vignette que je réalise les lacunes de mon approche. » [112]

Finalement, bien que cela ne soit rapporté textuellement que dans un petit nombre de textes, les étudiants expriment leur appréciation de l'exercice :

« Pour finir, je n'ai pas eu le courage de questionner plus spécifiquement ou de dire mon point de vue à ce moment malgré l'inconfort et le malaise que j'avais ressenti. J'apprécie avoir la chance de partager cette situation dans le cadre de ce cours et de compléter ma réflexion par rapport à cet événement. » [31]

Posture critique

Pratiquement tous les étudiants ayant participé au projet de recherche adoptent une certaine posture critique par rapport à la situation qu'ils racontent, soit dans 89 % des cas. La nature de leur intervention est variable. Elle va de l'expression de questionnements faisant état d'une réflexion plus poussée, en passant par des opinions plus ou moins dénonciatrices sur la situation elle-même ou sur la manière dont elle a ou aurait dû être prise en charge. Leur critique va aussi jusqu'à exprimer des opinions s'apparentant plutôt à des jugements bien tranchés. Les citations suivantes proposent une illustration du spectre de postures adoptées par les étudiants.

À quelques reprises, les réflexions sur la gestion de la situation sont formulées sous forme de questionnements. Néanmoins, parmi ces questions se retrouvent souvent des pistes de solutions et une approche critique bien élaborée.

« C'est ce qui a clos le sujet, mais je continuais de me demander... aurions-nous dû contacter la psychoéducation pour partager nos craintes et soupçons ? A-t-il raison ? N'avions-nous pas de rôle à jouer dans cette histoire ? » [19]

Dans une grande proportion des passages codés sous ce thème, la posture critique consiste directement en une prise de position.

« Au niveau éthique, j'ai trouvé que le médecin n'a pas du tout été empathique. Il s'est mis en confrontation avec le patient dès qu'il est entré dans la salle en faisant un commentaire sur l'état de ses jambes. C'était non nécessaire et tout simplement méchant, d'autant plus que ce n'était pas les varices qui avaient poussé le patient à consulter. Aussi, j'ai trouvé plus ou moins professionnel de dire au patient d'arrêter de fumer dans le cadre de la porte. J'ai senti dans son approche un jugement important face au fait que le patient soit fumeur. Disons qu'on était bien loin de l'entrevue motivationnelle qu'on tente de nous enseigner. » [174]

Ces prises de position ou opinions sont parfois positives à l'égard de la prise en charge qui a été observée en clinique. Ici, par exemple, l'étudiant élabore sur les raisons pour lesquelles il approuve ce qu'il a observé :

« Je crois l'approche adoptée par l'équipe médicale était appropriée dans les circonstances : de la prise en charge de la patiente, l'écoute de ses désirs, établir un traitement adéquat et assurer le suivi. Ils ont évité une approche paternaliste qui aurait pu entraver la discussion et ainsi compromettre le processus décisionnel. » [58]

Certains externes utilisent des formulations plus directes pour exprimer ce qu'ils pensent. Dans les deux extraits suivants, ils attribuent un concept éthique de façon tranchée au comportement des acteurs en jeu.

« La situation éthique que je vous présente est donc un cas d'acharnement thérapeutique de la part de la famille. » [12]

« Bref, le résident n'a pas pris les mesures nécessaires pour évaluer optimalement la condition du patient et par conséquent, il n'a pas respecté le principe de bienfaisance. » [56]

On constate toutefois, par le biais de ces extraits et du suivant, que les étudiants n'hésitent pas à qualifier certains comportements d'inappropriés, mais qu'ils s'efforcent aussi de lier les

approches observées à des notions d'éthiques – celles-là mêmes qu'on retrouve donc parmi les thèmes et enjeux éthiques codés.

« Pourquoi une patiente atteinte d'une maladie reconnue ne serait-elle pas éligible au seul traitement connu ? Vu le nombre limité de foies disponibles, il existe des critères d'exclusion qui incluent la consommation active, et selon le principe de justice, une greffe hépatique serait plus judicieuse chez une personne éligible. » [55]

Par ailleurs, le contenu des extraits où les étudiants adoptent une posture critique révèle certaines constantes. Entre autres, leur manière d'analyser la situation est souvent centrée autour du patient et de ses proches.

« Je crois qu'il est le devoir de tous les professionnels de la santé de rassurer les patients et surtout d'essayer de les comprendre afin de démontrer toute l'empathie qu'ils méritent. » [23]

« Face à cette situation, tout le monde devient irrité et c'est inquiétant pour le patient puisque celui-ci pourrait recevoir des soins de moins bonne qualité et l'empathie de l'équipe pourrait manquer suite à un comportement comme celui de ce patron qui a clairement eu des agissements et des paroles anti-éthiques. » [30]

Proposition, solutions

C'est dans une proportion de 47 %, soit presque la moitié des vignettes, qu'on retrouve des passages suggérant des pistes de solutions aux problématiques en jeu. À la différence du rôle de l'étudiant, qui constitue la posture adoptée concrètement au moment des événements, les passages codés ici font plutôt référence à ce que l'étudiant propose comme posture potentielle à adopter. Ce sont des actions ou des comportements qu'il aurait souhaité observer. Ces passages sont donc fréquemment associés à ceux codés comme *Posture critique*, puisqu'ils offrent une réflexion a posteriori sur la situation et parce qu'ils constituent une forme d'opinion.

Solutions concrètes à des problèmes particuliers

Dans bon nombre des cas, les suggestions sont concrètes et répondent à la problématique précise dont il a été question dans la vignette. Par exemple, dans une situation où la différence de langue contribue aux enjeux de communication, cet étudiant aurait fait appel à un interprète :

« A posteriori, un interprète aurait pu être demandé afin de faciliter les échanges avec cette dernière et ainsi connaître son avis à propos de l’anesthésie. » [77]

Lorsque la relation patient-médecin ne permet pas de fournir des soins adéquats, celui-ci proposerait de transférer le cas à un autre médecin.

« Quelles sont les solutions ? Le médecin aurait pu demander à un collègue de prendre le relais du dossier pour minimiser le contre-transfert. Ainsi, son collègue aurait pu avoir un point de vue plus objectif de la situation. » [84]

Pour pallier les lacunes dans le respect de la confidentialité, cet étudiant propose quelques gestes simples et concrets.

« Dans l’optique d’améliorer cette situation et d’éviter que de tels incidents se reproduisent, il serait important de renforcer les mesures les plus simples visant à assurer la confidentialité des patients : fermer les portes lors des consultations, frapper avant d’entrer, maintenir un ton de voix audible mais non perceptible depuis la salle d’attente. » [82]

Prise en charge optimale et bonnes pratiques

D’autre part, les propositions et solutions avancées portent sur ce que les étudiants jugent comme étant les meilleures pratiques de façon plus large. En guise d’exemple, au sujet de l’annonce d’une mauvaise nouvelle, cet étudiant se préoccupe de l’ensemble des gestes à poser pour le patient lorsque celui-ci doit faire face à une étape si importante de sa trajectoire de soins.

« D’abord, ce n’est pas une nouvelle qui se dit à la fin de la journée, rapidement, alors qu’on a hâte de rentrer chez soi. C’est une nouvelle qui mérite qu’on s’assoie à côté du patient et qu’on dispose de temps pour en parler. Ensuite, il aurait fallu s’assurer que le patient ne soit pas seul et qu’il obtienne rapidement du soutien de son entourage. » [68]

Une bonne prise en charge consiste donc à communiquer de façon optimale, ce qui implique aussi, tel que l'illustre cet autre exemple, de prévoir des discussions sur le niveau de soins aux moments opportuns.

« Il aurait été, selon moi, du devoir de l'oncologue du patient de prendre le temps de s'asseoir avec lui et sa famille afin de discuter de ce que le patient désire si son état de santé se détériore malgré le traitement de son cancer. » [95]

Comportements et attitudes

Au-delà des gestes concrets, une pratique médicale exemplaire tel qu'exprimé dans les récits étudiants consiste aussi à adopter des attitudes professionnelles, empathiques et respectueuses de l'autonomie des patients, pour n'en nommer que quelques-unes. Ainsi, lors de situations problématiques, ces externes suggèrent qu'on aurait dû prendre le temps d'écouter le patient, de respecter son choix, d'être plus empathique.

« Selon moi, laisser de la place aux échanges et questions n'aurait pris que quelques minutes de plus et aurait peut-être fait une différence importante dans la vie de cette patiente, qu'elle accepte une intervention ou non. » [136]

« Dans cette situation, je crois qu'après avoir discuté avec le patient des raisons qui motivent son choix et lui avoir exposé notre point de vue, il aurait été préférable de simplement respecter son choix, sans revenir sans cesse sur le sujet. » [78]

« Une approche plus empathique m'aurait semblé beaucoup plus appropriée à ce stade de la discussion. » [144]

Retour sur leur propre rôle

Parfois, les propositions concernent leurs propres actions, ce qu'ils auraient pu faire ou feraient différemment. Ici, cet étudiant énumère les interventions et même l'attitude qu'il aurait lui-même adoptée si c'était à refaire.

« Si je devais faire face de nouveau à une situation semblable, je ferais comme l'infirmière et rappellerais les risques de faire une procédure seul sans avoir eu l'évaluation nécessaire. Je

garderais toujours un ton respectueux et calme, car je ne pense pas que se fâcher envers quelqu'un est une façon de régler les problèmes. » [87]

Face à une situation problématique, cet externe aborde l'importance de communiquer ses inquiétudes, de poser ses questions, et parle même du fait qu'une discussion de groupe aurait été bénéfique.

« De mon côté, je crois qu'il aurait été approprié que je questionne le patron sur la nécessité qu'il revoie la patiente en ma compagnie. J'aurais alors pu m'informer auprès de lui de son opinion sur la question. Il aurait alors su me rassurer quant à mes interrogations. J'aurais alors eu l'occasion lui demander de revoir la patiente si je n'étais toujours pas à l'aise. J'aurais toutefois eu peur que cela ait un impact sur mon évaluation par la suite. Je crois que d'en discuter en groupe m'aiderait à mieux orienter ma réflexion sur le sujet! » [107]

Sentiments, émotivité

Tel que détaillé précédemment dans le *Tableau I*, les sentiments évoqués dans les vignettes sont nombreux. Des extraits seront présentés afin d'illustrer quelques-unes de ces émotions, soit les plus communes et celles dont les extraits nous semblaient particulièrement parlants.

Le sentiment le plus communément rapporté est l'*inconfort* (étaient regroupés sous ce même type d'émotion les passages utilisant les mots : inconfort, [être] mal à l'aise, malaise, angoisse). On le retrouve dans 68 vignettes parmi le total (204 vignettes), ou dans 61 % des vignettes où un sentiment ou de l'émotivité est exprimé (112 vignettes). Le genre de formulation la plus fréquente pour l'exprimer est semblable aux suivantes :

« Durant un de mes stages j'ai eu une journée avec un médecin qui m'a fait vivre un inconfort important. » [125]

« Il demeure que j'étais profondément mal à l'aise face à la façon dont le tout avait été géré par le personnel hospitalier. » [128]

Les étudiants se disent parfois *bouleversés* par les événements, soit dans 23 vignettes :

« En effet, annoncer un cancer du sein à une jeune patiente de 40 ans m'a grandement bouleversé. » [98]

Ressentir de *l'impuissance* fait partie du vécu émotif de 16 des vignettes :

« Malgré cela, je n'avais pas les réponses nécessaires pour les rassurer, ce qui m'apportait un grand sentiment d'impuissance. » [95]

Se sentir entre deux, exprimé par 16 étudiants également, est un sentiment qui résulte de l'opposition entre deux éléments, comme se sentir coincé entre l'avis du médecin et celui du patient ou encore se sentir pris entre son devoir envers le patient et son devoir en tant qu'étudiant, tel qu'exemplifié ici :

« Je me suis senti entre l'arbre et l'écorce, car d'un côté je trouvais cette situation éthiquement inacceptable, mais de l'autre côté le contexte de hiérarchisation et d'évaluation me retenait d'argumenter et d'agir par peur de représailles. » [56]

Dans 15 vignettes, on ressent la *peur de dire ou de faire* ce que l'étudiant jugerait approprié dans la situation. Le vécu exprimé dans l'extrait suivant a été interprété comme tel et nous semblait représentatif des autres extraits, où c'est en raison du statut d'externe et de la pression de l'évaluation que cette peur se manifeste.

« Ce qui est le plus difficile n'est pas de prendre de " mauvais plis " puisque les mots et les actions de ces médecins ne s'ancrent pas dans ma vision de la médecine; ils ne sont pas une source d'inspiration sauf ce à quoi je n'aspire pas. Ce qui est difficile, c'est de rester intègre et de défendre le patient alors qu'on n'est " qu'une externe " et que chaque manifestation d'opinion contraire est rencontrée par un malaise ou du ressentiment plutôt qu'une discussion ouverte sur les réalités de la pratique. » [110]

Le fait d'*agir contre ses principes* a été considéré comme un vécu émotif et ce, dont le ressenti semble avoir été particulièrement fort. C'est le cas de 11 étudiants et il est bien représenté par ce genre de passages :

« Ceci est le genre de situation dans lequel mes principes les plus profonds ont été heurtés. [...] Je fis exactement ce que je m'étais promise de ne jamais faire en tant que futur médecin, j'avais ignoré les émotions de ma patiente et j'avais négligé mon empathie. » [66]

Pour diverses raisons, les étudiants en médecine peuvent ressentir un sentiment de *culpabilité* (ou encore de honte), ce qui est le cas dans 9 vignettes.

« Rien, sur les bancs d'école, ne nous prépare à affronter une telle situation. La résidente a fait son travail. Elle a annoncé la nouvelle d'un ton qui se voulait apaisant, de façon claire et simple. Mais ce soir là, en rentrant chez moi, je me suis sentie terriblement mal. On entre en médecine avec le désir de soulager la douleur, mais cette fois-ci, j'avais l'impression de l'avoir causée.» [68]

« De mon côté, j'étais extrêmement mal à l'aise. J'aurais voulu dire au médecin que le patient n'était pas rassuré par rapport à ses symptômes. D'un autre côté, je me sentais coupable d'avoir manqué " l'appel à l'aide " du patient lorsqu'il me regardait pour chercher du support. Suite à cet incident, j'ai beaucoup réfléchi la nuit. » [59]

Un sentiment de *détresse* n'a été exprimé que par deux étudiants, dont l'un d'eux dit :

« Je ne savais pas quoi faire, je me trouvais dans une situation qui me dépassait, que je ne pouvais pas contrôler, et qui était en train de créer une énorme détresse en moi. » [66]

Finalement, un sentiment allant jusqu'au *dégoût* n'a été nommé que par une étudiante :

« En étant mêlée à ce genre de pratique malgré moi, je me suis sentie particulièrement dégoûtée et inconfortable vis-à-vis celles-ci. Ce n'est pas le genre de médecine que je veux pratiquer. » [103]

Chapitre 4 – Discussion

Ce projet s'est intéressé aux vignettes rédigées par des étudiants en médecine à leur première année d'expérience dans les milieux cliniques de l'UdeM. Rédigés dans le contexte d'un cours obligatoire, ces textes se voulaient toutefois un substrat très enrichissant pour la recherche en éthique clinique. Ainsi, nous avons voulu en explorer le contenu de façon plus systématique, ce qui nous a permis de répondre à nos deux questions de recherche principales. Au-delà d'offrir un portrait descriptif du lot d'enjeux rapportés par les étudiants, plusieurs constats s'en dégagent et seront explorés dans la discussion qui s'en suit. Rappelons que les résultats présentés sont issus d'une recherche qualitative, où des données sous forme de texte nécessitent d'être interprétées par celui qui les approche. Ainsi, « il s'agit donc toujours, par un travail intellectuel, de faire surgir le sens qui n'est jamais un donné immédiat [...] » (Paillé & Mucchielli, 2008, p. 11). Cependant, dans le contexte d'une analyse thématique, notons que l'objectif était de rendre l'essentiel du propos et non d'aller jusqu'à le décrypter ou à en faire une analyse poussée de l'ordre de la phénoménologie (Paillé & Mucchielli, 2005, p. 142).

Nous aborderons le fait que les enjeux rapportés ne sont pas étrangers à ce qu'on rencontre dans d'autres facultés de médecine et à d'autres époques; cependant, nous montrerons que la présente analyse révèle de façon encore plus évidente que ces enjeux sont spécifiques au niveau d'apprentissage propre aux externes en médecine. On constate également, ne serait-ce que localement à l'UdeM, que les thèmes principaux abordés dans le cursus formel en éthique clinique font partie intégrante de la narrativité des étudiants. Nous discuterons ensuite de l'importance du patient dans les propos des étudiants. Puis, l'analyse du contenu narratif nous permettra de prendre un recul sur l'impact réel du vécu de ces situations et de l'impact d'en discuter lors de tels ateliers. Nous ne manquerons pas d'aborder pour terminer les forces et les limites de cette étude.

Des enjeux qui traversent le temps

Notre premier questionnement en abordant les vignettes des étudiants était celui de voir quelles étaient les problématiques les plus fréquentes dans les milieux de stage de l'UdeM lorsque rapportées par les étudiants. Le premier constat est que le cœur des dilemmes rapportés ne diffère pas drastiquement de ce qu'on retrouve déjà dans la littérature sur le sujet depuis les années 1990. Les dilemmes classiques de la clinique, qu'on retrouvait également assurément en pratique bien avant qu'on en fasse ces recensions, s'y retrouvent toujours. Parmi les plus fréquents, on retrouve ceux liés à la divulgation des informations médicales aux patients, ceux liés aux décisions en fin de vie, les enjeux de continuité des soins, de justice, et bien d'autres. Une étude sur les dilemmes rencontrés par des internistes en pratique aux États-Unis rapporte d'ailleurs une liste d'enjeux qui recoupe quasi intégralement les nôtres (autonomie du patient, communication, conflits par rapport au traitement, professionnalisme et déontologie, justice), mais où les seules catégories qui ne s'y retrouvent pas sont les enjeux d'apprentissage et d'autorité (DuVal, Clarridge, Gensler, & Danis, 2004), soit les catégories spécifiques aux étudiants sur lesquelles nous élaborerons plus loin.

Une des particularités du corpus de textes récoltés à l'UdeM est la prévalence des enjeux de communication, répertoriés dans 73 % des vignettes, de meilleur intérêt du patient, évoqué par 58 % des étudiants, ainsi que de consentement et d'autonomie, qu'on retrouve dans 54 % des vignettes. Il est difficile de comparer ces données quantitatives directement avec celles rapportées dans d'autres études en raison des différences méthodologiques, notamment le fait que, contrairement à d'autres protocoles, notre étude permettait d'attribuer plusieurs codes à une même vignette.

Les enjeux de communication sont très larges et coexistent avec d'autres thématiques. Encore une fois, difficile d'affirmer que nos étudiants rencontrent plus de situations purement liées à la communication que ceux des autres études, mais on peut assurément avancer qu'ils y sont particulièrement sensibles. Rappelons-nous aussi que les situations rapportées constituent des événements marquants de l'externat, les premières interactions en situations réelles avec des patients, des collègues. La pratique médicale étant intrinsèquement relationnelle, la

communication en est indissociable et les étudiants y sont donc inévitablement exposés. Notons aussi que c'est dans ce grand thème qu'on retrouve un des seuls sous-thèmes « positifs », soit *Communication centrale pour désamorcer une situation*. Certains des exemples de modèles de prise en charge positifs par des patrons s'y retrouvent et c'est là que les étudiants constatent que prendre le temps de discuter avec le patient ou la famille, oser aborder les sujets sensibles, répondre aux questions sont des outils communicationnels qui invitent à des dénouements favorables. D'autres sections du codage témoignent de l'omniprésence de ce thème. Par exemple, lorsqu'il y aurait eu place à amélioration, les stratégies avancées dans *Propositions, solutions* incluent souvent une communication plus empathique ou plus de temps pour discuter. C'est aussi une des stratégies que les externes utilisent eux-mêmes lorsqu'ils décrivent un rôle actif tel que mis en lumière dans *Action posée, rôle de l'étudiant*.

En regard du thème *Consentement, autonomie*, lui aussi très prévalent parmi les vignettes, précisons qu'aucune subdivision n'a été faite au sein de ce très large regroupement. En effet, il était très complexe d'en extraire des sous-thèmes valables : les termes utilisés pour aborder ces notions étaient souvent interchangeables, le type de situations décrites étaient très diverses et, compte tenu de la réelle complexité de ces concepts et du poids théorique de ce qu'ils désignent, nous avons préféré ne pas nous lancer dans cet exercice qui aurait comporté une grande partie de jugement arbitraire. Ceci dit, les étudiants y font très souvent référence et nous reviendrons sur des explications potentielles de cette trouvaille dans la section sur l'impact de la formation.

Le rôle de l'externe

Un des éléments transcendant les vignettes de façon le plus saisissante est, à notre sens, le flou entourant le rôle de l'externe et les répercussions de cette ambiguïté dans son quotidien. Parmi nos données, ce constat est bien sûr souligné de façon plus évidente dans les extraits liés aux *Enjeux d'apprentissage*, qui correspondent globalement aux divisions « Ethics in medical education », « Conflicts in medical education and patient care » ou encore « Student-specific issues » de certaines études sur les enjeux étudiants déjà mentionnées [dans l'ordre : (Fard,

Asghari, & Mirzazadeh, 2010), (Hicks, Robertson, Robinson, & Woodrow, 2001), (Caldicott & Faber-Langendoen, 2005)]. Encore une fois, soulignons que les situations éthiques complexes rapportées dans les travaux étudiants transcendent époques et lieux, et les étudiants de l'UdeM, en 2016-2017, n'y font pas exception.

Il n'en demeure pas moins que ce flou ressort aussi parmi plusieurs autres thèmes et fait résonner plusieurs questions connues des éducateurs médicaux. Quelle approche l'externe doit-il adopter face à ses « premières fois », quels sont les gestes qu'il peut poser par lui-même et quel devrait être le cadre dans lequel se déroulent ces apprentissages ? À quel point est-il responsable du suivi des patients, quand le patron ne repasse pas derrière ? Comment agir quand ses valeurs et les principes appris tout au long des études se heurtent aux pratiques ancrées dans les milieux cliniques ? Comment gérer cette incertitude ? S'attend-on à entendre – ou pas – leur voix lorsqu'ils sont en désaccord ou qu'ils ressentent un profond inconfort ?

L'objectif des stages en milieux cliniques est de mettre en pratique les connaissances acquises, tout en continuant de recevoir de l'enseignement de la part des plus expérimentés; résidents ou patrons. Malheureusement, le contexte clinique conduit parfois ces-derniers à négliger cette partie importante de leur tâche comme professeurs de clinique. Les externes débutant tout juste leurs stages ont encore beaucoup d'habiletés et de connaissances à maîtriser et surtout d'expérience à acquérir. Alors qu'ils s'attendent à être guidés pendant qu'ils ont le « rôle » du plus débutant, on omet tantôt de les supporter :

« De plus, il est arrivé à plusieurs reprises que le patron n'aille pas évaluer le patient [...]. En tant qu'externe 1, cela me créait de l'anxiété, car je me disais qu'il était possible que j'aie oublié ou n'aie pas vu un détail important. Aussi, parfois je voulais confirmer certaines trouvailles à l'examen physique ce qui était assez difficile, car je me faisais répondre que ce n'était pas important. » [199]

Parallèlement à cette inexpérience s'ajoute dès le début de leurs stages la pression de devoir être rapidement performants :

« On l'impression qu'il faut savoir tout sur tout, en réalisant que l'on ne sait rien sur tout ». [41]

Un autre exemple où leur place dans le milieu médical manque de balises est lors des fameuses « premières fois », qui font partie intégrante de l'expérience de l'externe. Il est bien reconnu que les patients devraient être informés du statut de l'étudiant et de son niveau d'expérience lorsqu'on réalise sur eux un geste médical. Si on leur posait la question, la plupart d'entre eux accepteraient avec plaisir même si, pour ajouter à l'ambiguïté du rôle de l'étudiant, les patients connaissent mal les différences entre externes, résidents et patrons (Hemphill, Santen, Rountree, & Szmit, 1999) (Santen, Hemphill, Spanier, & Fletcher, 2005). Malheureusement, cette divulgation ne se fait pas toujours. Les étudiants en ont pleinement conscience et c'est bien souvent de cet enjeu, de l'ordre du consentement, qu'émane leur malaise. Par ailleurs, si le cadre mis en place pour une première fois ne leur permet pas d'exécuter ces gestes avec un niveau d'incertitude adéquat, la hiérarchie les empêche souvent d'exprimer leurs craintes ou leurs questionnements. Sans surprise, le malaise est encore plus grand lorsque le consentement du patient est explicitement absent et que la pression du milieu d'apprentissage prend le dessus :

« J'étais pris entre deux pôles, soit la patiente qui ne désire clairement pas d'examen gynécologique de ma part et le patron qui n'accepterait pas que je ne veuille pas procéder à l'examen physique advenant que l'hôpital où tout cela a lieu est un milieu d'enseignement. »
[43]

Ces situations de tension entre l'apprentissage de la médecine et le soin au patient, régulièrement décrites et liées à la pression de devoir satisfaire à tout prix aux exigences attendues par le supérieur (Christakis & Feudtner, 1993), sont bien connues des facultés. Celles-ci abordent donc souvent l'importance de l'obtention du consentement par le patient, tel que bien intégré par les étudiants au cours de leur formation, mais peut-être n'insiste-t-on pas assez sur l'effet de la hiérarchie dans ces situations et sur la manière d'exprimer son inconfort ou son désaccord.

Cette constatation nous amène à réaliser qu'un des rôles qui semble bien assimilé, en revanche, est malheureusement celui d'être le maillon le plus bas de la hiérarchie hospitalière. À la relecture des passages dans *Action posée, rôle de l'étudiant*, mais aussi parmi les autres 72 % des vignettes où aucune action concrète n'est rapportée, une constante subsiste, à savoir une certaine peur de prendre action. Myers et Herb, dans une étude semblable sur les expériences des étudiants entre 2008 et 2012, confirment non seulement que les enjeux éthiques traversent le temps, tel que

rapporté dans notre propre étude, mais ils insistent aussi sur le cynisme qu'ils ont continué d'observer pendant ces quatre années. Les étudiants ne dénonçaient pas les situations problématiques par peur d'être réprimandés et surtout par peur de l'impact sur leur évaluation. Quand la peur n'était pas en jeu, disent-ils, l'apathie l'était (Myers & Herb, 2013). On retrouve cette même constante chez les étudiants de l'UdeM. En effet, la hiérarchie a un impact sur le poids des paroles de chacun selon leur niveau dans la pyramide et même sur la qualité des soins aux patients. C'est du moins ainsi que c'est exprimé dans certaines vignettes :

« En tant qu'externe, même si le bien-être du patient était en jeu, la hiérarchisation des soins à l'hôpital et l'inaccessibilité des patrons à l'étage de chirurgie a fait en sorte qu'il m'était difficile de pouvoir discuter directement de la situation afin de souligner le traitement inégal et potentiellement injuste qui était infligé à cette patiente. » [149]

La peur la plus récurrente chez les externes est celle de l'impact sur leur évaluation, justifiant la plupart des cas d'inaction dans des situations où ils auraient souhaité agir. Quand ils outrepassent cette crainte, ils ressentent presque inévitablement l'effet de l'autorité. Cette pression d'évaluation est tangible et au-delà de créer des attitudes de désirabilité sociale, on peut même parler de désirabilité professionnelle, dans le contexte où les commentaires des patrons sont l'un des principaux outils dont ils disposent favoriser leur entrée dans le programme de résidence convoité. En effet, ce processus est de plus en plus complexe. D'une part, le contingentement de certains programmes de spécialités ou de certains sites (particulièrement dans les agglomérations urbaines) a augmenté, ce qui augmente le besoin de se démarquer par rapport à ses collègues. D'autre part, le processus est complexe et demande aux étudiants de fournir un dossier très élaboré contenant leurs relevés de notes, leurs évaluations de stages d'externat, un curriculum vitae, des lettres de motivation personnelle, ainsi que des lettres de référence de médecins avec qui ils ont travaillé. Tout ceci les mène, finalement, à obtenir ou non une entrevue en personne. Ceci constitue donc sans aucun doute un autre incitatif significatif à ne pas montrer de signes de désapprobation afin de se faire apprécier. Finalement, la plupart des étudiants ayant généralement des dossiers de très bonne qualité, le poids d'une seule mauvaise évaluation, ou même d'un seul commentaire moins avantageux dans une évaluation, peut être déterminant.

L'attente qu'on a d'eux qu'ils ne contredisent jamais leurs supérieurs est pour certains si marquée qu'ils restent avec l'impression qu'ils seront blâmés, même dans des situations comme la suivante (où ce genre de comportements devrait, bien au contraire, être valorisé) :

« Malgré cela, j'ai décidé de passer du temps avec la patiente par la suite pour la consoler et répondre du mieux que je le pouvais à ses questions, d'autant plus que je lui avais promis que le médecin allait le faire. J'ai fait cela sachant que j'allais recevoir des reproches d'avoir perdu du temps et d'avoir occupé une salle pour un temps prolongé. J'ai décidé cette journée là que mes principes demeuraient plus importants pour moi qu'une simple évaluation. » [66]

On ressent aussi que les contraintes accompagnant le rôle d'externe sont une source de questionnements et d'inconfort. Les gestes qu'ils posent ou les efforts qu'ils font pour améliorer le sort d'un patient sont ressentis comme futiles. Ils « ne sont que des externes » par leur position dans la hiérarchie, mais aussi parce qu'ils changent très rapidement d'équipes et d'hôpitaux et n'ont donc pas le temps de s'intégrer dans leurs milieux de travail comme membres à part entière ayant un rôle significatif. Les enjeux de *Continuité, discontinuité* font état de quelques cas où cette réalité a été explicitée. Ils n'ont pas le droit de prescrire, ont peu d'expérience et cela s'accompagne de peu de pouvoir, donc d'un faible impact sur les décisions cliniques. Quand ils sont impliqués dans les décisions ou les discussions, plusieurs en rapportent un vécu négatif, tel que vu dans les enjeux *Opinion [de l'externe] peu considéré* et dans *Communication avec l'externe*. Pratiquement tous les cas de ces catégories décrivent des situations où l'interaction n'était pas optimale, parfois même très rude.

On ne peut d'ailleurs passer sous silence tous ces passages codés sous le grand thème de *l'Autorité*, qui regroupe notamment *Opinion peu considérée*. Parmi les 204 vignettes, nous en avons répertorié 19 où il était question d'intimidation. C'est une proportion bien moindre que ce qui est rapporté dans les sondages étudiants, mais les vignettes ne sont qu'un reflet partiel de ce qui se vit en pratique. On retrouve un nombre significatif de textes où la hiérarchie est directement abordée (*Fonctionnement hiérarchique*) et plusieurs passages que nous avons considéré de l'ordre des enjeux d'apprentissage font aussi état d'un *Inconfort par rapport à la hiérarchie*. Le statut de l'externe est donc malheureusement toujours associé à des vécus négatifs et même à des situations inacceptables, comme celles où il y a intimidation.

Certains des cas isolés, dont un classé dans *Intimidation*, mais où on observe aussi un phénomène rapporté par seulement un ou deux étudiants, se doivent d'être mentionnés. En effet, nous trouvons pertinent de revenir sur les mots de cet étudiant qui rapporte une situation d'intimidation verbale assez flagrante et comment il y a répondu :

« Voici l'échange entre le chirurgien et moi:

Chx: (sur un ton méprisant et agressif) pourquoi tu me déranges? Qu'est-ce que tu veux toé?

Moi : (ébranlé) Ben, j'aimerais vous parler de madame X qui est traitée par Dr. Y

Chx: (du tac au tac) J'veux rien savoir, ça ne m'intéresse pas.

Moi: (très ébranlé) Très bien mais j'ai un problème que j'aimerais régler. Est-ce que je peux vous parler du cas?

Chx: Non.

Moi: Vous ne voulez pas que je vous parle du cas?

Chx: Enweille, parle-moi en de ton cas...

Moi: Madame de Z année, etc.

Chx: Qu'est-ce que tu fais mêlé à ça, là! Ça te regarde pas!!! Tu es un externe (exaspéré)!

Moi: je suis désolé mais il s'agit d'une de mes patientes et c'est pour ça que je suis dans le dossier. Dr. Y, le médecin traitant m'avait demandé de faire un suivi ce soir. Et je suis désolé mais je pense que vous êtes vraiment bête.

Chx: Je ne suis pas bête.

Moi: Je suis désolé mais je pense que oui. Vos paroles et votre comportement sont vraiment inacceptables car nous sommes dans un hôpital d'enseignement. » [127]

Il est également un des rares à avoir rapporté le cas à un responsable de stage. Évidemment, on répète aux étudiants qu'ils doivent absolument rapporter de telles situations. Malheureusement, les dénonciations n'ont pas toujours le résultat escompté, comme dans le cas de ce même étudiant :

« J'ai finalement parlé au responsable du stage (que j'avais tenté de joindre avant de me rendre voir le chirurgien). Il m'a dit que ce n'est pas le dernier coup de pelle que j'allais recevoir d'un patron ou d'un résident d'ici la fin de ma médecine et que c'était plate mais que c'était la vie. C'est peut-être la vie mais je ne pense pas que je vais tolérer ça dans ma formation. Et à chaque fois que cela arrivera, je ne me laisserai pas faire. D'ailleurs, j'encourage tous et chacun à ne pas tolérer ce genre de comportement. »

Ce genre d'histoires ne contribue certainement pas à ce que ses collègues fassent de même et on peut supposer que de telles réponses de la part des responsables laissent les étudiants croire

qu'ils ne gagnent rien à en parler; il est facile de comprendre que ceux qui n'ont pas encore développé un courage moral aussi fort se rabattent simplement sur leur sort.

Un autre passage unique, puisqu'il représente en fait un cas d'intimidation mais venant d'une infirmière, mérite d'être mentionné pour illustrer à quel point cette vision des externes peut être ancrée et ce, même parmi les autres professionnels :

« Suite au dévoilement de mon statut d'externe/d'étudiant, l'infirmière m'a dit : " Haaaaa tu n'es qu'un externe... C'est clair que la patiente a une cellulite au niveau de la jambe droite ". Puis, Natalie a lancé à la patiente : " C'est tout jeune et ça n'a pas beaucoup d'expérience, hein ! Ça prend du flair à l'urgence et moi j'ai des années d'expérience ". Devant cette magnifique discréditation de ma fonction, j'ai tenté avec humour de recadrer mon entrevue et donner un tant soit peu de valeur à mon travail : " Il est vrai que je suis un étudiant mais bon, il faut bien commencer à quelque part! Il est clair que le diagnostic de cellulite fait partie du diagnostic différentiel, mais je compte bien faire une admission en bon et due forme avec un examen physique approprié ". [179]

La perpétuation de ce type d'attitudes négatives, autant lorsque liées à l'autorité que lorsqu'il y a, par exemple, *Jugement, moqueries* envers un patient, fait partie du curriculum caché retrouvé dans nos milieux. Heureusement, plusieurs apprenants sont conscients de ce concept (sans qu'il ne soit toutefois nommé tel quel) :

« Ce qui est le plus difficile n'est pas de prendre de " mauvais plis " puisque les mots et les actions de ces médecins ne s'ancrent pas dans ma vision de la médecine; ils ne sont pas une source d'inspiration sauf ce à quoi je n'aspire pas. » [110]

À ce stade de leur formation, les étudiants reconnaissent les facettes négatives de la culture médicale et on ressent dans leur propos qu'ils sont déterminés à ne pas se laisser influencer. Nous avons vu qu'un très petit nombre, toutefois, va jusqu'à agir fermement contre ce qu'ils jugent inapproprié. On sait aussi que les comportements observés en stage sont malgré tout des exemples puissants qui contribueront à façonner une partie de leur identité professionnelle, certains avec une plus grande propension que d'autres à être influencés (Coulehan & Williams, 2001). Les problématiques menant à négliger l'enseignement et le cadre entourant les premières fois, à imposer une pression d'efficacité, à ignorer les prises de parole des externes, à faire ressentir l'effet de la hiérarchie, sont liées à la reproduction d'attitudes par des patrons et

résidents qui, probablement, étaient eux aussi sensibles à ces enjeux lorsqu'ils ont commencé leur formation (Feudtner, Christakis, & Christakis, 1994). D'autres aspects du curriculum caché, ici liés à l'organisationnel et à l'institutionnel, perpétuent ces attitudes. Elles sont aussi le fait d'une pression qu'impose le système de santé. Ainsi, sous le thème *Pression de productivité*, on constate que les effets délétères de ce manque de temps au quotidien ne se font pas sentir uniquement sur les patients, mais aussi sur les étudiants.

L'impact de la formation

L'exploration des vignettes et leur classification thématique nous ont permis de constater que les notions et les valeurs transmises par le curriculum dit formel, qui sont regroupées dans le code d'éthique de la faculté (Faculté de médecine, Bureau de l'éthique clinique, 2013), sont vastement répandues dans les propos des étudiants.

Kelly avançait que l'omniprésence du concept de consentement libre et éclairé dans les vignettes étudiantes de son étude résultait probablement de leur intégration de cette notion à la suite à leur formation en éthique, qui en était fortement teintée (Kelly & Nisker, 2009). Rappelons-nous que c'est aussi le troisième thème le plus souvent retrouvé dans les vignettes de nos étudiants et qu'à l'image de cette étude, nous croyons c'est effectivement le fait d'une formation qui insiste particulièrement sur ce grand principe.

L'approche en éthique clinique qui ressort le plus dans les textes est le principisme, qui renvoie aux quatre principes de l'éthique biomédicale fondamentaux décrits par Beauchamp et Childress en 1979, soit l'autonomie, la justice, la bienfaisance et la non-malfaisance. L'autonomie est évidemment intimement liée au contenu retrouvé au sein du thème *Autonomie, consentement*. La bienveillance et la non-malfaisance, pour leur part, sont des principes qui renvoient à ce que nous avons regroupé sous le terme *Meilleur intérêt du patient*, qui est pour sa part le deuxième thème le plus récurrent et qui est subséquemment divisé en *Optimiser les soins*, ou concrètement, offrir des soins bienveillants, puis en *Ne pas nuire*, qui est l'expression utilisée le plus communément dans le monde médical pour se référer au concept de non-malfaisance. Les termes utilisés pour délimiter ces catégories se voulaient plus descriptifs et englobants que les

termes théoriques. Toutefois, l'analyse que nous faisons des résultats nous permet d'avancer que ces situations se référaient consciemment ou inconsciemment, explicitement ou non, à ces deux principes classiques. Les termes, lorsqu'employés, sont appliqués de façon plutôt libérale et sont parfois même plaqués à des situations : « Bref, le résident n'a pas pris les mesures nécessaires pour évaluer optimalement (*sic*) la condition du patient et par conséquent, il n'a pas respecté le principe de bienfaisance. » Considérant le fait que la catégorie *Autonomie, consentement* est aussi parmi les plus prévalentes, nous croyons que les concepts évoqués par les étudiants émanent directement de ce qu'ils ont retenu des conceptions de l'éthique qui leur sont enseignées et qui se retrouvent le plus communément dans le discours de leurs enseignants – lors de cours formels ou en clinique – lorsqu'il est question de résolution de problèmes ou d'approche avec les patients. On pourrait cependant avancer, suivant leur manière de recourir à ces principes, que leur analyse formelle des situations est peut-être parfois limitée par le recours quasi exclusif à ce seul cadre de référence.

L'éthique de la vertu, un courant qui insiste sur l'importance de vertus comme l'empathie et l'écoute (Payot & Janvier, *Éthique clinique : un guide pour aborder la pratique*, 2015), s'apparente grandement à la vision véhiculée à travers le curriculum de médecine de l'UdeM. Ces vertus sont prônées tout au long de la formation, même en marge du curriculum en éthique en soi. Plusieurs cours insistant sur la communication ont lieu pendant le doctorat (par exemple, des formations sur l'annonce de mauvaise nouvelle et sur l'entrevue motivationnelle), l'évaluation des attitudes d'écoute et de l'empathie lors des observations directes (ou ECOS), l'importance accordée à l'écoute des préoccupations et des attentes du patient lors des formations d'IMC et d'IDC, sont tous des éléments que les étudiants intègrent lors de leur parcours. Sans être nommé explicitement dans les vignettes, on voit que c'est un courant, ou du moins des *vertus*, qui restent très importantes pour les étudiants. L'empathie et la communication sont des termes abondamment utilisés dans les textes. Qu'elles fassent déjà naturellement partie de leur identité ou que leur importance ait été réitérée par la formation, on constate que ce sont pour certains des valeurs centrales qu'on ose penser qui ne les quitteront pas même lorsqu'ils seront en pratique :

« Je fus instantanément immergée par un sentiment de honte. Je fis exactement ce que je m'étais promise de ne jamais faire en tant que futur médecin, j'avais ignoré les émotions de ma patiente et j'avais négligé mon empathie. »

Un autre constat en faveur de l'impact de la formation sur les comportements est l'absence d'autres éléments théoriques qu'on aurait pu retrouver dans les textes, alors qu'ils ne font justement pas partie intégrante des cours reçus à la faculté. Bien qu'il ne leur eût pas été demandé de faire une analyse théorique des situations, notons que les étudiants ne font pas mention, par exemple, d'autres courants classiques de l'éthique clinique. L'éthique féministe et du care, qui s'intéresse aux causes structurelles des dilemmes et aux relations de pouvoir, ne fait pas partie des angles d'analyse observés lorsqu'on explore, principalement, le thème narratif *Posture critique*. Les étudiants sont bien au fait des relations de pouvoir entre eux et le reste du corps médical, mais ce n'est pas une approche qui est appliquée aux autres dilemmes, en particulier lorsque les patients sont directement impliqués. Des approches philosophiques classiques souvent invoquées pour la résolution des dilemmes de l'éthique médicale, comme l'utilitarisme et le déontologisme, ne sont pas non plus citées. L'éthique narrative, bien qu'utilisée comme base à l'exercice proposé, ne fait pas davantage partie des outils éthiques que les étudiants mentionnent pour justifier l'importance de s'intéresser au récit et au vécu du patient. Le fait qu'elle ne soit abordée que plus tard dans le parcours médical (pendant les ateliers donnés à la résidence) corrobore l'hypothèse selon laquelle la formation a un impact direct sur l'attitude des étudiants face à des enjeux éthiques.

Bref, nous croyons que les éléments sur lesquels insistent les enseignements formels – et, espérons-le, ce qui est véhiculé dans la culture portée par la faculté – trouvent leur voie dans ce qui marque les étudiants, donc dans ce qu'ils observent et analysent comme dilemmes en pratique, comme en témoigne cette externe :

« [...] cette situation m'a mise extrêmement mal à l'aise puisque l'attitude du médecin allait totalement à l'encontre de mes valeurs et de l'enseignement reçu comme étudiante en médecine à l'université de Montréal. »

La place centrale du patient

Il va sans dire que l'objet principal des soins de santé est de s'occuper des patients, de veiller à leur offrir les soins de la meilleure qualité en termes scientifiques ainsi qu'humains. Il n'est donc pas étonnant qu'une proportion considérable des situations cliniques rapportées par les étudiants implique directement des patients et leurs proches. La place particulière qu'ils occupent dans leurs discours nous semblait toutefois notable et digne d'en discuter. À la fois parmi les thèmes et enjeux rapportés de même qu'au sein des aspects narratifs des textes, on ressent un souci constant et assumé de leur bien-être et de la qualité des soins qui leur sont prodigués.

D'une part, une grande partie des situations constituent des dilemmes communs du quotidien dans les milieux hospitaliers, ce qui témoigne d'une attention aux actions mêmes banales qui touchent le patient lors de son passage dans les milieux de soins. On parle plus rarement de situations humaines véritablement *complexes*, où il est question de vie ou de mort, de conflits éthiques majeurs ou de cas rares. Ainsi, on répertorie des cas où la communication manquait d'empathie, où le traitement était sous-optimal en raison d'un jugement porté par le clinicien, de circonstances où on cherche à optimiser les soins dans toutes ses dimensions. D'autre part, les passages narratifs, surtout ceux qui se rapportent à la *Posture critique* adoptée, mettent vivement en évidence les préoccupations des externes envers les patients. Cet étudiant insiste sur le fait que c'est un *devoir* de communiquer de façon empathique : « Je crois [qu'il est du] devoir de tous les professionnels de la santé de rassurer les patients et surtout d'essayer de les comprendre afin de démontrer toute l'empathie qu'ils méritent. » D'autres disent : « Il faut toutefois toujours placer le patient au centre de nos préoccupations. »; « Il n'y a pas de pronostic qui vaudrait plus la peine qu'un autre. Il y a un patient, son parcours et sa décision sur la façon de le franchir. Et il y a nous pour l'assister. »

En continuité avec le constat précédent, il est clair que la formation peut être pointée comme un moteur de ce souci pour le patient à leur arrivée à l'externat. La DCPP a mis en place à l'UdeM une série de formations qui s'intègrent à pratiquement tous les volets du doctorat en médecine. Les étudiants sont particulièrement sensibilisés au partenariat patient via les cours de *Collaboration en sciences de la santé* (CSS1900, 2900 et 3900). C'est un concept qu'on retrouve à

maintes reprises dans les textes et qui, nommé et abordé ainsi, procède nécessairement de ce qui leur a été enseigné :

« Je crois que l'approche adoptée par l'équipe médicale était appropriée dans les circonstances : de la prise en charge de la patiente, l'écoute de ses désirs, établir un traitement adéquat et assurer le suivi. Ils ont évité une approche paternaliste qui aurait pu entraver la discussion et ainsi compromettre le processus décisionnel. » [58]

« Son comportement paternaliste était à l'opposé de l'approche de partenariat de soin. » [83]

Une étude randomisée contrôlée récente appuie notre hypothèse selon laquelle la sensibilisation au partenariat patient tout au long de la formation a un réel impact. En effet, un cours sur l'empathie et sur la participation de patients-experts permettrait de majorer le niveau d'empathie des étudiants (Ferri, Rovesti, D'Amico, Padula, & Di Lorenzo, 2019).

Parallèlement à l'approche spécifique du partenariat patient, les concepts de « soins centrés sur le patients », le courant d'« humanisation des soins » ou encore l'importance d'une bonne « relation patient-médecin » guident de façon incontournable la formation des jeunes médecins. Les effets positifs de ces approches étant bien étudiés (Stewart, et al., 2000), on y attribue avec raison beaucoup d'importance. Dans l'optique où les valeurs et les attitudes qu'on souhaite transmettre aux apprenants devraient aller dans ce sens, les aspects du curriculum caché qui n'y collent pas devraient être évacués pour laisser place à des modèles de soins plus humains. Des auteurs ont même développé un outil pour caractériser le curriculum caché dans les facultés de médecine en regard à son niveau de *patient-centeredness* des soins (Haidet, Kelly, & Chou, 2005).

La présente étude ne visait pas spécifiquement à caractériser les éléments du curriculum caché dans les milieux de l'UdeM, mais certains éléments des textes alimentent une partie de réponse. Les étudiants remarquent bien vite les situations et les attitudes qui ne correspondent pas avec le modèle de soins humains qu'ils ont intégré et qui fait écho à leurs propres valeurs et idéaux qui les ont initialement poussés à choisir cette carrière. Cette discordance se manifeste par des sentiments négatifs (notamment regroupés dans le vécu émotif *Agir contre ses principes*) et fait état d'un curriculum caché ou de modèles négatifs qui sont bien présents dans les milieux

cliniques. « Comment réagir face à un patron qui adopte une attitude envers les patients qui nous semble totalement inacceptable du point de vue professionnel et humain ? », se demande l'un d'eux. En début de formation, nous croyons que les apprenants sont plus sensibles à ces situations, mais ont malheureusement le *rôle de l'externe*, qui s'accompagne d'un statut hiérarchique défavorable et d'une peur tangible d'agir. Notre étude ne fournit pas de perspective temporelle afin de voir si leurs comportements changent alors qu'ils progressent dans leur formation, mais ces vignettes permettent de deviner comment peuvent interagir ces influences sur eux. Néanmoins, comme il en sera question ci-bas, nous croyons que l'effet de ces modèles s'opère bel et bien, tel que suggéré par la littérature. Heureusement, ce genre d'ateliers joue un rôle important pour contrer l'effet négatif que peut avoir le curriculum caché.

L'impact de l'impact des situations

L'analyse thématique des vignettes rédigées par les externes nous a menés à nous intéresser au contenu narratif et à ce qu'il provoquait chez les étudiants. Nous avons pu documenter que le vécu de ces situations complexes provoquait des émotions, des prises de position et qu'elles avaient des impacts sur les étudiants.

D'abord, une des choses que « provoque le vécu d'une situation éthiquement complexe chez les étudiants » est un vécu émotif. Notons qu'un tel contenu n'a été rapporté que par 55 % des étudiants, alors que nous croyions que ce serait une des constantes parmi les textes avec une consigne spécifiant que la situation devait avoir provoqué « un inconfort ou de la détresse ». Par ailleurs, 61 % des passages identifiés comme étant des sentiments ou émotions s'avéraient être de *l'Inconfort*. Le terme était présent tel quel dans la consigne et le contenu auquel il référait dans les textes était souvent peu parlant. Par exemple : « j'ai vécu une situation d'annonce de la mauvaise nouvelle qui a suscité chez moi un inconfort et des questionnements. » Peut-être les étudiants ne sont-ils que rarement exposés à des situations où ils partagent leur propre récit et où il leur est offert de s'exprimer sur les émotions suscitées et qu'ils avaient une hésitation ou encore peu de propension naturelle à le faire. Peut-être aussi certains ont-ils simplement omis de citer explicitement les sentiments provoqués par la situation en considérant que l'inconfort était sous-entendu.

Toutefois, il ne faut pas négliger tous les passages où des émotions réelles sont partagées. Les formulations sont souvent fortes : « j'étais extrêmement bouleversé », « je me suis sentie totalement impuissante et paniquée », « mes principes les plus profonds ont été heurtés ». Ne serait-ce qu'en raison de ces expériences fort déstabilisantes, nous sommes d'avis qu'un tel exercice mérite sa place dans le cursus et que ces rétroactions devraient être favorisées et provoquées plus souvent. D'une part, réaliser alors qu'on est en posture vulnérable qu'il existe des situations difficiles est probablement une des solutions pour favoriser une culture de l'éthique clinique durable, qui mise autant sur le savoir-être que sur le savoir-faire. Tel que le réalise cette étudiante, les questionnements, les confrontations et les difficultés continueront de faire partie de la médecine : « Je me dis que même si les dilemmes éthiques seront toujours présents, j'ai beaucoup à apprendre pour que ni mes patients, ni mes futurs étudiants n'aient à vivre une telle détresse. » Ce genre de passages donne l'espoir que nos futurs cliniciens seront plus sensibilisés à devenir des modèles positifs. D'autre part, bien que l'exercice narratif puisse avoir l'avantage d'être une forme d'exutoire pour les malaises vécus pendant cette étape difficile de la formation, nous souhaitons rappeler, tel que bien exprimé par Charon, que c'est aussi une fenêtre sur ce qui serait autrement passé sous silence :

« Unlike the feeling ascribed to Freud that one writes about an unpleasant experience in order to rid oneself of it, we have come to realize that narrative writing in clinical settings makes audible and visible that which otherwise would pass without notice. » (Charon, *What to do with stories - The sciences of narrative medicine*, 2007)

On se réfère particulièrement à ce qui est de l'ordre du curriculum caché, que nous voyons à l'œuvre entre autres dans les passages où il est question d'autorité et de ce qui se rattache, tel que discuté précédemment, au rôle changeant de l'externe. On se réfère aussi à ce que les apprenants font eux-mêmes comme réalisations et qui, potentiellement, ne s'ancreraient pas autant s'il ne s'agissait pas d'un tel exercice narratif. Par exemple, les prises de position qu'ils formulent contribuent certainement à développer leur pensée critique, ce qui constitue soit dit en passant un des objectifs spécifiques visés par le comité du cours qui a développé ces ateliers. Ce positionnement réflexif par rapport à ce qu'ils ont vécu permet d'explicitier les apprentissages humains qui ne peuvent être faits qu'en étant plongés dans le cœur de l'action et qui sont

essentiels dans leur développement. Cet étudiant résume très bien le genre de prises de conscience engendrées :

« C'est cette humanité qui fait que nous sommes parfois confrontés à des situations éthiquement complexes qui nous bouleversent autant professionnellement que personnellement et nous amènent à nous remettre en question afin de nous améliorer. » [34]

L'appréciation que certains étudiants manifestent explicitement par rapport à un tel exercice corrèle avec ce que certains auteurs ont constaté. En effet, lorsqu'on s'intéresse à ce qu'ils pensent de leur formation en éthique, ceux-ci préfèrent généralement rattacher les apprentissages théoriques à ce qu'ils expérimentent sur le terrain et apprécient les sessions de discussion où ils peuvent parler ouvertement des situations vécues, confronter différents points de vue, etc. (Thulesius, Sallin, Lynoe, & Löfmark, 2007) (Johnston & Haughton, 2007). Ces constatations s'arriment aussi avec les connaissances actuelles sur les bienfaits de l'éthique narrative.

En résumé, la présente étude met en relief ce que peuvent avoir eu comme impacts ces situations sur les étudiants et nous croyons que la portée de l'exercice narratif réalisé est manifeste et significative. Non seulement le vécu de dilemmes éthiques en stages est-il marquant, le recul que permet l'écriture d'un récit à leur propos a une valeur considérable. En présence de milieux cliniques où des modèles négatifs font toujours partie de l'expérience des externes, il est d'autant plus essentiel d'insister sur la reconnaissance de ces situations problématiques et de continuer à éveiller cette sensibilité éthique.

Forces et limites de l'étude

Il sera ici question des aspects méthodologiques dignes de mention afin d'interpréter les résultats de l'étude de façon éclairée. D'abord, nous élaborerons sur le contexte dans lequel le travail a été réalisé, sur la façon d'aborder les données – soit les limites liées aux biais propres au contenu des textes et au choix des situations – puis nous discuterons de la posture particulière de la chercheuse principale et des critères de scientificité du projet. Finalement, nous aborderons les forces et la singularité de notre étude.

Matériel disponible

Biais liés au contenu des textes

Les ateliers d'éthique clinique ont été conçus d'abord et avant tout comme un exercice pédagogique avec des objectifs, tels que cités, destinés à favoriser la réflexivité, à développer une posture critique par rapport à des situations du quotidien, à fournir un espace de discussion sécuritaire sur des situations difficiles. Les consignes de rédaction de la vignette allaient dans ce sens et ne s'inscrivaient initialement pas dans le cadre d'un projet de recherche. Elles restent larges et n'exigent pas explicitement de l'étudiant qu'il propose des solutions à la situation complexe, ni encore qu'il expose une réflexion structurée sur les concepts éthiques en jeu. Certaines données, par exemple la proportion dans laquelle les étudiants présentent le rôle qu'ils ont eu, doivent être interprétées à la lumière de ce contexte. Cependant, la consigne engageait clairement à aborder une composante émotive. Ce faisant, l'analyse thématique effectuée dans ce projet a misé sur cette composante que nous avons supposée a priori présente, et sinon sous-jacente, dans pratiquement toutes les vignettes.

Il faut également souligner le fait que les formateurs sont ceux qui, lors de la séance en sous-groupes du premier atelier, devaient rappeler aux étudiants qu'ils avaient un travail à effectuer et qui présentaient de façon plus détaillée les instructions. Étant ceux mêmes qui faisaient la lecture et l'évaluation des travaux, les formateurs ont donc pu souligner certaines composantes à intégrer aux travaux de façon hétérogène entre les sous-groupes. Certains ont potentiellement insisté sur la composante de détresse associée à la situation, d'autres encore ont pu demander aux étudiants de formuler des pistes de solutions, même si ce n'était pas spécifié dans la consigne du travail. Le guide du formateur contenait aussi plusieurs exemples supplémentaires de situations pour guider les discussions, ce qui a pu favoriser ces thématiques dans les vignettes.

Évidemment, une des limites de ce genre d'étude réside dans le fait que ces travaux ont été réalisés dans un contexte pédagogique où il y avait, bien qu'elle n'eût qu'un impact minime sur la réussite du cours, une évaluation du travail remis. Cette influence s'apparente au biais de désirabilité sociale souvent présent dans des études qualitatives. Les sujets de l'étude ont ainsi tendance à adapter leurs réponses en fonction de ce qu'ils croient être attendu d'eux, ou qui les

fera bien paraître auprès de l'évaluateur ou du chercheur. Dans ce genre de travail, surtout lorsque les sujets abordés ont trait à l'éthique, il est facile de concevoir qu'une partie des propos des étudiants ait pu être teintée par leur désir de bien paraître. L'implication de ce biais, si on considère qu'il est bien présent, peut être significative. Dans une étude qui s'intéresse au « je » exprimé par les étudiants, la sincérité des propos est essentielle afin d'en saisir vraiment l'expérience vécue. Toutefois, mentionnons que l'espace créé par ces ateliers, qui se voulait sécuritaire, semble avoir bien joué son rôle. Nous croyons que de façon générale, les textes sont authentiques, que les étudiants ont exprimé ce qu'ils avaient besoin d'exprimer et qu'ils ont osé dénoncer des situations qu'ils n'auraient pas nécessairement partagées dans d'autres contextes.

Biais liés au choix des situations

Il faut également garder en tête que les situations présentées par les étudiants ne représentent assurément qu'une parcelle de ce qui s'observe dans les milieux cliniques. On ne peut évidemment pas postuler que tous les étudiants font face à un nombre égal de dilemmes, tout comme on ne peut pas être certains de la proportion dans laquelle tous ces dilemmes sont présents au quotidien. Ce genre de questions pourrait faire l'objet d'une tout autre étude, avec des données à coup sûr très intéressantes, mais rappelons-nous ici simplement que les thèmes présentés ainsi que leur proportion sont le résultat du choix d'une seule situation par étudiant. On peut avancer que les choix ont pu être motivés par le niveau d'impact de la situation vécue, par l'influence des discussions ayant eu lieu lors du premier atelier ou encore par un biais temporel lié au rappel plus facile des situations récentes.

Le stage dans lequel se trouvent les étudiants au moment de faire l'exercice joue certainement un rôle dans le type de situations retrouvées dans les vignettes. Le fait que certains stages s'effectuent en deuxième année d'externat seulement, à quelques exceptions près, les exclut d'emblée de l'étude. C'est par exemple le cas de la gériatrie, stage qui n'est mentionné que deux fois parmi les vignettes où la spécialité est spécifiée.

D'autres stages, au contraire, sont très représentés. Comme nous l'avons expliqué plus tôt, un cas particulier concerne le stage de chirurgie. Les données sur le stage dans lequel se déroulent les enjeux éthiques sont donc présentées à titre informatif seulement, surtout compte tenu de ce biais potentiellement très significatif. Nous ne pouvons donc pas conclure que les situations complexes sont plus susceptibles de se dérouler dans les spécialités chirurgicales dans les milieux de l'UdeM, même si c'est souvent le cas dans la littérature, surtout pour les cas d'intimidation (Fédération médicale étudiante du Québec, 2017) (Martinez & Lehmann, 2013).

Concernant les autres données descriptives ou démographiques, telles que le sexe, l'âge ou la formation préalable des étudiants, par exemple, elles ne sont pas disponibles pour la présente étude. Les textes tels que fournis comme exigence de l'atelier ne contenaient pas ces informations, et les chercheurs ont décidé de ne pas ajouter ces détails aux formulaires de consentement signés par les participants. Nous ne croyons pas que nos données en auraient été significativement modifiées.

Critères de scientificité

La recherche qualitative ne comporte pas les mêmes exigences de scientificité que la recherche quantitative en raison de leurs natures fondamentalement différentes. Nous en glisserons tout de même quelques mots en nous référant aux interprétations de ces concepts proposées par Anne Laperrière (Poupart, et al., 1997, p. 365).

Un des éléments influant sur validité interne d'une étude est la subjectivité du chercheur. Pour limiter les biais qu'elle peut induire, il faut constamment se questionner sur nos postures tout au long de la construction du devis de recherche et de l'analyse. Il n'est toutefois pas souhaitable de tenter d'exclure toute subjectivité; nous croyons qu'elle a été ici bien mise à profit et que la posture d'étudiante en médecin a pu apporter un éclairage intéressant à l'analyse, mais cette posture doit être connue et prise en compte par celui qui lit l'étude.

« [...] ces actions interviennent toujours dans des situations spécifiques au sein d'un contexte social et historique, qui influence en profondeur la façon dont elles sont interprétées à la fois par les acteurs internes et par le chercheur en tant qu'observateur externe. » (Miles & Huberman, 2003, p. 27)

Ainsi, comme décrit dans la section sur la méthodologie, soulignons que la chercheuse principale a été externe alors même qu'elle réalisait la plus grande partie de ce travail. Puisque le matériel à l'étude étant déjà disponible sous forme de texte, sans savoir préalablement qu'il serait utilisé dans une étude, l'impact d'être un pair du même groupe professionnel n'est pas du même ordre que lorsque l'étude comporte des entrevues en personne, alors que des collègues auraient pu avoir l'impression d'être interrogés sur leurs connaissances (Coar & Sim, 2006). De plus, comme souligné par certains chercheurs, cette proximité peut avoir l'avantage de faciliter l'analyse, dans la mesure où les informations proprement médicales, liées au milieu hospitalier ou aux trajectoires de soins des patients sont d'emblée comprises et ne constituent pas une source de variation d'interprétation, ce qui aurait pu être le cas si le chercheur avait été issu d'un domaine complètement différent (Coar & Sim, 2006). De plus, un souci d'objectivité s'est manifesté à travers l'ensemble du projet, notamment grâce aux autres membres de l'équipe – des professionnels issus des milieux du droit et des sciences sociales –, grâce au contre-codage rigoureux ainsi qu'à un souci de se référer à la littérature tout au long du processus. Finalement, un journal de bord informel a été tenu pendant tout le projet. Il a notamment permis de prendre conscience que certaines situations considérées comme très choquantes à la première lecture – soit avant que la chercheuse commence elle-même ses stages – sont devenues un peu plus banales, un peu moins impressionnantes. Ainsi, le simple fait d'être immergée dans le quotidien hospitalier transforme notre vision des choses, contribue à la normalisation de situations qui devraient rester éthiquement questionnables. Cela s'arrime avec ce que des auteurs cités plus tôt ont déjà rapporté auprès des étudiants en médecine. Bien sûr, la classification des enjeux et l'interprétation des aspects narratifs se sont faites avec la plus grande objectivité possible, mais ce constat appuie d'autant plus la nécessité de maintenir ce genre d'atelier d'éthique dans le parcours médical.

Une autre composante importante de la validité interne réside dans l'analyse, soit dans la pertinence du lien entre les observations empiriques et les interprétations et la qualité du *sens* qui en ressort. Un des avantages de notre devis est la combinaison d'une approche plus pragmatique, soit la thématisation des vignettes, avec une approche inductive qui nous a permis de « laisser parler » notre matériel.

Les sources des citations utilisées pour illustrer les différents thèmes sont très diversifiées. Il est donc possible de supposer que les arguments récurrents sont partagés par plusieurs étudiants, mais aussi que les conclusions sont tirées en ayant eu directement recours aux propos d'une bonne proportion des étudiants. Il ne faut toutefois pas faire uniquement des généralisations et l'importance des vignettes ou des passages isolés ne doit pas être négligée. Les cas singuliers ont permis de bonifier l'analyse, mais a posteriori, leur richesse aurait pu être davantage exploitée dans une étude qui s'intéresse justement aux nuances exprimées par chacun dans leurs écrits.

Comme rapporté par Laperrière, l'importance de la validité externe d'une étude qualitative est sujet à débat. Bien qu'elle puisse être considérée comme non applicable du fait de la spécificité du contexte de chaque étude qualitative et de l'interprétation propre au chercheur, il est selon nous raisonnable de croire que les conclusions de notre étude sont en partie généralisables, du moins au Québec. En effet, les milieux cliniques et les formations dans les différentes facultés de médecine québécoises sont relativement similaires.

Finalement, la fiabilité d'une étude repose en partie sur sa reproductibilité. Encore une fois, une étude qualitative et ses résultats sont avec raison difficilement reproductibles avec précision. Nous croyons néanmoins avoir bien documenté et justifié chaque étape du processus, avec un souci d'optimiser la fiabilité et la compréhension du processus par les autres chercheurs.

La singularité de l'étude

Notre analyse des textes des étudiants a l'avantage de s'apparenter à celles réalisées dans les dernières années, la méthodologie de l'analyse thématique de contenu s'en approchant assez pour faire certaines comparaisons pertinentes. Elle apporte néanmoins son apport bien propre, grâce à une approche inductive ayant permis de mettre au jour plus distinctement certains éléments cruciaux du discours narratif des étudiants.

Parmi les analyses supplémentaires réalisées par d'autres auteurs, certains ont voulu savoir si les thèmes attribués aux situations par les étudiants concordent avec ce que les chercheurs auraient attribué (Caldicott & Faber-Langendoen, 2005) (Fard, Asghari, & Mirzazadeh, 2010).

Nous avons décidé de ne pas faire ce genre de comparaison, d'abord parce que cela aurait impliqué beaucoup de subjectivité, qu'il aurait fallu se prononcer sur des récits où s'entremêlent souvent plusieurs enjeux et où il manque peut-être des éléments qui permettraient de leur attribuer des étiquettes « officielles ». Ensuite, l'objectif du projet n'était pas nécessairement de juger de l'application adéquate ou non de concepts éthiques aux situations par les étudiants.

Un des auteurs avait conclu que 98 % des vignettes étaient liées au patient, ou *patient-centered* (Caldicott & Faber-Langendoen, 2005). Nous n'avons pas fait cette analyse spécifiquement, mais nos analyses générales nous permettent certainement d'avancer que la grande majorité des situations s'intéressent au patient, tel que souligné dans la discussion.

Les analyses par spécialités ont mené à des constats intéressants par d'autres auteurs, tels que la variabilité du type d'enjeux rencontrés par spécialités (Caldicott & Faber-Langendoen, 2005) (Fard, Asghari, & Mirzazadeh, 2010). Nous avons préféré nous concentrer sur d'autres analyses. Certains ont aussi évalué qui étaient les sources et les cibles des dilemmes (Kelly & Nisker, 2009). Notre étude ne comporte pas non plus ce genre de données, mais nous pouvons en déduire que de façon comparable, les sources sont le plus souvent les patrons et les cibles les patients (puis les étudiants). Précisons néanmoins qu'il n'existe pas que des dilemmes avec un « fautif » et une « victime » et que certaines situations d'éthique clinique sont simplement intrinsèques à la pratique médicale.

Une seule des études citées avait spécifiquement détaillé les sentiments exprimés par les étudiants, mais n'en faisait pas d'analyse supplémentaire (Huijjer, van Leeuwen, Boenink, & Kimsma, 2000). L'étude de Kelly s'étant quant à elle intéressée aux déterminants de l'action morale (Kelly & Nisker, 2009). Nous n'avons pas évidemment pas repris cette même approche, mais les passages narratifs ont mis en évidence un spectre du type d'actions entreprises par les étudiants et, sans valeurs quantitatives précises, on peut avancer que nos étudiants présentent une proportion semblable de sensibilité, de jugement, de motivation puis de courage moral.

La spécificité de notre étude réside bien sûr dans l'analyse inductive du contenu narratif. Certains thèmes étaient attendus, comme *Sentiments, émotivité*, alors que d'autres ont plutôt émergé et révélé un contenu très riche, comme *Impact de la situation*. La force distincte de l'étude est donc

d'avoir consolidé notre compréhension du vécu étudiant en lien avec de telles situations, où leur place hiérarchique et leur rôle teintent de façon incontestable leurs réactions émotives, leurs actions, leur vision de la situation et le fait que ces expériences soient marquantes à plusieurs niveaux, parfois difficiles, parfois édifiantes. Les liens constants en cours d'analyse entre les thèmes narratifs et les enjeux éthiques ont permis d'offrir un portrait complet du vécu de situations complexes à ce stade spécifique de la formation médicale.

Chapitre 5 – Conclusion

Cette étude qualitative permet de répertorier le type d'enjeux éthiques que vivent les étudiants en médecine de l'UdeM lors de leurs premiers stages d'externat, soit lors de leurs premières expériences en tant qu'acteurs à part entière du système de santé. Elle brosse également un portrait de ce que ces situations engendrent comme émotivité et réflexivité. Les résultats obtenus grâce à une méthodologie d'analyse thématique rigoureuse nous permettent de tirer des conclusions essentielles pour le futur de l'enseignement de l'éthique clinique.

Ainsi, bien que la formation reçue semble avoir une portée palpable sur l'approche des étudiants face aux situations rencontrées, du chemin reste à parcourir. Les dilemmes éthiques de la pratique médicale peuvent engendrer un inconfort du fait de leur complexité et de leurs implications humaines, sans aucun doute. Mais il est étonnant de constater qu'autant d'inconfort rapporté par les étudiants soit issu de conflits liés à la hiérarchie et l'expérience avec des comportements négatifs. Ces observations ne sont pas nouvelles, mais persistent malgré les avancées pédagogiques, les changements de mentalités favorisant des soins de santé plus humains et les efforts des universités pour, comme exemple notoire, lutter contre l'intimidation en se dotant de politiques strictes à ce sujet (Université de Montréal, 2019). Il est raisonnable de croire, grâce aux constats formulés dans ce mémoire, que nous sommes toutefois à une croisée des chemins. Les récits des étudiants témoignent d'une sensibilité indéniable pour la communication, les soins humains et les saines relations entre collègues. La nouvelle génération de médecins sera peut-être celle qui insistera pour que l'expérience négative qui semble pour le moment indissociable du début de la formation cesse de se perpétuer et pour que la prise en charge des patients en soit une réellement humaine, même dans ses détails les plus triviaux.

Nous en revenons donc à la notion de culture de l'éthique que le BEC s'efforce d'instaurer à l'UdeM, alors qu'elle se compare au concept même de curriculum caché. Ce désir d'être de « bons externes » et de « bons médecins » en devenir chez les étudiants se bute inévitablement à l'intégration de la culture qui s'observe dans les milieux cliniques au quotidien. Nous sommes

d'avis qu'il est toutefois possible d'en faire un curriculum caché qu'on veut et qu'on peut modifier. Hafferty mentionnait dans son premier article à ce sujet :

« The basic issue is not one of ridding the environment of "contaminating" values or elements but rather one of recognizing their presence and working with them – including taking steps to counter whatever elements are deemed (at the time) to be unwanted or undesirable. »
(Hafferty & Franks, 1994)

On doit éviter le piège d'attribuer tous les torts observés dans les « issues » pédagogiques au curriculum caché (Hafferty & O'Donnell, 2014) puisque, tel que mis en évidence ici, le curriculum formel et les valeurs qui sous-tendent sa conception restent fondamentaux. Le renouveau pédagogique et le statut de plus en plus important de l'éthique clinique portent effectivement leurs fruits, mais il ne faut jamais oublier que l'apprentissage de la médecine est un processus d'enculturation et il faut prendre soin de s'intéresser à ce processus parallèle.

Nos constats nous amènent également à dire qu'il est essentiel d'insister sur les situations-modèle positives ainsi que sur les modèles de rôle positifs parmi les enseignants qui côtoient nos futurs médecins – patrons, résidents, enseignants de cours magistraux, tuteurs d'IMC/IDC, etc., puisque c'est le cœur de cet apprentissage informel positif et qu'il est également relevé par les étudiants. La réflexion que permet la rédaction de vignettes et les discussions engagées par les ateliers doivent se poursuivre; les effets bénéfiques ne pourront être observés que si on provoque ces remises en question fréquemment et qu'elles sont adaptées aux acteurs en cause. Être à l'écoute des étudiants implique aussi de ne pas négliger ce genre d'affirmation :

« Le cheminement éthique en médecine en est un qui est personnel; bien que le cours d'éthique soit intéressant pour partager ce qu'on a vécu, il faut éventuellement retourner dans le monde réel et avoir la volonté de prendre des risques en confrontant la hiérarchie bien établie en médecine. C'est un processus autant édifiant qu'autodestructeur. » [110]

Nos conclusions inculpent abondamment la hiérarchie comme un élément nuisible majeur plus important qu'attendu. Nous suggérons que cette problématique soit une piste à aborder de front par les prochaines études en éthique clinique au sujet de l'externat. Comme le souligne cet étudiant, un des objectifs ultimes de la formation en éthique est que les futurs médecins soient préparés à intervenir concrètement, de la forme la plus éthique et humaine. Il faut s'engager à

fournir davantage d'outils aux externes pour qu'ils se sentent légitimés de prendre la parole, mais également l'environnement qui leur permet de le faire en pratique.

Finalement, dans un contexte où à la fois l'apprentissage et la pratique de la médecine sont très exigeants, où tout doit se dérouler rapidement mais efficacement, de nouveaux éléments d'une culture de l'éthique gagneraient à être explorés et constituent potentiellement des pistes de solution concrètes aux problématiques qui restent palpables. Le doctorat en médecine laisse peu de place aux étudiants pour continuer à développer les intentions louables avec lesquelles ils débutent leur formation. Ce contexte où une négociation de valeurs en environnement hostile doit s'opérer (Coulehan & Williams, 2001) les rend d'autant plus vulnérables à adapter ou modifier ces valeurs au profit de ce qu'impose la pression du milieu. La *slow medical education* (Wear, Zarconi, Kumagai, & Cole-Kelly, 2015) propose de ralentir le débit, de créer intentionnellement des espaces où s'effectuent consciemment des activités singulières, qui peuvent être des tâches cliniques tout comme des ateliers narratifs ou des discussions. Planter davantage d'exercices de l'ordre des ateliers d'éthique servirait ainsi non seulement l'intention de ralentir le rythme, d'engager des discussions fécondes et de simuler la réflexivité, mais serait aussi une bonne manière de poursuivre la recherche en éthique clinique. L'évolution des dilemmes rencontrés et des approches adoptées pourrait être documentée grâce à des ateliers narratifs pendant la formation pré et postdoctorale. Les modèles de rôle que sont les patrons enseignants pourraient eux aussi prendre part à de tels exercices, alimentant et entretenant ainsi la culture de l'éthique intégrée pendant leur formation. Les moments où l'enseignement se fait délibérément plus lentement devraient être valorisés, tout comme devraient l'être les comportements vertueux des étudiants. Leur sensibilité aux enjeux fondamentaux de la clinique, comme la communication, devrait également continuer d'être nourrie par un curriculum formel rigoureux. Nous aspirons en définitive à ce que les dilemmes que les futurs cliniciens rencontreront inévitablement puissent être négociés dans un environnement sain, propice à l'apprentissage et porteur d'une médecine toujours plus humaine.

Références bibliographiques

- Aiguier, G. (2017). De la logique compétence à la capacitation : vers un apprentissage social de l'éthique. *Éthique publique*. doi:10.4000/ethiquepublique.2907
- Aiguier, G. (2017). Développer la compétence éthique dans la formation médicale : pourquoi? comment? *Tréma*, 103-115. doi:10.4000/trema.3649
- Anadon, M., & Guillemette, F. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive? *Recherches qualitatives*, 26-37.
- Bissonnette, R., O'Shea, R., Horwitz, M., & Routé, C. (1995). A data-generated basis for medical ethics education: categorizing issues experienced by students during clinical training. *Acad Med*, 1035-1037.
- Caldicott, C., & Faber-Langendoen, K. (2005). Deception, discrimination, and fear of reprisal: Lessons in ethics from third-year medical students. *Acad Med*, 866-873.
- Campbell, A. V., Chin, J., & Voo, T.-C. (2007). How can we know that ethics education produces ethical doctors. *Medical Teacher*, 431-436.
- Charon, R. (2001). Narrative Medicine - A Model for Empathy, Reflection, Profession and Trust. *JAMA*, 1897-1902.
- Charon, R. (2007, Août). What to do with stories - The sciences of narrative medicine. *Canadian Family Physician*, pp. 1265-1267.
- Christakis, D. A., & Feudtner, C. (1993). Ethics in a Short White Coat: The Ethical Dilemmas That Medical Students Confront. *Academic Medecine*, 249-254.
- Coar, L., & Sim, J. (2006). Interviewing one's peers: methodological issues in a study of health professionals. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 251-256.
- Conseil médical du Canada. (2019, 05 29). *Aperçu des objectifs*. Récupéré sur Le Conseil médical du Canada: <https://mcc.ca/fr/objectifs/>

- Contandriopoulos, A.-P. (2003). Les enjeux éthiques associés à la transformation des systèmes de soins. *Éthique publique*, pp. 42-57.
- Cook, A. F., Arora, V. M., Rasinski, K. A., Curlin, F. A., & Yoon, J. D. (2014). The Prevalence of Medical Student Mistreatment and Its Association with Burnout. *Academic Medicine*, 749-754.
- Coulehan, J., & Williams, P. C. (2001). Vanquishing Virtue: The Impact of Medical Education. *Academic Medicine*, 598-605.
- Doucet, H. (2010). De l'éthique de la recherche à l'éthique en recherche. *Éthique publique*, 13-30.
- Doucet, H., & Dion-Labrie, M. (2011). Médecine narrative et éthique narrative en Amérique du Nord : perspective historique et critique. À la recherche d'une médecine humaniste. *Éthique et santé*, 63-68.
- Duhamel, A. (1998). Compte rendu de [VOYER, Gilles, Qu'est-ce que l'éthique clinique ? Essai philosophique sur l'éthique clinique comme réactualisation de l'éthique aristotélicienne]. *Laval théologique et philosophique*, 211-214.
- Durand, G. (2005). *Introduction générale à la bioéthique : Histoire, concepts et outils*. Montréal: Fides.
- DuVal, G., Clarridge, B., Gensler, G., & Danis, M. (2004). A National Survey of U.S. Internists' Experiences with Ethical Dilemmas and Ethics Consultation. *Journal of General Internal Medicine*, 251-258.
- Dyrbye, L. N., Massie, S., & Eacker, A. (2010). Relationship Between Burnout and Professional Conduct and Attitudes Among US Medical Students. *JAMA*, 1173-1180.
- Eckles, R., Meslin, E. M., Gaffney, M., & Helft, P. R. (2005). Medical Ethics Education: Where Are We? Where Should We Be Going? A Review. *Academic Medicine*, 1143-1152.
- Faculté de médecine, Bureau de l'éthique clinique. (2013). *Code d'éthique*. Récupéré sur Éthique clinique: https://ethiqueclinique.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/14/code_ethique.pdf

- Faculté de médecine, Université de Montréal. (2019, 12 12). *Bureau de l'éthique clinique*.
Récupéré sur Résidence MD spécialisée:
<https://ethiqueclinique.umontreal.ca/formations/programme-md/residence-md-specialisee/>
- Fard, N., Asghari, F., & Mirzazadeh, A. (2010). Ethical issues confronted by medical students during clinical rotations. *Medical Education*, 723-730.
- Fédération médicale étudiante du Québec. (2017). *Mémoire sur l'intimidation et harcèlement en milieu de stage*. Montréal.
- Ferri, P., Rovesti, S., D'Amico, R., Padula, M. S., & Di Lorenzo, R. (2019). Effect of expert-patient teaching on empathy in nursing students: a randomized controlled trial. *Psychology Research and Behavior Management*, 457–467.
- Feudtner, C., Christakis, D. A., & Christakis, N. A. (1994). Do Clinical Clerks Suffer Ethical Erosion? Students' Perceptions of Their Ethical Environment and Personnel Development. *Academic Medicine*, 670-679.
- Fortin, S. (2013). Éthique(s) et prise de décision médicale en contexte de diversité. *Migrations et santé*, pp. 17-51.
- Fortin, S. (2015). Prendre soin et médecine hospitalière. Dans F. Worms, & C. Marin, *À quel soin se fier*. Paris: PUF.
- Gaucher, N. (2015). Lexiques d'éthique. Dans A. Payot, & A. Janvier, *Éthique clinique - Un guide pour aborder la pratique* (p. 246). Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Gaucher, N., & Racine, É. (2015). Théories de la justice. Dans A. Payot, & A. Janvier, *Éthique clinique - Un guide pour aborder la pratique* (p. 246). Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Hafferty, F. W., & Franks, R. (1994). The Hidden Curriculum, Ethics Teaching, and the Structure of Medical Education. *Academic Medicine*, 861-871.

- Haffery, F. W., & O'Donnell, J. F. (2014). *The Hidden Curriculum in Health Professional Education*. Lebanon NH: Dartmouth College Press.
- Haidet, P., Kelly, A., & Chou, C. (2005). Characterizing the Patient-Centeredness of Hidden Curricula in Medical Schools: Development and Validation of a New Measure. *Academic Medicine*, 44-50.
- Hemphill, R. R., Santen, S. A., Rountree, B., & Szmit, A. R. (1999). Patients' Understanding of the Roles of Interns, Residents, and Attending Physicians in the Emergency Department. *ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE*, 339-344.
- Hicks, L., Robertson, D., Robinson, D., & Woodrow, S. (2001). Understanding the clinical dilemmas that shape medical students' ethical development: questionnaire survey and focus group study. *BMJ*, 709-710.
- Huijjer, M., van Leeuwen, E., Boenink, A., & Kimsma, G. (2000). Medical students' cases as an empirical basis for teaching clinical ethics. *Acad Med*, 834-939.
- Hundert, E. M. (1996). Characteristics of the informal curriculum and trainees' ethical choices. (pp. 624-633). *Academic Medicine*.
- Johnston, C., & Haughton, P. (2007). Medical students' perceptions of their ethics teaching. *Journal of Medical Ethics*, 418-422.
- Kelly, E., & Nisker, J. (2009). Increasing Bioethics Education in Preclinical Medical Curricula: What Ethical Dilemmas Do Clinical Clerks Experience? *Acad Med*, 498-504.
- Lajeunesse, Y. (2019). CLÉO - MMD45232. *Présentation aux étudiants de deuxième année d'externat du doctorat en médecine de l'Université de Montréal*. Montréal.
- Larose, G. (2015). Droit, déontologie et éthique clinique. Dans A. Payot, & A. Janvier, *Éthique clinique - Un guide pour aborder la pratique* (p. 246). Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Lawrence, C., Mhlaba, T., Stewart, K. A., Molestane, R., Gaede, B., & Moshabela, M. (2018). The Hidden Curricula of Medical Education: A Scoping Review. *Academic Medicine*, 648-656.

- LeBreton, D. (2010). Médecine, corps et anthropologie. Dans E. Hirsch, *Éthique, médecine et société* (pp. 74-83). Toulouse: ERES.
- Leibowitz, K., Hardebeck, E., Parker Goyer, J., & Crum, A. (2018). Physician Assurance Reduces Patient Symptoms in US Adults: An Experimental Study. *J Gen Intern Med*, 2051-2. doi: 10.1007/s11606-018-4627-z
- Lejeune, C. (2010). Montrer, calculer, explorer, analyser. Ce que l'informatique fait (faire) à l'analyse qualitative. *Recherches Qualitatives*, 15-32.
- Martinez, W., & Lehmann, L. S. (2013). The "Hidden Curriculum" and Residents' Attitudes about Medical Error Disclosure: Comparison of Surgical and Nonsurgical Residents. *Journal of the American College of Surgeons*, 1145-1150.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (R. H. Martine, Trad.) Bruxelles: Éditions De Boeck Université.
- Miles, S. H., Lane, L. W., Bickel, J., Walker, R. M., & Cassel, C. K. (1989). Medical Ethics Education: Coming of Ages. *Academic Medicine*, 705-714.
- Myers, M., & Herb, A. (2013). Ethical dilemmas in clerkship rotations. *Acad Med*, 1609-1611.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2005). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
- Payot, A., & Janvier, A. (2015). *Éthique clinique : un guide pour aborder la pratique*. Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Payot, A., Cousineau, J., & Dupont-Thibodeau, A. (2016). Devis de recherche - Premières expériences cliniques complexes; entre éthique clinique et pédagogie médicale. Montréal.

- Poupart, J., Groulx, L.-H., Deslauriers, J.-P., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. P. (1997). *La recherche qualitative; Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Roy, N., & Garon, R. (2013). Étude comparative de logiciels d'aide à l'analyse de données qualitatives : de l'approche automatique à l'approche manuelle. *Recherches qualitatives*, 154-180.
- Santen, S. A., Hemphill, R. R., Spanier, C. M., & Fletcher, N. D. (2005). 'Sorry, it's my first time!' Will patients consent to medical students learning procedures? *Medical Education*, 365-369.
- St. Onge, J. (1997). Medical education must make room for student-specific ethical dilemmas. *Canadian Medical Education Journal*, 1175-1177.
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *The Journal of Family Practice*, 796-804.
- Sugarman, J., & Sulmasy, D. P. (2010). *Methods in Medical Ethics*. Washington D.C.: Georgetown University Press.
- Thulesius, H. O., Sallin, K., Lynoe, N., & Löfmark, R. (2007). Proximity morality in medical school – medical students forming physician morality "on the job". *BMC Medical Education*, 7-27.
- Université de Montréal. (2014). *Admission 2015-2016, Études de premier cycle, Guide*. Récupéré sur https://admission.umontreal.ca/fileadmin/fichiers/documents/guides_pdf/Guide_Admission_2015-2016.pdf
- Université de Montréal. (2019, 05 01). *Faculté de médecine*. Récupéré sur Université de Montréal: <https://medecine.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/8/schema-programme-medecine.pdf>

Université de Montréal. (2019, 06 8). *Faculté de médecine*. Récupéré sur Bureau de l'éthique clinique: <https://medecine.umontreal.ca/faculte/bureau-de-lethique-clinique/>

Université de Montréal. (2019, 6 8). *Faculté de médecine*. Récupéré sur Direction collaboration partenariat patient: <https://medecine.umontreal.ca/faculte/direction-collaboration-partenariat-patient/>

Université de Montréal. (2019, 12 12). *Incivilité, harcèlement, inconduite, et violence à caractère sexuel*. Récupéré sur Faculté de médecine, Doctorat de 1er cycle en médecine: <https://md.umontreal.ca/etudiants/intimidation-et-harcelement/>

Van der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation* (éd. 2e édition). Bruxelles: De Boeck Université, Les presses de l'Université de Montréal.

Wear, D., Zarconi, J., Kumagai, A., & Cole-Kelly, K. (2015). Slow Medical Education. *Academic Medicine*, 289-293.

Wong, J. G., & Cheung, E. P. (2003). Ethics assessment in medical students. *Medical Teacher*, 5-8.

Annexes

Annexe 1 – Formulaire de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

EXTERNES

Titre du projet de recherche

Premières expériences cliniques en formation médicale : entre éthique clinique et pédagogie médicale

Chercheurs principaux

- **Antoine Payot, MD, PhD**
Professeur agrégé, Département de pédiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal
Directeur, Bureau de l'éthique clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal
antoine.payot@umontreal.ca
- **Julie Cousineau, Avocate, LL.M., D.C.L.**
Professeure adjointe de clinique, Département de Médecine de famille et médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université de Montréal
Professeure associée, Faculté de droit, Université de Montréal
Coordonnatrice, Bureau de l'éthique clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal
julie.cousineau@umontreal.ca
- **Amélie Dupont-Thibodeau, MD, PhD**
Professeure adjointe de clinique, Département de pédiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal
Membre, Bureau de l'éthique clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal
amelie.du.pont-thibodeau@umontreal.ca

- **Marie-Hélène Quesnel-Olivo, MSc (c)**

Étudiante à la Maîtrise en sciences biomédicales, option éthique clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal

Étudiante au Doctorat de premier cycle en médecine, Faculté de médecine, Université de Montréal

Financement

Projet non financé

Bonjour,

Suite au cours MMD35581-2 *Éthique clinique/profession MD* que vous avez suivi cette année, le *Bureau de l'éthique clinique* et la *Direction collaboration et partenariat patient* vous invitent à participer à un projet de recherche nommé « Premières expériences cliniques en formation médicale : entre éthique clinique et pédagogie médicale ».

Le projet de recherche vise plus spécifiquement à identifier et à analyser :

- L'intégration de l'éthique clinique dans la pratique quotidienne des externes.
- L'autoréflexivité manifestée par des externes, c'est-à-dire la capacité à identifier et à analyser les enjeux éthiques et de proposer des pistes de solutions.
- La mise en pratique par les externes du partenariat patient dans les soins.
- Les enjeux éthiques complexes vécus par les externes dans le cadre de leur apprentissage en clinique et leur relation avec les patrons, collègues et patients de même que les pistes de solution explorées.
- Les pratiques que les externes mobilisent et développent spontanément pour faire face à une situation clinique complexe.
- Comment ces enjeux et pratiques éthiques bonifient l'enseignement en médecine en identifiant de nouvelles approches pédagogiques.
- L'expérience rapportée par des externes en tant qu'outil pédagogique.

Le travail que vous avez remis dans le cadre du cours est important afin de donner une voix aux externes. Avec votre permission, nous souhaitons donc l'utiliser dans le but de documenter votre expérience en situation clinique difficile. Nous effectuerons une analyse qualitative des toutes les situations présentées afin de notamment identifier les situations présentant un défi éthique pour l'externe. Ces informations seront corrélées aux variables démographiques et contextuelles recueillies en même temps que ce consentement

Les résultats pourront par ailleurs servir à des fins de développement d'outils sur le professionnalisme, la collaboration et le bien-être professionnel. Ils seront soumis pour publication à des revues médicales axées sur l'éthique clinique et la pédagogie médicale. Ils seront également proposés pour communication à des conférences dans ces mêmes domaines.

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Le fait d'y participer n'aura aucune influence sur votre note finale. Si vous souhaitez vous retirer du projet de recherche, contactez directement Julie Cousineau aux coordonnées ci-dessous et votre vignette ainsi que ses informations seront retirées de l'analyse.

Aucune compensation ne vous sera versée et il n'y aura pas de retour direct des résultats. Vos collègues pourront bénéficier de la recherche par une amélioration du cours, s'il y a lieu. Aucun risque n'est associé à ce projet de recherche.

Dans le cadre du processus de recherche, les travaux analysés seront identifiés par un code et conservés en sous clé dans les locaux du *Bureau de l'éthique clinique* pour une durée de 7 ans après la fin du projet. Seul le groupe de recherche y aura accès. L'analyse des résultats sera faite de sorte que la confidentialité des participants soit pleinement respectée. Votre identité ou toute information permettant de la reconnaître seront préservées dans toute publication ou présentation. Par ailleurs, advenant que des informations sensibles se retrouvent dans votre vignette, tout identificateur direct ou circonstanciel sera retiré lors du traitement des données afin de respecter l'anonymat des personnes décrites par les étudiants, notamment des patrons, collègues ou patients.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter Mme Julie Cousineau, coordonnatrice du Bureau de l'éthique clinique aux coordonnées suivantes :

Courriel : ethiqueclinique@umontreal.ca

Téléphone : 514-343-6111 poste 3266

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du Comité plurifacultaire en éthique de la recherche (CPÉR) au cper@umontreal.ca ou au 514-343-6111, poste 1896 ou consulter le site : <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone 514-343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

CONSENTEMENT

Déclaration du participant

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à ma participation.
- Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.
- Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Signature du participant : _____

Date : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Engagement du chercheur

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et je me suis assuré de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Signature du chercheur : _____

Date : _____

Nom : _____

Prénom : _____

***Un exemplaire du formulaire d'information et de consentement signé doit être remis au participant.**

Annexe 2 – Approbation comité d'éthique



Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche

12 mai 2016

Monsieur Antoine Payot
Professeur agrégé
Bureau de l'éthique clinique; département de pédiatrie

OBJET: Approbation éthique

M. Antoine Payot, Amélie Dupont-Thibodeau & Mme Julie Cousineau,

Le Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche (CPER) a étudié le projet de recherche intitulé « Premières expériences cliniques en formation médicale: entre éthique clinique et pédagogie médicale » et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences précédemment émises.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible et afin d'en tirer pour tous le plus grand profit, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CPER tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur, Mesdames, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Tiiu Poldma, Présidente
Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche (CPER)
Université de Montréal

TP/RS/rs

c.c. Gestion des certificats, BRDV
p.j. Certificat CPER-16-035-D

adresse postale
3744 Jean-Briant, B-430-8
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7
www.cper.umontreal.ca

Téléphone : 514-343-6111 poste 1896
cper@umontreal.ca

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche (CPER), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	Premières expériences cliniques en formation médicale: entre éthique clinique et pédagogie médicale
Chercheur requérants	Antoine Payot Professeur agrégé, Bureau de l'éthique clinique; département de pédiatrie Julie Cousineau Professeure adjointe de clinique, Faculté de médecine Amélie Dupont-Thibodeau , Professeure adjointe de clinique, Faculté de médecine Université de Montréal
Financement	
Organisme	Non financé
Programme	--
Titre de l'octroi si différent	--
Numéro d'octroi	--
Chercheur principal	--
No de compte	--
Approbation reconnue	
Approbation émise par	non
Certificat:	s.o.

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CPER qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CPER.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CPER.

Tiiu Poldma, Présidente
Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche
Université de Montréal

12 mai 2016
Date de délivrance

1 juin 2017
Date de fin de validité

Annexe 3 – Instructions pour la rédaction de la vignette

TRAVAIL INDIVIDUEL

Objet de l'évaluation

- Afin de consolider les apprentissages acquis dans le premier atelier, un travail individuel est requis entre les deux ateliers.
- Celui-ci consiste à rédiger une vignette à propos d'une situation éthiquement complexe vécue par l'externe lors de ses stages.
- Cette situation doit avoir suscité des interrogations, un inconfort ou de la détresse chez l'externe.

Instructions de rédaction et remise

- Cette vignette est de minimum 1 à 2 pages, simple interligne, format PDF.
- Papier format lettre 8½ X 11, Marges de 1 pouce, Caractères 12, Police Times New Roman.
- **FAIRE UNE PAGE COUVERTURE SUR LAQUELLE SONT INDICÉS VOTRE NOM, VOTRE MATRICULE, VOTRE GROUPE, VOTRE CAMPUS (Montréal ou Mauricie) AINSI QUE LE NOM DE VOTRE FORMATEUR.**
- Le travail doit être déposé sur la plateforme ENA – Environnement numérique d'apprentissage (Cours MMD 3558) avant le 3 avril 2017. Aucun envoi individuel par courriel ne sera accepté. Vous êtes fortement encouragé à ne pas attendre à la dernière minute pour déposer votre travail afin d'éviter la congestion du système et l'impossibilité de faire votre remise.
- SVP respectez l'identification du fichier PDF comme suit :

Campus (Mtl ou Mau) _ Groupe (GRXYZ) _ Nom (Première lettre du prénom et nom de famille de l'étudiant) _ Matricule

Ex pour campus Montréal : Mtl_GR1_NGagnon_123456

Ex pour campus Mauricie : Mau_GR2_KLanglois_789101

Annexe 4 – Exemple de l'espace de codage sur NVivo

The screenshot displays the NVivo interface with a text document open in the main workspace. The document text is as follows:

traitement avec des antibiotiques, mais après les explications sur les risques pour la mère et l'enfant d'une telle infection, ils ont acceptés.

Là où la situation se complique est lors de la naissance de l'enfant. Il a eu une réanimation de plus de deux minutes avant de respirer par lui-même et a ensuite été transféré aux soins néonataux où la pédiatre a pris le relais. Le père a suivi le bébé aux soins pendant que l'on s'occupait de la mère. Quelques minutes plus tard, le père est revenu à la salle d'accouchement avec le bébé dans les bras, l'ayant sorti des soins sans l'accord de la pédiatre. Il voulait absolument faire le peau à peau entre la mère et le bébé même si l'état de l'enfant n'était pas tout à fait stabiliser. La pédiatre était très inquiète pour l'enfant et essayait de convaincre le père de ramener l'enfant aux soins néonataux, ce qu'il refusait de faire. L'infirmière suivait attentivement les signes vitaux du bébé qui désaturait et était tachycarde.

Malgré tout, la mère était très heureuse de voir son bébé et le père ému de ce moment où les trois étaient réunis après cet accouchement difficile. Cela se complique encore lorsque la pédiatre discute avec les parents de l'antibiothérapie pour le bébé étant donné la chloroammonite chez la mère. Au départ, le père refusait catégoriquement vu ses croyances contre la médecine moderne. La mère semblait plus ouverte que son conjoint. La pédiatre a expliqué les risques et les bénéfices de traiter l'enfant ainsi que les possibles conséquences pour celui-ci s'il ne recevait pas d'antibiotiques. Après

The interface also shows a node list on the left side with the following data:

Nom	Fichiers	Référen
Thèmes-Enjeux	0	0
Autanté		54
Faire poser des		10
Fonctionnemen		14
Impact sur l'éva		15
Indimidation (g		19
Opinion peu co		19
Autres-Enjeux		11
Communication		148
Annorce de ma		17
Autre comm		28
Comm adéquat		36
Comm avec ext		15
Langue		9
Manque d'emp		35
Ne pas s'assure		36
Rude, inadéqua		37

The bottom status bar shows: MHQO 117 éléments Codes : 15 Références : 25 Lecture seule Page : 1