

Université de Montréal

Rx : Questionner le rôle de communicateur dans la formation de
l'identité professionnelle des futurs médecins

Par

Marilou Migneault

Département de communication, Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès Sciences (M. Sc.)
en sciences de la communication

Décembre 2022

© Marilou Migneault, 2022

Université de Montréal
Département de communication, Faculté des arts et des sciences.

Ce mémoire intitulé

**Rx : Questionner le rôle de communicateur dans la formation de
l'identité professionnelle des futurs médecins**

Présenté par

Marilou Migneault

A été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes

Boris Brummans

Président-rapporteur

Stephanie Fox

Directrice de recherche

Kirstie McAllum

Membre du jury

Résumé

En 2007, une étude divulgue la corrélation entre les aptitudes communicationnelles des futurs médecins et les probabilités de plaintes au cours de leur carrière. En 2021, la communication médecin-patient se manifeste d'ailleurs comme le principal élément sous-jacent aux plaintes envers les médecins. Avec cette problématique, il est question d'interroger les statistiques croissantes, notamment en s'intéressant à la place de l'enseignement dans la formation de l'identité professionnelle des futurs médecins.

Ce mémoire a pour objectif de questionner le rôle de communicateur tel qu'établi par le référentiel de compétences CanMEDS. Pour y arriver, douze entretiens avec des acteurs de l'École de médecine de l'Université de Montréal à différents stades de leur professionnalisation ont été tenus. De l'analyse thématique des entretiens est ressorti 3 thèmes : la professionnalisation institutionnelle, les réalités du contexte pédagogique et les obstacles à la formation de l'identité professionnelle du rôle de communicateur. Ceux-ci pointent vers l'omniprésence d'une approche basée sur la médecine factuelle plutôt que basée sur la vertu à travers la formation de l'identité professionnelle. Le processus professionnalisant pour devenir un médecin est largement fondé sur la présence de comportements observables et mesurables, et ce, de l'admission à l'évaluation continue des compétences communicationnelles. Ainsi, le développement de leur identité professionnelle navigue plus difficilement la relation médecin-patient. La professionnalisation actuelle passe à côté de certaines opportunités de rétroactions et d'apprentissage autoréflexives. Le constat final présente une opportunité de développer un parcours qui intègre les arts et les sciences sociales pour le développement du rôle de communicateur.

Mots-clés : communication, formation de l'identité professionnelle, rôle de communicateur, apprentissage professionnel, relation médecin-patient

Abstract

In 2007, a study revealed a correlation between the communication skills of future physicians and their likelihood of receiving complaints during their career. In 2021, physician-patient communication was the main issue underlying complaints about physicians. With this problem in mind, we question the growing statistics, particularly by looking at the place of teaching in the professional identity formation of future physicians.

The goal of this master's thesis is to question the physician's communicator role as established by the CanMEDS competency framework. To this end, twelve interviews were held with actors from the University of Montreal School of Medicine at different stages of their professionalization. From thematic analysis of the interview data, three themes emerged: institutional professionalization, the realities of the educational context, and the challenges to professional identity formation in the role of communicator. These point to the pervasiveness of an evidence-based medicine approach rather than a virtue-based medicine approach to professional identity formation. The professionalizing process of becoming a physician is largely based on the presence of observable and measurable behaviours, from admission to ongoing assessment of communication skills. As a result, it is more difficult to navigate an authentic physician-patient relationship in the development of their professional identity. Current professionalization misses some opportunities for self-reflective feedback and learning. The final finding presents an opportunity to develop a pathway that integrates the arts and social sciences for the development of the communicator role.

Keywords : communication, professional identity formation, communicator role, professional learning, physician-patient relation

Table des matières

Résumé.....	3
Abstract	4
Table des matières	5
Liste des tableaux.....	9
Liste des figures.....	10
Liste des sigles et abréviations	11
Remerciements	13
Chapitre 1 – Introduction	14
Chapitre 2 – Recension des écrits.....	18
La médecine factuelle.....	19
L’approche centrée sur le patient	22
Le patient-partenaire.....	23
La consultation	24
La communication	28
La communication, la médecine factuelle et le modèle biomédical	28
La communication, la médecine et le modèle centrés sur le patient.....	29
Chapitre 3 - Problématique	31
Contraintes administratives	33
Conséquences professionnelles et personnelles.....	33
Enjeux éducatifs	34
À ce jour, en 2022.....	34
Chapitre 4 – Cadre théorique	36

Avant-propos : CanMEDS	38
Profession : là où tout commence	40
Professionalisation : là où l'action se déroule	44
Professionalisme : là où les résultats sont visibles	47
Fondements des approches d'Irby et Hamstra	48
Les cadres pédagogiques en pratique réelle	52
Fondé sur la vertu.....	53
Fondé sur les comportements.....	54
PIF	55
Retour sur les cadres	56
Résumé du chapitre.....	57
Chapitre 5 – Méthodologie.....	60
Positionnement ontologique et épistémologique de cette recherche.....	60
Le choix du terrain de recherche	61
Évolution de l'enseignement en médecine au Québec	62
État des lieux des méthodes d'enseignement.....	62
Historique de l'enseignement au Québec	62
École et particularités.....	64
Cheminement des études en médecine	65
Année préparatoire	67
Préclinique.....	67
Externat	68
Résidence	69
Collecte de données	71

Approbation éthique	71
Recrutement.....	71
Entretiens	73
Analyse des données	76
Chapitre 6 – Présentation des résultats	81
Thème 1 : Professionnalisation institutionnelle	82
Standardiser le processus de sélection	84
Évaluer le dossier personnel.....	85
Évaluer le dossier scolaire	87
Fonder la place de l’enseignement de la communication dans la structure du programme.....	90
Contextualiser pour mieux évaluer	95
Thème 2 : Réalités du contexte pédagogique de la PIF	99
Apprendre avec les réalités du terrain	100
Promouvoir le rôle d’expert médical.....	104
Influence de la relation pédagogique.....	108
Thème 3 : Obstacles à la formation de l’identité professionnelle du rôle de communicateur	113
Être contraint par l’environnement médical	114
Être un bon pédagogue-communicateur	121
Chapitre 7 – Discussion	127
L’apport de la recherche.....	129
L’accent est sur l’EBM.....	130
La pertinence est aux arts et aux sciences sociales	132

Limitations de mon étude	135
Position de chercheuse.....	135
Échantillon de la recherche	135
Désormais en tant que patiente	137
Chapitre 8 – Conclusion.....	139
Références bibliographiques	141
Annexes	149

Liste des tableaux

Tableau 1. – Cheminement typique à l'École de médecine	66
Tableau 2. – Présentation des participants et survol des entrevues	77
Tableau 3. – Résumé des résultats : Thèmes, catégories et codes	82

Liste des figures

Figure 1. –	Les approches médicales en consultation	25
Figure 2. –	Les sept compétences CanMEDS	38
Figure 3. –	Concepts de la profession, professionnalisation et professionnalisme.....	57

Liste des sigles et abréviations

ACPM : Association canadienne de protection médicale

APP : Apprentissage par problèmes

APC : Activités professionnelles confiées

CAAHC : Centre d'apprentissage des attitudes et habiletés cliniques

CERAH : Comité d'éthique de la recherche en arts et humanités

CPASS : Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé

CRMCC : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

ECOS : Examen clinique objectif structuré

EACMC : Examen d'aptitude du Conseil médical du Canada

FIP : Formation de l'identité professionnelle

IMC : Introduction à la médecine clinique

IDC : Initiation à la démarche clinique

LCME : Liaison Committee on Medical Education

LMCC : Licencié of the Medical Council of Canada (Version anglaise de l'EAMC)

MEMFI : Mini-entrevues multiples francophones intégrées

Remember throughout that everyone, even a scientist, thinks in narrative.

Science is a story.

Tell it.

-Wells, 2004

Remerciements

À mes parents, à leurs encouragements, leurs beaux mots et les discussions. Merci de m'encourager dans les projets qui me permettent de me dépasser et d'être heureuse.

À mon conjoint qui a su percevoir et transmettre le calme pendant les moments de tempête, mon cheerleader numéro 1 qui ne voit rien d'impossible dans les projets que j'entame.

À Stephanie qui a vu du potentiel et m'a encouragé à aller de l'avant avec ce projet. Ta motivation devenait la mienne, merci pour les rencontres, ton aide et surtout ta confiance. Nos rencontres étaient synonymes d'ancrage, je n'aurais pu souhaiter une mentore aussi dévouée, authentique et empathique.

À Thèze-Vous et à sa communauté qui a rendu ce cheminement tumultueux plus doux.

À mes amies qui m'ont laissé l'espace pour m'accomplir au profit de temps d'exception. Un clin d'œil à Nicolas et à des collègues du Lab Engagé : Solène, Tanika et Laura avec qui j'ai eu la chance de partager les hauts et les bas d'un tel travail.

Aux enseignants, tout au long de mon parcours scolaire, qui ont transformé une brasse en flamme, particulièrement à la famille Marcoux-Moisan.

Finalement, merci aux participants qui m'ont accordé de leur temps et facilité la mise en contact avec certains acteurs difficilement accessibles. Je tiens, par le fait même, à remercier les fédérations étudiantes de l'École de médecine qui ont partagé mes affiches de recrutement parmi leurs membres. Je remercie aussi Marie-Thérèse Lussier qui a permis la présentation de mon étude aux membres du réseau de recherche en soins primaires.

Chapitre 1 – Introduction

Hiver 2017.

Je viens de vivre un hiver pénible. J'ai mal. Chaque matin, j'ai l'impression que je marche sur du verre cassé. Chaque matin, un mélange de pleurs et de rage entoure les simples tâches : attacher mes cheveux,agrafer mon soutien-gorge, verrouiller les portes, écrire des notes de cours. Je rencontre finalement mon médecin de famille. Un premier diagnostic dans les airs – sans explications, sans justifications, puis une commande de tests sanguins. Je parle à peine, je suis figée.

Printemps 2017.

Une première rencontre avec une spécialiste, puis une deuxième. Un vrai diagnostic s'insère finalement dans mon dossier médical. Je suis laissée à moi-même, on me recommande d'effectuer des recherches sur des sites web officiels et on me laisse quitter avec une nouvelle prescription dont je ne connais rien.

Il en était un va et vient entre professionnels de la santé qui a posé plus de questionnements que je n'ai pu obtenir de réponses. On s'intéressait à la pathologie, mais pas à la personne que je suis. La communication entre le médecin et moi était simplifiée au rôle du diagnostic. Une relation empreinte de communication ? Où ça ?

Mon expérience personnelle n'est qu'un exemple parmi tant d'autres. Il a pourtant fallu que je sois le sujet de cette situation pour la questionner. Ce parcours dynamique entre les différents professionnels¹ a fait naître des interrogations sur la manière dont une consultation entre médecin et patient dans les soins devait se dérouler. J'ai alors commencé à effectuer des recherches sur l'enseignement de la communication dans les facultés de médecine, puis sur les approches qui nourrissent le système de santé actuel en Amérique du Nord, plus précisément au Québec.

Dans un désir de m'immiscer dans le contexte de formation des professionnels de la santé, je me suis taillée une place en tant que bénévole à l'Université d'été 2018 du Centre de pédagogie appliquée en sciences de la santé de l'Université de Montréal. Ce plongeon dans la formation professionnelle m'a offert un accès inédit à des discussions d'actualité, voire une certaine vulnérabilité de la part des participants au sujet de la communication. Les partages des différents

¹ Dans le présent document, les termes employés pour désigner des personnes sont pris au sens générique ; ils ont à la fois valeur d'un féminin et d'un masculin.

professionnels, étudiants et formateurs ont mis la table pour une diversité d'opinions et d'expériences qui, selon moi, méritaient un coup d'œil plus profond.

Certains des enjeux soulevés lors de ce rassemblement de professionnels étaient l'évolution de la présence des technologies dans la salle de consultation, la démocratisation de l'accès à l'information pour les patients et le rôle participatif du patient dans sa prise en charge. Dans un contexte où les maladies chroniques se font de plus en plus proéminentes, le patient prend des distances avec le rôle passif qu'il occupait auparavant (Pomey et al., 2015). Ce changement de posture influence directement la communication entre le médecin et le patient dans un contexte de consultation.

Quand on s'intéresse à la relation entre le médecin et le patient, les études en sciences infirmières se démarquent de la médecine (Giroux, 2016). Elles vont avoir ciblé 3 ou 4 concepts fondamentaux (personne, santé, relation avec l'environnement, soins infirmiers et perspective) sur lesquels reposés différents modèles de relation. Un tel travail est plus difficile en médecine comme le souligne Giroux (2016). Effectivement, elle mentionne que la fragmentation des spécialités rend difficile la représentation professionnelle respectueuse des conceptions et activités propres de chacune des spécialités (Giroux, 2016).

Pour contourner cette difficulté, les efforts de modélisation se sont concentrés sur la relation-médecin puisqu'elle est vue comme un phénomène central de la médecine à travers toutes les pratiques cliniques, et ce, peu importe la spécialisation. C'est aussi l'avenue empruntée dans les prochaines pages où je concentrais ma recension des écrits sur la relation-médecin pendant l'entretien médical. J'ai remarqué dans le développement de ma recension que les modèles de relation médecin-patient doivent inévitablement reposer sur des modèles professionnels qui sont difficilement définis pour les raisons mentionnées plus haut.

Par modèle professionnel, j'entends la définition de Blin comme présentée par Giroux (2016) :

Un ensemble de représentations professionnelles qui forment un système organisé décrivant ce que sont la profession et son activité. Chaque modèle regroupe les concepts, des finalités, des valeurs, des attitudes et des schémas d'action, car ces éléments servent d'assises à l'approche professionnelle privilégiée par le groupe et permettent d'orienter les choix inhérents aux prises de décision et aux actions dans la pratique quotidienne. (Giroux, 2016, p. 65)

À cela, Giroux renchérit que « les modèles professionnels auraient donc une fonction identitaire, car ils joueraient un rôle important dans l'enculturation (professionnalisation) d'un individu dans sa profession, surtout durant la formation » (p. 65). Elle ajoute que les modèles sont un moyen puissant de « transmission des normes, standards de pratique et les orientations souhaitées de la formation professionnelle initiale et continue » (p. 65) et que pour cette raison, les modèles sont fortement présents dans le discours des ordres professionnels.

Sans surprise, j'ai pu immédiatement faire le lien avec le référentiel CanMEDS du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) que nous verrons en détails plus bas. Il est à mon avis un modèle professionnel faisant la promotion de compétences présentés sous le sigle de 7 rôles, dont celui de communicateur. Ainsi, à partir de mon expérience personnelle, je me suis posée rapidement quelle était la mise en place opérationnelle de ce modèle pour le développement du rôle de communicateur ? Cette interrogation a donné lieu à la question de recherche explorée dans ce mémoire de maîtrise : comment les futurs médecins intègrent-ils le rôle de communicateur à la formation de leur identité professionnelle ?

Bien que je ne questionne pas à proprement dit l'identité, mais plutôt le processus de sa formation, je tiens à définir avant toute chose ce que j'entends par identité : « Identities or "the 'sets of meanings' applied to the self in a social role or situation defining what it means to be who one is" (Burke, 1991, p. 837) may be "attached" to an individual by the self or by others » (Ibarra & Barbulescu, 2010, p. 137). Bref, les questions que j'avais en tant que patiente et en tant qu'étudiante-chercheuse se sont consolidées pour former la question de recherche ci-haut et laquelle je proposerai des pistes de réponses et de réflexions.

En m'intéressant à plus que ma seule expérience, dans les chapitres qui suivent, je commence par une revue de la littérature qui porte l'évolution des approches en médecine lors de la consultation entre médecin et patient. Ensuite, je dessine une problématique qui cerne la hausse des plaintes faites envers les médecins. À celle-ci, je cible rapidement la formation comme une étape fondamentale à questionner dans le développement de compétences communicationnelles chez les médecins. Pour explorer ma question de recherche, mon cadre théorique sert à définir l'interrelation des concepts de profession, professionnalisation et professionnalisme. Plus

particulièrement, j'emprunte à Irby et Hamstra (2016) les cadres du professionnalisme développés pour interroger la formation de l'identité professionnelle chez les futurs médecins. Le cadre théorique est suivi d'une explication de la méthodologie adoptée pour mener cette étude, à savoir des entretiens qualitatifs semi-structurés avec 12 acteurs de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal qui ont été analysés de manière thématique. Les résultats de cette analyse sont ensuite présentés en trois grands thèmes : la professionnalisation institutionnelle, les réalités du contexte pédagogique et les obstacles à la formation de l'identité professionnelle du rôle de communicateur. Dans la discussion, j'évalue mes résultats à la lumière de la littérature étudiée et de la problématique que je me suis fixée. Des pistes pour de futures recherches sont envisagées dans la conclusion.

Chapitre 2 – Recension des écrits

Je suis assise à la bibliothèque de l'école dans mon coin favori. Je me laisse chatouiller par les rayons chauds du soleil qui traverse bravement l'épaisse fenêtre. Je lis des articles et je me perds dans les références, les podcasts du sujet de la médecine narrative – courant très populaire dans les universités américaines mais qui tardent au Canada. Je suis subjuguée par la beauté d'une telle discipline, de pouvoir lier deux domaines (sciences et arts) qui sont si souvent décrits comme dichotomiques et exclusifs. De là, une recherche approfondie sur les approches qui pourraient en expliquer l'état des lieux.

De plus en plus, les organisations en santé sont amenées à faire cohabiter dans la consultation entre médecin et patient deux approches : une médecine factuelle (*evidence-based medicine*, ou l'EBM) et une médecine centrée sur le patient (*patient-centered medicine*, ou PCM). La première, qui existe depuis plus longtemps, est souvent caractérisée par une relation (et une communication) plutôt paternaliste entre le médecin et le patient (Bluhm, 2009). Pomey et al. (2015) notent une atténuation des pratiques paternalistes depuis les vingt dernières années. En effet, plus récemment, ce type de médecine se voit dilué dans une approche plus personnalisée dont les racines remontent aux années 1960 (Bardes, 2012), soit la médecine centrée sur le patient ; un modèle dominant de l'échange d'information *dialogique*. Dans cette optique d'échange dialogique, une plus grande place est accordée aux vécus, aux valeurs et aux particularités de chacun des patients dans leur cheminement en santé. Une place laissée au dialogue permet au patient de se prononcer sur les informations, de remettre en question les décisions et d'être curieux à propos de son état de santé. Un dialogue entre mes médecins et moi-même m'aurait permis de quitter le cabinet informée et prête à envisager les prochaines étapes du traitement.

Ces deux approches sont souvent présentées en contraste ou même en opposition dans plusieurs sphères de la communication en médecine : selon la médecine factuelle, le médecin est d'abord vu comme un scientifique, mais selon l'approche centrée sur le patient, le médecin est principalement vu comme un thérapeute (*healer*). La distinction de ces rôles chez le médecin—

scientifique versus *healer*—repose sur une opposition entre la science de la médecine et l'art de la médecine :

Interviewing is often considered part of the "art" in contrast to the "science" of medicine. There are many reasons to dispute this distinction. Perhaps the most compelling is that labeling it an "art" removes interviewing [the patient] from the realm of critical appraisal and suggests that there is something magical or mysterious about interviewing that cannot be described or taught. (Lichstein, 1990, p. 29)

Même si les deux approches sont souvent présentées comme opposées, elles peuvent être complémentaires (certes, elles coexistent dans le discours en médecine). Cependant, elles influencent la communication entre médecin et patient lors de la consultation de façon différente.

Dans le cadre de ma recherche sur la perception de la place de la communication dans la formation de l'identité professionnelle, je désire définir ce qui guide ces différentes approches et comment leurs critères premiers fondent la consultation. Je vais premièrement les présenter individuellement, je reviendrai ensuite sur la définition de relation médecin-patient pour finalement ancrer ces deux approches dans une perspective communicationnelle. D'ailleurs, je pousserai davantage dans mon cadre théorique, l'insertion des concepts de professionnalisation et de professionnel afin de faire le pont entre les approches et l'intégration à l'identité professionnelle des futurs médecins.

La médecine factuelle

La deuxième moitié du 20^e siècle est marquée par l'apparition d'une approche en médecine qui était toute nouvelle à cette époque : la médecine factuelle (ou EBM). La médecine factuelle a été popularisée par Chalmers, Gray, Guyatt, Haynes et Sackett comme une approche qui repose judicieusement sur les données scientifiques (Smith et Rennie, 2014). Autrement dit, elle « désigne l'utilisation judicieuse de résultats de la recherche scientifique, systématiquement rassemblés, lors de la prise de décision pour des patients individuels » (Carretier et al., 2009, p. 538). Le médecin utilise donc ses connaissances personnelles construites à l'aide de recherches scientifiques et les applique ensuite à la condition de son patient. Les fondateurs de cette approche s'entendent pour dire que les connaissances ne sont pas seulement celles des recherches scientifiques, mais aussi celles de l'expérience de la pratique médicale au fil des

années. Lors de la consultation avec le patient, le médecin fusionne donc les connaissances apprises dans les recherches scientifiques avec les connaissances faites en tant que médecin et construites par son expérience avec ses différents patients. Les connaissances proviennent donc du médecin et non du patient.

Il est important de noter que l'évolution de l'approche précédente à la médecine factuelle était un saut important dans le domaine de la médecine. Les décisions cliniques ne reposent plus sur l'intuition et les habitudes du médecin. Les essais cliniques forment alors une base d'archives menant à la création de standards dans l'administration des soins. Ces standards mènent aussi à faciliter et à accélérer les décisions des traitements, ce qui offre aux organisations de la santé des démarches efficaces et rentables avec les meilleurs résultats sur la santé du patient (Lewis et Orland, 2004). Ce fonctionnement semble avoir des portées positives sur le système de la santé, notamment par l'épargne de coûts sur les soins administrés. Toutefois, les critiques s'entendent pour dire qu'un entretien médical et des soins reposant seulement sur les données probantes mettent de côté la voix du patient, ce qui range la consultation dans un certain monologue.

L'arrivée de cette approche dans le domaine médical ne s'est pas faite sans obstacle ni sans critiques. En effet, les avantages généraux de la médecine factuelle (EBM) en sont venus à former les critiques actuelles notamment en ce qui a trait au rôle d'expert scientifique. Les pratiques entourant les premières versions d'une médecine dite *evidence-based* sont associées par Adrian Edwards² et Glyn Elwyn³ à une médecine paternaliste (Bluhm, 2009). Les deux professeurs décrivent dans leur recherche que ce type de médecine range hiérarchiquement le médecin au-dessus du patient. Le médecin se voit donner des ordres auxquels le patient se soumet et, ainsi, la voix du professionnel semble être la seule et unique voix possible, sans contestation de la part du patient. Edwards et Elwyn trouvaient le partage de pouvoir inégal entre patient et médecin. Ils ont alors décidé d'allier leurs intérêts personnels sur la sécurité du patient et la prise de décision dans les soins de premières lignes pour développer des alternatives à la médecine factuelle de base.

² Professeur de la pratique Générale et co-directeur de la division de la médecine publique à l'Université Cardiff, Wales, Royaume-Uni.

³ Professeur et médecin-chercheur au *Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice*, Dartmouth College, Hanover, New Hampshire.

De nos jours, cette approche se heurte à plusieurs critiques auxquelles l'approche centrée sur le patient tentera de dénouer. Premièrement, Sacristán (2013) souligne l'importance de reconnaître que plusieurs patients peuvent partager des similarités, mais tous sont différents. À vrai dire, les observations et recherches cliniques reposent sur des données généralisées qui ne reflètent donc pas le patient particulier devant lequel le médecin se trouve :

All patients are different. Although two patients suffering from the same disease may present the same signs, symptoms, and identical laboratory tests, they will be two different patients. A patient is more than just his illness; the circumstances, beliefs, values, preferences and goals of the person suffering the disease, and all other elements that differentiate one human being from another mean that no two patients can be exactly alike. These differences form the basis of clinical practice and are the essence of medicine. (Sacristán, 2013, p. 461)

La nécessité de reconnaître le contexte particulier de chacun des patients est donc une première critique faite à l'approche factuelle. Cette critique formera de ce fait la fondation de l'approche centrée sur le patient.

Deuxièmement, la prise de décision en consultation n'est pas nécessairement basée sur les données probantes les plus pertinentes. Comme Carretier et al. (2009) le mentionnent du processus de consultation et de décision médicale sur la condition du patient, la médecine factuelle désuète sur deux points : (a) l'augmentation des données scientifiques versus (b) le manque de formation des cliniciens sur ces résultats. Les avancements dans le domaine médical ont mené à l'augmentation de recherches cliniques. De ce fait, les articles et les résultats de ces recherches sont de plus en plus publiés, ce qui bombarde les médecins de données probantes. En plus de cet afflux d'informations, les médecins n'obtiennent pas toujours les formations nécessaires pour faire l'organisation des données et ensuite en faire sens. Pour ces deux raisons, la réflexion et le jugement du clinicien ne sont parfois pas basés sur les données probantes les plus actuelles. De plus, comme la décision se prend dans le contexte d'une relation, elle ne peut être la décision que du médecin et ne peut donc reposer que sur les données consultées par celui-ci.

Finalement, en lien avec ce dernier point, plusieurs recherches notent les conséquences négatives pour le patient de cette dynamique de communication plus linéaire et de type procédurier que l'on a associé à l'approche factuelle (Bluhm, 2009). Au niveau de la santé du patient, elle est à

prendre au sérieux par des effets directs et indirects, notamment par l'influence exercée avant tout sur la personne (le patient). La communication entre le médecin et le patient affecte des enjeux psychologiques, tels que la compréhension, la satisfaction, la confiance et la motivation de la part du patient (Richard et Lussier, 2016). Aussi affectés sont les enjeux liés aux comportements du patient, tels que l'adhésion, la gestion de soi et la compétence du patient dans les autosoins, etc. (Makoul et al., 2009, cités dans Richard et Lussier, 2016).

L'approche centrée sur le patient

À la recherche d'un nouveau modèle de pratique qui met l'accent sur la compréhension de la maladie d'un point de vue personnel du patient, un groupe de recherche en médecine familiale de l'Université de Western Ontario en vient à développer dans les années 1980 l'approche centrée sur le patient. Le cadre conceptuel de cette approche est fortement inspiré de la distinction terminologique entre *disease* et *illness* (Weston et al., 1989). Le terme *disease* est utilisé pour définir la maladie elle-même, ce que le médecin est en mesure de diagnostiquer à l'aide des symptômes : la pathologie basée sur l'abstraction. De l'autre côté, l'*illness* est la maladie telle que vécue par le patient et se concentre donc sur une définition par l'expérience personnelle de la personne touchée.

Ce modèle conceptuel (*disease vs illness*) inspire aussi Barritt (2005) à faire le rapprochement de l'*illness* au courant humaniste de la médecine : « scientific medicine is only comfortable with measurable phenomena. Humanities, arts and illness are based on individual experience of life and are therefore, by definition, anecdotal and unmeasurable » (p. 5). De ce fait, l'approche centrée sur le patient (PCM) se distingue de la médecine factuelle (EBM) par sa préoccupation pour la différenciation individuelle des patients. Les fondateurs de cette approche mentionnent l'intérêt pour la personne plutôt que pour le corps, contrairement à la médecine factuelle (Weston et al., 1989). Comme dit Sacristán (2013), la médecine factuelle cherche à la généralisation des résultats pour des effets sur la santé du patient moyen tandis que le PCM cherche plutôt à l'individualisation du résultat pour améliorer les effets sur la santé des patients précis. La médecine factuelle s'appuie sur les études cliniques pour diagnostiquer et proposer un plan de traitement aux patients. En d'autres mots, le médecin utilise les données tirées d'une

moyenne chez un patient unique, ce qui laisse peu de place aux patients pour partager son histoire de la maladie, ses valeurs personnelles, ses attentes, ses craintes, etc. Le PCM pousse le général vers le particulier en s'attardant davantage à ces différents points lors de la consultation avec le patient afin de laisser une place à sa voix dans le vécu de sa maladie.

Toutefois, l'approche PCM part de mêmes intentions évaluatives que l'EBM, c'est-à-dire, dans les deux cas, le médecin doit porter un chapeau de « détective », et il doit évaluer le patient par la pose de questions et/ou par l'examen physique de celui-ci. C'est, en revanche, la gestion de ces intentions qui différencient les deux approches. Effectivement, les étapes de la consultation (entretien, diagnostic et décision) avec l'EBM sont en tout temps évaluatives et dirigées par le médecin tandis que dans le PCM, il est question de laisser place au patient en adoptant « une posture psychique d'ouverture et de réceptivité » (Giroux, 2016, p. 80). Selon l'approche PCM, l'activité évaluative se fait donc dans cette approche de manière soutenue tout en évaluant les moments où le médecin doit intervenir et ceux où la voix du patient doit être mise de l'avant :

Le thérapeute qui veut créer un climat de soutien doit accueillir favorablement l'expérience du patient, la valider comme expérience subjective de la maladie sans porter de jugement sur sa valeur. Cette ouverture lui demande de suspendre temporairement l'activité évaluative et, bien sûr, de ne pas profiter de la vulnérabilité du patient. (Giroux, 2016, p. 80)

Dans son rôle de scientifique où le médecin doit accoler symptômes et maladies possibles en pratiquant des activités évaluatives comme l'entretien et l'examen physique, il doit aussi faire place au rôle de *healer* pendant lequel il met de côté ces activités pour laisser la place au partage de la part du patient. Le rôle de scientifique ne doit en aucun cas « intimider » le patient, par ses connaissances ou son vocabulaire médical, au point de faire taire sa voix.

Le patient-partenaire

Aux approches EMB et PCM s'ajoute une troisième qui est plutôt naissante. L'approche du patient-partenaire (P-P) se taille une place de choix au cœur de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal au point où il a été surnommé le *Montreal Model* (Pomey et al., 2015). Cette faculté est en fait une des premières écoles à développer cette approche dans un cadre d'enseignement. L'engouement du modèle patient-partenaire est largement influencé par une

évolution du contexte historique. Dans un premier temps, les informations et ses multiples sources offrent un accès plus facile pour les patients à l'aide d'une simple connexion internet. Deuxièmement, les maladies chroniques en hausse requièrent de la part des patients une prise en charge et une gestion autonome de leur condition (Richard et Lussier, 2016).

L'approche se démarque par la place laissée au patient. L'objectif premier est de considérer le patient comme un expert qui prend part à son propre dossier médical. Effectivement, son savoir expérientiel permet un partage des pouvoirs dans la relation médecin-patient laissant ainsi le patient prendre part aux diverses étapes de la consultation : il devient un partenaire des soins (Pomey et al., 2015). La notion de partenaire fait référence à la collaboration interprofessionnelle : compétence présente dans le curriculum des professionnels en formation depuis 2011. Son arrivée récente en tant qu'approche en part entière, l'approche patient-partenaire n'en est encore qu'à ses balbutiements. Elle se greffe tranquillement à la pédagogie de l'Université de Montréal.

Maintenant que les approches ont été brièvement présentées, il me semble pertinent de revenir sur la définition de ce qu'est la consultation pour voir comment y habitent les différentes approches. Par la suite, je détaillerai les approches communicationnelles de chacune d'entre elles.

La consultation

À son sens le plus large, la consultation est vue comme un moment où un patient rencontre un professionnel de la santé pour un motif particulier (suivi, douleurs, bilan annuel, etc.). D'abord, la consultation est initiée par un échange d'information : le patient décrit sa situation personnelle et les préoccupations qui l'ont amené à consulter, et le médecin collecte ces informations afin d'en faire sens. Une fois les informations collectées et interprétées, le médecin offre et explique son diagnostic. Ensuite, lors de la décision médicale, le médecin et le patient discutent du traitement ou d'autres actions à prendre. La figure 1 représente l'ensemble de différentes étapes de la consultation clinique et l'apport des différentes approches (EBM, PCM et P-P).

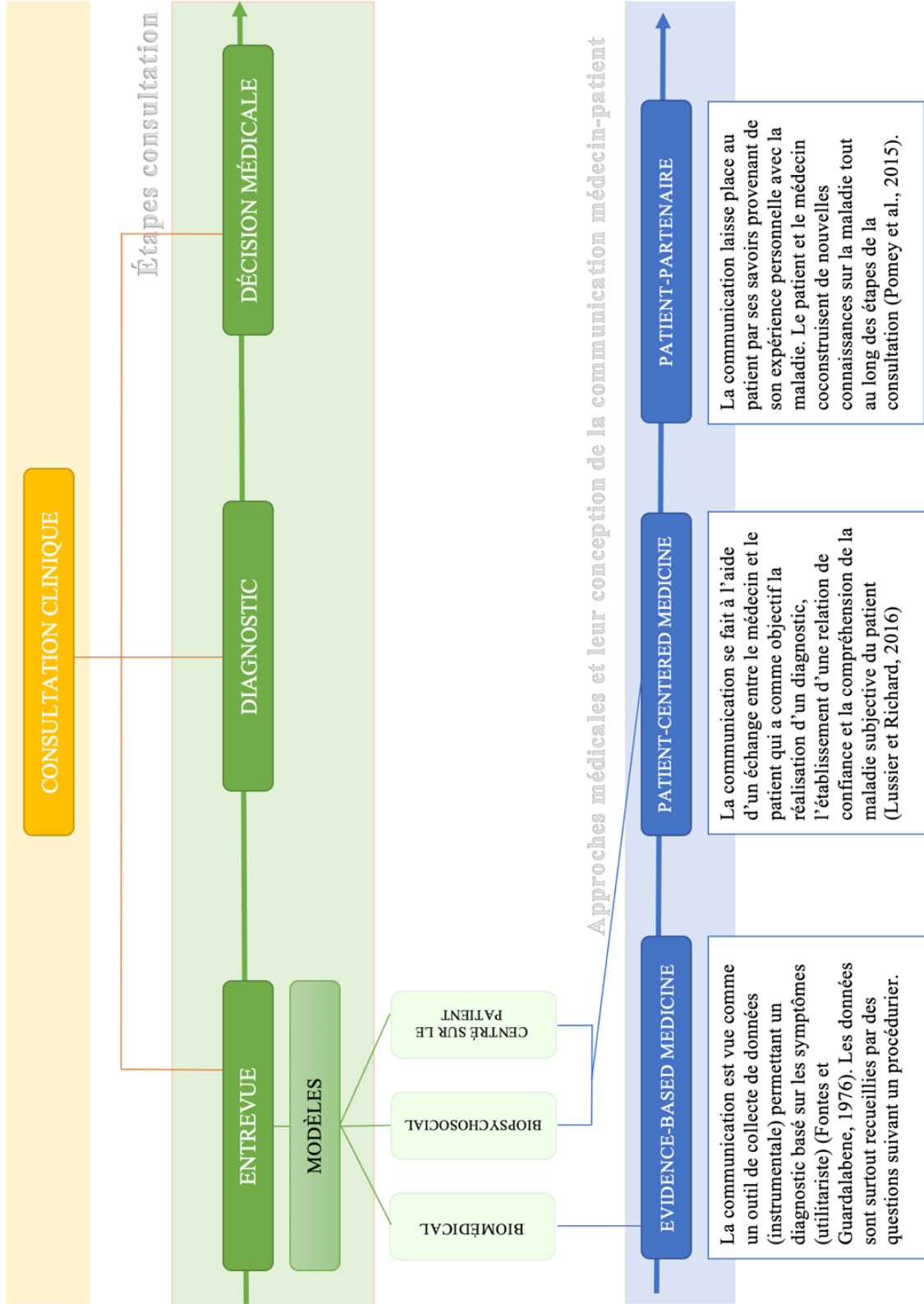


Figure 1. – Les approches médicales en consultation

Un moment particulièrement intéressant pour cette recherche est l'étape de l'entrevue médicale, car elle représente le moment où le médecin et le patient déterminent ensemble, de façon plus ou moins dialogique, la raison pour la consultation, et cette raison détermine les autres étapes qui suivront. Cette étape de la consultation a été l'objet de plusieurs recherches, et les deux approches (l'EBM et le PCM) ont généré eux aussi de « modèles » d'entrevue qui peuvent à leur tour dicter la communication entre le médecin et le patient. Le *modèle biomédical* peut être associé à la médecine factuelle, et l'approche PCM au modèle d'entrevue du même nom, soit le *modèle centré sur le patient*⁴ qui lui se veut l'évolution du modèle biopsychosocial.

Le modèle d'entretien biomédical est fortement ancré dans le même courant positiviste qui inspire aussi l'approche de la médecine factuelle. Dans ce modèle, ce sont surtout la pathologie et les symptômes qui intéressent le médecin. En effet, ceux-ci sont considérés comme étant porteurs de plus d'informations pour le diagnostic. En ce sens, le médecin adopte une posture de scientifique par laquelle il pourra étudier la maladie en cause. L'entrevue se résume donc à une investigation scientifique pendant laquelle le professionnel de la santé est à la recherche d'indicateurs biologiques. La démarche scientifique de l'EBM devient alors la démarche clinique du médecin face au patient. Les étapes de la démarche offrent un ordre linéaire avec un avancement des objectifs. La démarche ancre sa structure et son fonctionnement dans une approche positiviste qui a déjà fait ses preuves (Richard et Lussier, 2016).

Le modèle d'entretien centré sur le patient s'inspire quant à lui au courant humaniste. Le modèle est une réponse à l'intégration des facteurs biopsychosociaux (Giroux, 2016) dans l'entretien en ayant le souci d'y ajouter la voix du patient. Autrement dit, le patient est invité à partager son expérience pour contextualiser les indices biologiques, psychologiques et sociaux. Dans ce modèle, le médecin doit ajouter à sa posture de scientifique celle de thérapeute (*healer*). En faisant ainsi, il fournit un climat de soutien, d'ouverture et de réceptivité – tous inspirés de la psychanalyse (Richard et Lussier, 2016).

⁴ Si l'approche P-P habite vraiment la consultation en pratique et en pédagogie reste une question empirique, à mon avis. Même si les patients-partenaires sont intégrés au curriculum, notamment lors des pratiques d'entretien en ateliers, je crois qu'aucun modèle d'entretien n'a été développé puisque l'approche est très récente. Donc je me demande : est-ce vraiment une approche (dans la pratique et dans le curriculum) ou est-ce plutôt un discours d'un idéal ? J'ai inclus une discussion de cette approche surtout pour montrer à quel point l'implication du patient continue à se développer, mais nous sommes toujours « pris » entre les deux approches EMB et PCM, selon moi.

Le modèle du patient-partenaire n'a pas élaboré de démarches précises pour les étapes du diagnostic et de la décision médicale. Cependant, sur le plan conceptuel, il repose fortement sur le modèle de participation mutuelle de Szasz et Hollender (1956) où les concepts d'autonomisation et d'émancipation guident la place du patient dans les soins et les prises de décision (Richard et Lussier, 2016). Le patient joue donc un rôle actif d'expert dans sa propre maladie pendant l'ensemble de sa prise en charge par le système de santé.

Au-delà de l'entretien initial, la relation médecin-patient se poursuit lors de la pose du diagnostic et les décisions médicales reliées. La première ne sera pas considérée dans ce projet parce qu'elle soulève uniquement de l'expertise médicale du médecin, et les actes de communication qui y sont rattachés n'impliquent que rarement le patient. À son tour, la décision médicale est arbitrée par différents modèles dictant l'agentivité du patient. Bien que les modèles de prise de décisions soient intéressants à approfondir, les questions éthiques entourant la décision médicale rendent son étude plus complexe (Richard et Lussier, 2016). Les questions éthiques les plus complexes touchent les sujets comme l'avortement, l'aide médicale à mourir ou même simplement l'arrêt d'un traitement (Richard et Lussier, 2016). La décision est un point culminant dans les étapes de la consultation. Autrement dit, telle une péripétie la personne qui consulte remarque un déséquilibre et cherche un retour à une situation d'équilibre. Toutefois, cette situation d'équilibre peut être vue et perçue différemment par chaque patient et donc n'est possible que si l'entretien a permis le développement d'une relation de confiance et d'une connaissance de la maladie vécue (*illness*) du patient.

Pour cette raison, je me concentrerai sur l'entretien, cette première étape dans laquelle la relation se fonde. De plus, étant donné l'état naissant de l'approche P-P, je me concentrerai sur les deux modèles d'entretien associés aux approches EBM et PCM. Encore une fois, même si les explications sont faites ici de manière à décrire les approches EBM et PCM de manière mutuellement exclusive, on peut pourtant voir au cours des étapes de la consultation une oscillation, voire une négociation entre les approches selon l'apport des connaissances du médecin et du patient. La coprésence des deux postures invite donc à deux diagnostics : un premier diagnostic biomédical de la maladie, puis un deuxième diagnostic plus global incluant le

contexte psychosocial. Cette double investigation a pour but de comprendre la personne dans sa globalité et obtenir une vision pluridimensionnelle de la maladie.

La communication

Dans cette recherche, je range les conceptions fonctionnaliste et constructiviste de la communication sous les deux approches et les deux modèles d'entrevue expliqués précédemment. D'un côté, la manière dont le EBM se pratique en entrevue et les bénéfices qui vantent l'approche m'amènent à l'agencer à une conception fonctionnaliste de la communication. D'un autre côté, les caractéristiques du PCM sont associées, pour les fins analytiques, à une approche dialogique que l'on peut associer à une conception constructiviste de la communication.

La communication, la médecine factuelle et le modèle biomédical

La communication dans le modèle biomédical de l'entretien médical s'illustre d'abord et avant tout comme un outil de collecte de données. L'approche fonctionnaliste en communication et plus spécifiquement dans le contexte de la consultation adopte comme but premier de transmettre de l'information (Richard et Lussier, 2016). L'approche fonctionnaliste a une vision de la communication que je déploie en deux points : (a) instrumentale et (b) utilitariste. D'abord, la communication a une visée instrumentale par le fait d'être en soi un instrument nécessaire pour la transmission d'un message d'une personne à une autre : « communication will be conceptualized as the transfer of symbolic information between sources and receivers » (Fontes et Guardalabene, 1976, p. 300).

Le transfert d'informations à l'étape d'entretien se fait pendant la consultation entre le médecin et le patient, dirigé par le médecin pour maintenir la linéarité de la démarche clinique. Les réponses aux questions du médecin de la part du patient s'insèrent dans la linéarité en permettant un avancement des objectifs.

Par la suite, l'information communiquée a un but particulier. D'une question à l'autre, posée par le médecin, les réponses du patient permettent de se rapprocher du but à la manière du diagnostic différentiel. À l'image d'un entonnoir, le médecin fait l'inventaire des symptômes du

patient en les comparant aux symptômes typiques de pathologies possibles. Selon les réponses du patient à ses questions, le médecin élimine ainsi certaines conditions pour réduire au plus petit dénominateur les causes principales de ces symptômes. Cela résonne fortement à une conception utilitariste de la communication : «communication serves the function of providing a means to an end--the achievement of some goal which usually entails the reduction of uncertainty and attainment of equifinality» (Fontes et Guardalabene, 1976, p. 301).

Le partage d'informations a pour principal objectif de mener le médecin à un diagnostic afin d'avoir des retombées directes sur la santé du patient. Ainsi, « les médecins auraient tendance à orienter l'entrevue et à se focaliser sur ce qui contribue directement à alimenter leur raisonnement déductif conduisant au diagnostic » (Richard et Lussier, 2016, p. 77). Le raisonnement et la rapidité par laquelle celui-ci doit émerger diminuent le poids des propos du patient. Les propos ne sont que considérés s'ils sont des indices importants dans la détection du processus pathologique responsable de la maladie (Richard et Lussier, 2016). De ce fait, la linéarité de la consultation fait en sorte que la conception des symptômes et de la maladie est dissociée de la conception expérientielle / fonctionnelle du patient (Richard et Lussier, 2016). Ce phénomène est le résultat d'un procédurier centré sur des questions fermées qui, pour des raisons d'efficacité, rassemblent rapidement des données pertinentes.

La communication, la médecine et le modèle centrés sur le patient

Du côté de la communication dans le modèle centré sur le patient, il suffit de complexifier la linéarité du modèle précédent pour passer du procédurier au dialogue entre le médecin et le patient. La ligne droite se voit transformer en forme hélicoïdale (Richard et Lussier, 2016). Cette représentation géométrique de la communication dans l'approche dialogique illustre les multiples échanges qui nourrissent la relation médecin-patient. Selon Richard et Lussier (2016), le but de la transmission du message est maintenant double (la réalisation d'un diagnostic, mais aussi l'établissement d'une relation de confiance), ce qui mène à une double investigation de la part du médecin.

Auparavant, le but était de poser un diagnostic biomédical, il faut maintenant ajouter celui de poser un diagnostic global incluant le contexte psychosocial tel que partagé par le patient. L'ajout

de ce deuxième but a comme effet de laisser l'espace au dialogue entre le médecin et le patient. La communication n'est plus seulement un outil de collecte d'informations. Il devient un moyen privilégié pour le médecin de comprendre la perspective du patient et pour le patient, de faire comprendre celle-ci. L'agencement des deux perspectives sur la maladie permet au médecin et au patient de coconstruire l'histoire de la maladie. La reconnaissance de la maladie pathologique (*disease*) ne peut être faite qu'en ayant pris en compte la maladie vécue (*illness*). L'incorporation de la perspective du patient lors de l'entrevue médicale augmente sa satisfaction, sa motivation et sa probabilité d'adhérer à un traitement (Richard et Lussier, 2016). C'est donc un changement de finalité pour la communication que nous voyons à travers les différentes approches, d'abord comme outil diagnostique, par la suite comme un outil thérapeutique.

La distinction entre les deux approches (*evidence-based* et *patient-centered*) se dessinent plutôt bien quoi que principalement complémentaires. L'approche biomédicale se voit bonifiée par une approche psychosociale qui remet l'individu au centre de la maladie. Pour réussir à interroger la maladie vécue (*illness*), des comportements et habiletés en communication doivent être intégrés au rôle de médecin lors de la consultation. À cet effet, il est nécessaire de se pencher sur le processus d'acquisition de ce type d'aptitudes communicationnelles afin de communiquer de manière professionnelle en tant que médecin. Et comme nous le verrons ci-dessous, ce questionnement est d'autant plus pertinent que les statistiques relatives aux plaintes reçues pour les médecins ont comme situation sous-jacente les problèmes de communication entre médecin et patient.

Chapitre 3 - Problématique

Dans l'enchantement de mes découvertes, j'ai réalisé que le sujet de la communication n'empruntait pas une approche narrative au Québec, mais qu'elle détenait une communauté de professionnels qui s'intéressait à la discipline de la communication. Ma participation à l'Université d'été s'en suit et a été marquée par les propos présentés dès l'introduction : on notait une augmentation de près de 30% les plaintes au Collège des médecins. Encouragée par la statistique, j'y voyais s'ancre la pertinence de mes questionnements alors embryonnaires.

D'abord publié en 2018, puis révisé en 2021, l'Association canadienne de protection médicale publiait un article (ACPM, 2021) concernant la hausse des plaintes soumises aux Collèges des différentes médecines au Canada. La demande de soutien envers l'ACPM pour le traitement de plaintes a fait un bond fulgurant de 20% entre 2016 et 2020, soit de 3379 à 4045 demandes à l'intérieur des quatre années. L'association met de l'avant que l'un des principaux problèmes sous-jacents à la plainte originale est en lien avec une situation touchant à la communication entre le médecin et le patient. Elle avance que l'adoption de comportements et de compétences communicationnels centrés sur le patient pourrait aider les médecins à réduire le nombre de plaintes déposées à leur égard. La mise à jour de l'article confirme l'actualité et la pertinence de la question de la formation en communication, surtout en reconnaissant que des études passées (Tamblyn et al., 2007) notaient déjà une situation similaire.

Publiée dans le *Journal of the American Medical Association* (Tamblyn et al., 2007), l'étude complétée par des médecins de l'Ontario et du Québec offre comme conclusion que « les cliniciens qui avaient le moins bien réussi les tests de communication et de prise de décision médicale à l'examen du Conseil médical du Canada étaient les plus susceptibles de mécontenter leurs patients » (Garnier, 2007, p.15). Un résultat linéaire a pu être tracé entre les résultats en communication et le taux de plaintes. La corrélation des données est d'ailleurs utilisée comme angle percutant de leur introduction : « Il est possible de reconnaître les médecins qui risquent davantage de faire l'objet d'une plainte. On peut les repérer avant même le début de leur carrière » (Garnier, 2007, p.15). La lecture de ces propos alors écrits en 2007 m'amènent à

remettre en question les pistes de solution entreprises et les raisons pour lesquelles nous y voyons une augmentation des plaintes plutôt qu'une réduction.

Les résultats de cette étude dressent la table pour questionner étroitement la formation offerte aux médecins en devenir. De ce fait, si nous pouvions déjà savoir avant le début de la carrière la possibilité pour un médecin de recevoir des plaintes liées à la communication, qu'est-ce qui a été mis en place ou est actuellement mis en place pour soutenir les futurs médecins dans l'apprentissage de ce rôle? La communication est-elle partie intégrante de la formation? Si oui, de quoi cela a-t-il l'air et comment les étudiants et les enseignants le perçoivent?

De là émerge la question qui guide l'entièreté de ma recherche : Comment les futurs médecins intègrent-ils le rôle de communicateur à la formation de leur identité professionnelle?

Une telle question me permettra d'établir un portrait général de la perception de la professionnalisation du rôle de communicateur chez les acteurs de l'École de médecine, en ayant comme objectifs spécifiques de :

- Cerner les pratiques actuelles quant à la professionnalisation du rôle de communicateur.
- Identifier les pratiques pédagogiques vécues et perçues dans la formation de l'identité professionnelle des futurs médecins.
- Identifier les enjeux potentiels à la formation d'une identité professionnelle comprenant le rôle de communicateur.

C'est vraiment à partir de mon statut de patiente dans le système de la santé et mes intérêts pour des approches comme la médecine narrative que j'ai décidé d'orienter ma recherche autour du thème de la formation des futurs médecins en tant que communicateur et l'appropriation de cette dite compétence à la formation de leur identité professionnelle. Avant d'entreprendre les grandes étapes de la recension des écrits, il est important de comprendre le concept de communicateur comme je l'entends, comment il s'insère comme un élément dans la relation médecin-patient et les enjeux qui y sont déjà été rattachés et sa pertinence à l'ère post-pandémique.

Sous cette idée, j'entends approcher le médecin en formation comme la personne communicatrice qui utilise ses compétences communicationnelles à l'élaboration d'une relation avec le patient. L'échange entre le médecin et le patient lors de la consultation illustre la capacité relationnelle qui se développe chez les futurs médecins. Cependant, cette volonté de connecter avec les particularités de chacun des patients se voit vite freiner pour diverses raisons à la fois administratives, personnelles, professionnelles et éducatives. Sous ces mêmes thématiques, je dessinerai l'esquisse d'un portrait des enjeux entourant la communication en consultation qui témoigne de la pertinence d'une recherche axée sur les enjeux éducatifs.

Contraintes administratives

Dans une perspective administrative où le temps, c'est de l'argent, le temps d'écoute est limité et les décalages culturels et sociaux peuvent brouiller les voies de communication (Dominicé, 2010). En cherchant à réduire les coûts, les médecins peuvent être plus facilement à la recherche de solutions rapides qui uniformisent les pratiques de consultation plutôt que de développer une attention unique aux souffrances des différents patients (Dominicé, 2010). Ces contraintes de temps obligent les médecins à se soumettre à un effet copier-coller d'une consultation, ce qui normalise l'entrevue et laisse peu ou pas de place aux situations uniques des patients. Dans le but d'obtenir un maximum d'informations pour arriver à un diagnostic, les médecins sont connus pour interrompre les propos du patient rapidement (Singh Ospina et al., 2019). Par conséquent, on déplore la communication unidirectionnelle, c'est-à-dire contrôlée par le médecin, qui en résulte.

Conséquences professionnelles et personnelles

Les premiers à subir les contraintes administratives sont les professionnels eux-mêmes. Ces types de contraintes ont donc aussi des répercussions importantes sur les pratiques professionnelles des médecins. Un temps moins élevé de consultation avec un patient et donc une communication plus linéaire aux allures de procéduriers questions-réponses peut aussi diminuer la satisfaction du professionnel face à sa propre pratique. De ce fait, les points avantageux d'une communication dialogique ne sont pas seulement l'affaire du patient, il en est de même pour le médecin (Ha et Longnecker, 2010). Un médecin satisfait de la communication avec son patient et témoin des résultats positifs de celui-ci se verra plus enclin à reconnaître ses compétences, réduire le stress lié

au travail, puis diminuer le risque d'épuisement professionnel (Ha et Longnecker, 2010). De ce point de vue, je soutiens l'importance de questionner les futurs professionnels sur les habiletés communicationnelles nécessaires à la construction d'une relation médecin-patient qui sera d'abord avantageuse pour le bien-être du médecin. Donc, si bien outillés, les médecins peuvent faire l'utilisation d'une communication qui saura avoir des impacts notables sur l'expérience du patient.

D'ailleurs, comme mentionné plus haut, les plaintes en hausse au Collège des Médecins sont principalement liées à des situations de communication entre le médecin et le patient. Une mauvaise expérience communicationnelle laisse un goût amer aux deux personnes impliquées dans la relation. Autrement dit, l'absence de compétences communicationnelles—ici compris comme une bonne écoute et une communication dialogique—peut avoir des conséquences sur l'adhésion à un traitement ou à une médication, sur le taux de plaintes ou de poursuite envers un professionnel de la santé et sur la gestion de la maladie (symptômes, mesures physiologiques, douleur ; Richard et Lussier, 2016).

Enjeux éducatifs

Même si les enjeux administratifs, professionnels et personnels forment une fondation solide de la problématique, le cœur de la situation se trouve dans le système éducatif actuel et la pédagogie médicale actuellement en place. Comme Richard et Lussier (2016) le soulignent, « l'enseignement de la communication de la santé reste, encore aujourd'hui, une activité pédagogique marginale » (p. XXX) même si la communication se retrouve pourtant dans le palmarès des sept compétences ciblées par le CRMCC pour la maîtrise de la profession (Frank et al., 2015). La posture marginale de l'éducation discutée par Richard et Lussier en 2016 devient pertinemment une piste d'exploration suggérée à l'heure actuelle où nous venons de traverser une pandémie mondiale.

À ce jour, en 2022

Les effets horribles de la crise sanitaire de la Covid-19 auront eu comme effet de confirmer la nécessité de questionner plus que les outils modernes de la médecine, notamment la formation des médecins pour la gestion de la santé publique en temps de crise (Worthen, 2021). Aux propos de Molly Worthen (2021), les médecins doivent déroger de leur spécialisation et des données

quantitatives habituelles pour explorer l'insertion des sciences sociales et des humanités dans l'établissement d'une relation de sens avec les patients. De manière inattendue, ma recherche se greffe donc aux questions d'actualité rapportées par l'auteure de cette lettre d'opinion.

Je tiens cependant à questionner la manière dont les acteurs font sens des compétences communicationnelles dans la formation de leur identité professionnelle. Pour amarrer ces premières pistes de questionnement, j'entame la définition d'un corpus de concepts autour de la profession pour explorer comment le médecin professionnel est présenté et ce qu'il en est attendu.

Chapitre 4 – Cadre théorique

Je rentre dans le bureau du médecin où j'attends patiemment qu'elle me rejoigne. Je me masse les mains et les doigts pour me donner l'impression de détendre l'inflammation. Les douleurs sont moindres que les premiers mois de l'hiver, j'ai quand même eu de la difficulté à attacher mes cheveux pour ce rendez-vous, ça a causé bien des frustrations. J'attends qu'elle prenne connaissance des résultats de mes derniers tests sanguins à travers la lumière bleue qui se reflète sur ses yeux. Elle pense tout haut, ça semble être le lupus.

On me demande de ne pas m'en faire et je quitte avec une prescription pour rencontrer un rhumatologue. Juste avant l'heure du dîner. J'ai un nœud au ventre. J'ai peur. On ne m'a rien expliqué, on m'a laissé attendre d'obtenir un rendez-vous avec un rhumatologue pour poser un diagnostic. Mon médecin avait-elle compris à ce moment-là la lourdeur de ses propos ? S'est-elle arrêtée pour réfléchir sur sa posture de professionnelle et l'impact de ses mots qui vont au-delà du diagnostic ? Après tout, je suis plus que des symptômes. Et, elle, elle devrait être plus qu'une experte médicale.

Pour interroger la définition de ce qu'est être un expert médical, je me suis intéressée à la définition que nous octroyons au statut de professionnel, ici, dans le cadre de la profession de la médecine. L'expérience vécue plus haut faisait résonner en moi le désir de sentir une alliance avec mon médecin plutôt que de sentir que j'étais un autre numéro dans le système de la santé. Ça m'amène à explorer les concepts de profession, professionnalisation et de professionnalisme afin de déterminer le cheminement de l'individu apprenant dans son rôle de médecin en devenir. À cette fin, mon cadre théorique ne sera pas purement conceptuel puisque la professionnalisation et le professionnalisme s'ancrent dans la pratique et relèvent de celle-ci. De ce fait, je vais aussi examiner leur apport empirique : leur mise en action au cœur des pratiques pédagogiques d'enseignement et d'évaluation.

Pour débiter mon échafaudage conceptuel, je vais présenter brièvement le CanMEDS et la manière dont sa conception guide le parcours de l'étudiant au cours de ses années en médecine et lesquelles lui permettront d'obtenir le titre de professionnel de la santé, soit celui de médecin. Sur papier, les apprentissages consistent d'abord et avant tout à fournir à l'étudiant les connaissances scientifiques pour le développement de son rôle professionnel central, celui d'expert médical.

Pour mieux comprendre l'ensemble du processus, je vais ensuite faire l'explication du champ lexical autour de mots étymologiquement proches: profession, professionnalisation et professionnalisme. Une telle élaboration des concepts met l'accent sur la vision processuelle que je souhaite adopter dans la compréhension du développement de l'identité professionnelle du médecin et son rôle de communicateur. À travers le processus que je décris de professionnalisation, je dessine la même évolution dessinée par le continuum des compétences du CanMEDS.

La remarque générale que j'apporterai à l'ensemble est principalement que la définition initiale classique de la profession est désuète au sens où les facteurs intrinsèques de la personne ne sont pas pris en compte. Je m'appuierai entre autres sur Roquet (2012), Ganesh et McAllum (2012) et Eitel et al. (2000) pour mettre en lumière une perspective individuelle dans le développement de l'identité professionnelle.

Sur le plan conceptuel, la profession est avant tout conçue en tant qu'un titre obtenu par la reconnaissance des savoirs experts, c'est-à-dire comme un statut fixe, ce que je conçois comme plutôt réducteur. Pour élargir la notion de profession, je propose de décortiquer la définition présentée par R. L. Cruess et al. (2004), un ensemble de médecins-chercheurs, afin d'identifier comment l'individu occupe une place au sein du concept, et plus encore, comment il évolue au cours de son cheminement. L'évolution professionnelle m'amène à explorer les deux autres concepts mentionnés ci-dessus: la professionnalisation et le professionnalisme. J'explorerai la relation entre ces deux concepts: le processus de la professionnalisation résultera au professionnalisme qui, lui, se traduira à travers les attitudes, les valeurs et l'engagement du professionnel.

L'exploration de tels concepts m'oblige à dégager l'omniprésence des savoirs experts dans la pédagogie médicale (apprentissage et enseignements). Il y a toutefois trois cadres d'analyse du professionnalisme (Irby et Hamstra, 2016) qui prennent en compte le contexte éducationnel dans lequel chacun s'inscrit. Je naviguerai à travers ces trois cadres pour expliquer lequel est le plus approprié dans ma volonté de concevoir l'individu au centre de son développement professionnel.

Comme mentionné plus haut, avant d’entamer le travail d’exploration conceptuelle, il est sage de faire halte dans les documents officiels du CRMCC, notamment le référentiel CanMEDS, pour saisir le fil principal de mon questionnement.

Avant-propos : CanMEDS

Le référentiel CanMEDS agit comme un guide jetant les fondements nécessaires à l’atteinte des attentes sociétales envers le rôle de médecin dans un contexte où les savoirs et les pratiques s’actualisent sans cesse. Il a été conçu en ayant en tête un public cible constitué de l’ensemble des enseignants en médecine sur le terrain, des médecins en formation, les directeurs de divers programmes d’études et éducateurs cliniciens qui prennent part à la formation des futurs médecins.

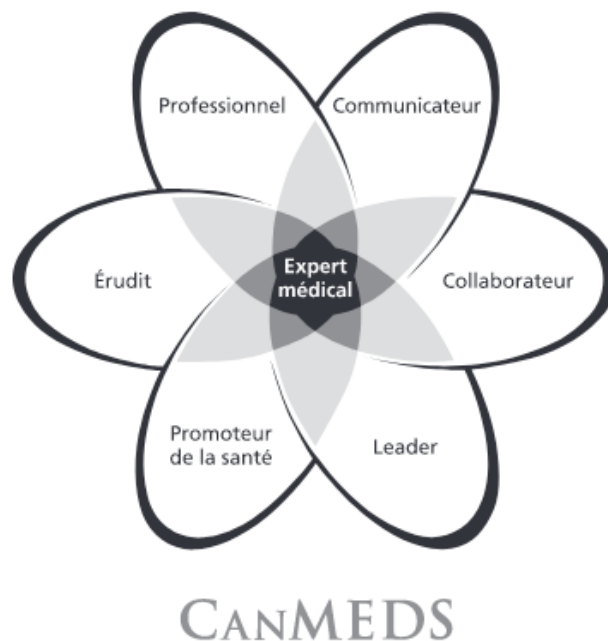


Figure 2. – Les sept compétences CanMEDS

Le CanMEDS est le travail d’un ajustement de la part du Collège royal des médecins chirurgiens du Canada vers une formation par compétence. Cette nouvelle approche de compétence par conception est principalement reconnue pour la diversité des formes d’apprentissage et d’évaluation qui sont, elles, « axées sur les réalisations de l’apprenant et le maintien des

compétences tant dans la formation que dans la pratique » (Frank et al., 2015, p. 7). Pour mieux cibler les compétences clés et habilitantes (manifestations visibles pour l'évaluation), elles sont regroupées sous un rôle principal, celui d'expert médical, lequel se connecte à six autres rôles transversaux (voir Figure 2, p. 38). Lors de la formation des étudiants en médecine, ceux-ci sont observés et évalués plus spécifiquement au cours de la résidence des étudiants (études postdoctorales). La formation médicale telle que présentée de jalons en jalons dans le CanMEDS débute dès l'entrée à la résidence et se poursuit jusqu'à la retraite du professionnel (référence au Continuum de la compétence : La compétence par conception⁵). Le référentiel CanMEDS fonde ce passage vers les compétences en tenant pour acquis que les habiletés communicationnelles de base auront été acquises lors des étapes antérieures de la formation médicale ou par le contexte personnel / individuel des étudiants (S. R. Cruess et al., 2014). En effet, les habiletés communicationnelles sont évaluées lors du processus de sélection du programme pendant lequel les étudiants sont invités à passer un ensemble de petites entrevues contextuelles.

Outre le cadre CanMEDS, cela m'a amené à me poser des questions sur le parcours de l'étudiant et la définition que l'on donne aux termes de profession et de professionnalisme. En regardant le document intitulé « Le continuum de la compétence : La compétence par conception » (CRMCC, 2015), on peut remarquer l'utilisation de plusieurs termes liés entre eux qui mérite une exploration conceptuelle: discipline, compétence, pratique et profession. Plus spécifiquement, une telle exploration conceptuelle pourrait m'aider à mieux comprendre : ce qui définit la profession de médecine ; comment les étudiants font preuve de professionnalisme ; comment le professionnalisme est enseigné ; et comment définir l'acte de devenir un professionnel.

Je me suis donc intéressée aux concepts qui peuvent me permettre de mieux comprendre théoriquement le parcours des étudiants. Mes recherches ont abouti sur un ensemble de concepts me transportant du général au particulier, ici le contexte particulier de la formation en médecine.

⁵ Pour respect des droits, la figure ne peut être insérée dans le document. Je vous dirige vers la référence CRMCC (2015). « Le continuum de la compétence : La compétence par conception ». La figure illustre en forme d'entonnoir divisée en jalons le passage de l'entrée à la résidence jusqu'à la retraite du professionnel en y insérant des étapes importantes, dont les sanctions du professionnel en devenir.

En ce sens, j'aborderai d'abord le concept de profession, de professionnel, de professionnalisme selon trois écoles de pensée, et finalement la théorie de la formation de l'identité professionnelle (PIF) comme processus de professionnalisation.

Profession : là où tout commence

Dans le cadre de ma recherche, la notion de profession est particulièrement importante à explorer puisqu'elle est parfois utilisée sans comprendre les réelles différences avec un métier régulier. Effectivement, la notion est de plus en plus utilisée et appropriée par divers groupes, je ferai donc référence à une définition plus classique. L'attention portée à la conception classique me permettra d'interroger son application à l'éducation en comprenant mieux le cadre dans lequel il s'insère. Pour ce faire, je fais d'abord un retour aux travaux de Freidson (1970) sur la profession de la médecine et la définition qu'il en ressort. Pour interpréter à la lumière des études contemporaines en médecine les propos de Freidson, je vais de l'avant avec une définition approfondie par des médecins-chercheurs (R. L. Cruess et al., 2004) en prenant soin de me concentrer particulièrement sur des points davantage liés aux qualités humaines de la personne qui pratique la profession.

Au cours des années 70, Freidson (1970) a entamé le travail fastidieux de comprendre les éléments propres à la définition d'une profession, à savoir la profession de la médecine. En rangeant la médecine comme une profession archétype, c'est important de comprendre ce que cela entraîne comme effets sur le professionnel qui le pratique et la société qu'il sert. Les conclusions de Freidson à propos de son travail empirique et théorique se résument en partie ainsi pour définir la profession : « produire, maintenir et utiliser l'autorité légitime liée au statut de profession » (Dodier et Darbon, 1985, p. 129). Ce n'est pas tout. Les professionnels à qui le statut est octroyé doit, en retour, viser à la santé de la population en mettant à profit ses connaissances scientifiques et ses savoirs experts. En d'autres termes, le professionnel qu'est le médecin a un contrat social en quelque sorte : un statut en échange d'un service expert. Un tel statut dicte alors le parcours nécessaire à l'obtention de l'autonomie professionnelle, notamment le parcours scolaire requis et les attentes professionnelles afin de devenir membre de la profession. À cet effet, le CRMCC a rassemblé les attentes dans un seul et même document,

récemment mis à jour en 2015 et mentionné ci-haut, sous le nom de « Référentiel de compétences CanMEDS pour les médecins ».

L'encadrement CanMEDS est l'un des indices qui indique que la médecine est en fait une profession et qu'elle est donc régie par des règlements : ces règlements et ces attentes composent des connaissances uniformes qui serviront au bien-être de la société et de ses individus. En ce sens, ils servent de guides pour l'ensemble de la profession. Par conséquent, on peut dire que la profession médicale est régie par certains standards provenant du CRMCC. La formation médicale repose sur ce référentiel pour différentes compétences attendues de la part du médecin en devenir ; l'objectif souhaité lors de la scolarité est d'obtenir un médecin qui a comme rôle principal l'expert médical et qui y jumelle les rôles d'érudit, leader, professionnel, communicateur, collaborateur et promoteur de la santé (voir Figure 2, p. 38). Le rôle qui m'intéresse dans le cadre de ma recherche est celui de communicateur.

L'importance des règlements et attentes élaborés dans le CanMEDS ne peut pas être niée, ce pourquoi je m'y attarderai tout particulièrement dans la deuxième partie de ce chapitre dans lequel je me concentrerai sur la présence empirique de ces rôles CanMEDS dans le parcours actuellement en place. Toutefois, ces règlements et attentes ne sont pas les seuls éléments à prendre en compte dans la définition d'une profession. Effectivement, les chercheurs-médecins R. L. Cruess et al. (2004) se sont intéressés au développement d'une définition davantage précise et inclusive. Plus particulièrement, Richard L. Cruess et Sylvia R. Cruess sont deux médecins de formation, respectivement spécialisés en orthopédie et en endocrinologie, les deux ont entrepris depuis 1995 des études sur le professionnalisme et la formation de l'identité professionnelle dans les professions de la santé. Ils ont conduit nombreuses recherches qui ont mené à plusieurs écrits (par exemple, S. R. Cruess et R. L. Cruess, 2016, 2017) et conférences qui font d'eux des références importantes dans la question de la profession et du professionnalisme chez les médecins. Le couple de médecins-chercheurs fait d'ailleurs partie des auteurs ayant collaboré à la section du rôle de professionnel dans le cadre CanMEDS. Pour parvenir à la définition de rôle de professionnel, ils ont dû tout d'abord s'entendre sur la définition du terme de profession. Ils constatent qu'une profession est :

An occupation whose core element is work based upon the mastery of a complex body of knowledge and skills. It is a vocation in which knowledge of some department of science or learning or the practice of an art founded upon it is used in the service of others. Its members are governed by codes of ethics and profess a commitment to competence, integrity and morality, altruism, and the promotion of the public good within their domain. These commitments form the basis of a social contract between a profession and society, which in return grants the profession a monopoly over the use of its knowledge base, the right to considerable autonomy in practice and the privilege of self-regulation. Professions and their members are accountable to those served and to society. (R. L. Cruess et al., 2004, p. 75)

Leur définition de profession est, à mon avis, très complète. La richesse de la définition élaborée par R. L. Cruess et al. (2004) se trouve dans la diversité des éléments qu'elle contient, notamment en soulignant certains points relevant davantage du point de vue de l'engagement du professionnel envers sa profession. En effet, leur définition permet de faciliter la compréhension du terme de professionnalisme comme façon d'agir, tel qu'explicité dans les attentes du rôle du médecin dans le référentiel CanMEDS. Je verrai dans la seconde sous-section suivante en détails le terme de « professionnalisme », mais gardons en tête pour le moment qu'il est l'aboutissement d'un processus qui reflète les valeurs et les attitudes du professionnel envers sa profession. Pour aller au-delà de la définition du CanMEDS, je souhaite relever les points principaux de la définition présentée :

- Maîtrise d'un ensemble complexe de connaissances et d'habiletés : la profession de la médecine est surtout reconnue pour la grande quantité de savoirs scientifiques que doivent détenir les professionnels, que ce soient les connaissances du corps, les gestes techniques, la lecture de rapport, etc.
- Les membres de la profession sont gouvernés par un code d'éthique : déontologie de la profession et le serment d'Hippocrate qui dictent la conduite à avoir dans leur pratique quotidienne, en relation avec les patients, les collègues, la société et la profession.
- Contrat social : Les membres de la profession s'engagent dans un contrat avec les membres de la société ; en guise d'autonomie de la pratique, les membres doivent s'assurer la santé et le bien-être collectif et individuel des membres de la société.
- La profession détient le monopole sur la base de leurs connaissances : Seuls les membres de la profession peuvent se dire expert de certains sujets, les connaissances ne sont pas

partagées avec d'autres professionnels. Ils régulent eux-mêmes l'intégration et la modification des connaissances médicales.

- La pratique d'un art : Les subtilités et les détails sur lesquels les professionnels doivent se concentrer requièrent la reconnaissance de l'autre personne (le patient) comme une entité unique, plus qu'une maladie et une grappe de symptômes. La pratique se fonde sur l'intégrité, la moralité et l'altruisme (dépassé les savoirs scientifiques).
- La profession est une vocation : les membres de la profession sont plus naturellement destinés à ce type d'occupation et est liée intrinsèquement à la personne.

En soulignant ces éléments, il est évident qu'une profession implique des notions aux niveaux organisationnel et institutionnel, mais aussi au niveau individuel. Ici, il y a une nuance entre la définition de Freidson (1970), basée sur la capacité à mobiliser une autorité constituée par un savoir, et cette seconde définition de R. L. Cruess et al. (2004) qui englobe des compétences sociales, interactionnelles et intrinsèques à la personne. Ainsi, l'idée que les deux derniers points reposent sur une caractéristique davantage concentrée sur la personne et sa personnalité m'amène à examiner comment cet individu dans l'activité de sa profession est défini. D'ailleurs, le CanMEDS a déjà incorporé la définition de la personne qui occupe une profession. En d'autres mots, au cœur des rôles transversaux présentés dans le référentiel du Collège royal des médecins et chirurgiens s'insère le rôle de professionnel :

En tant que professionnels, les médecins ont le devoir de promouvoir et de protéger la santé et le bien-être d'autrui, tant sur le plan individuel que collectif. Ils doivent exercer leur profession selon les normes médicales actuelles, en respectant les codes de conduite quant aux comportements qui sont exigés d'eux, tout en étant responsables envers la profession et la société. De plus, les médecins contribuent à l'autoréglementation de la profession et voient au maintien de leur santé. (Frank et al., 2015, p. 26)

Bref, à la définition de la profession, la définition de professionnel selon le CanMEDS suit cette tendance pour laquelle les principaux points soulevés relèvent des niveaux institutionnel et organisationnel (contrat social, normes médicales, codes de conduite) faisant abstraction de l'individuel – autant l'individu en tant que médecin que patient. Cette définition du rôle de professionnel se situe principalement dans les attentes sociétales et le contrat social du médecin.

Je situe cette définition de macro ; on voit le professionnel comme faisant partie d'une large institution qui élabore et met en pratique ses propres règles et attentes. En élaborant ainsi la définition de professionnel, la dimension micro est complètement relayée à sa relation avec les autres rôles CanMEDS, les facteurs inter et intra personnelles deviennent les angles morts du professionnel en devenir.

En résumé, les définitions examinées font ressortir la même ligne directrice que Freidson (1970), soit que la profession est d'abord et avant tout un statut distinct par son autonomie professionnelle nécessitant une soumission à certaines obligations et responsabilités, puis octroyant certains droits et privilèges (en reconnaissance des savoirs experts). Ici, la communication est utilisée pour manifester les attentes de l'individu envers sa profession. Le tout cadre et structure la profession sans faire référence à ce que la profession requiert comme façon d'être, et encore moins comment le devenir. En effet, très peu des définitions font appel à des nuances comme celles présentées par R. L. Cruess et al. (2004). Dans l'optique du caractère processuel de devenir un professionnel, c'est ce passage du point A au point B qui m'intéresse et c'est pourquoi j'aborderai la notion de professionnalisation pour discuter du médecin en devenir.

Professionnalisation : là où l'action se déroule

Tous les points énumérés plus haut marquent la définition classique de la profession. Toutefois, je considère que deux points doivent obtenir une attention particulière pour explorer la manière dont les futurs médecins font sens et intègrent le rôle de communicateur à leur pratique quotidienne. Suivant la définition de R. L. Cruess et al. (2004), les points qui m'intéressent sont la vocation et la pratique de la médecine comme un art ; les façons d'être et comment le devenir. Comme Barrit (2005), médecin de famille de longue date, en fait illusion dans *Humanities in healthcare: The heart and soul of medicine*, la médecine scientifique est grandement plus confortable avec les phénomènes mesurables, mais, pour faire bon usage de ses connaissances, il faut ajouter un soupçon d'*humanities*. Le médecin communicateur doit faire usage de l'art de l'interprétation pour agencer faits mesurables et les pensées, les émotions et les sensations du patient, cette négociation entre le scientifique et les *humanities* se fait dans l'échange et l'intersubjectivité. L'introduction des *humanities* à la méthode scientifique permettent aux

médecins et aux patients de développer une connaissance plus approfondie du soi et de l'autre (voir, par exemple, Charon, 2001). Il est donc pertinent d'offrir une définition de la profession qui tient compte non seulement du savoir expert, mais aussi de l'art de l'interprétation. À moi de voir plus bas, comment celle-ci se glisse dans le parcours scolaire.

De ce fait, dans cette sous-section je situe mon intérêt pour la formation médicale auprès du processus et de la structure qui l'entoure. Cette vision implique que j'emprunte à la sociologie anglo-saxonne la définition de la professionnalisation qui met l'accent sur le processus et l'importance d'une communauté de pratique du métier en plus de sa relation avec le concept de professionnalisme. Ici, la communication se manifeste dans la relation avec les autres membres de la profession. Plus spécifiquement, elle se fait l'aspect central par lequel les apprentissages se font, soit la socialisation professionnelle. Ensuite, il faudra approfondir la dynamique entre les deux concepts (professionnalisme et professionnalisation) à l'aide de la distinction proposée par Ganesh et McAllum (2012). Il s'agit d'un premier pont pour concentrer ma recherche sur le processus de socialisation professionnelle qu'est la professionnalisation. Un tel travail permettra par la suite de se rapprocher du mécanisme de professionnalisation qui me semble être le plus judicieux dans l'apprentissage de la compétence de communicateur, soit le développement de l'identité professionnelle.

En premier lieu, Roquet (2012) établit une définition qui regroupe en deux sens des notions partagées à maintes reprises par plusieurs chercheurs et qui encore une fois repose sur les propos de Freidson (1970) et sa définition classique de la profession :

Dans un premier sens, la professionnalisation renvoie au processus d'apprentissage, d'acquisition et de développement des qualités qui transforment l'individu en un professionnel. Cette approche se retrouve dans la figure de l'expert, du spécialiste, qui agit seul et se fait reconnaître pour son savoir expert (Freidson, 2001). Dans un second sens, la professionnalisation s'incarne dans l'exercice même du métier et se concrétise par l'accès au statut de profession. Cette dynamique est liée directement au professionnalisme. Celui-ci se construit essentiellement sur la recherche d'une autonomisation professionnelle, individuelle mais aussi collective, qui repose sur une éthique et des valeurs professionnelles universelles défendues par le groupe professionnel, comme celui des médecins, par exemple (Ibid.). (Roquet, 2012, p. 83)

La dynamique dont l'auteur parle n'est toutefois pas explicitée davantage, ce qui m'amène à me reposer sur une distinction suggérée par deux autres auteurs. Sur ce, je tiens à emprunter aux auteurs Ganesh et McAllum (2012) la différence faite entre les termes professionnalisation et professionnalisme. Ils démêlent ainsi les nœuds de ces termes étymologiquement proches : « The terms *professionalization* and *professionalism* remain ambiguous and multidimensional. The two constructs are obviously highly connected, yet differ inasmuch as professionalization emphasizes structure and process and professionalism highlights practice and identity » (Ganesh et McAllum, 2012, p. 153).

La distinction faite entre les termes me permet de me concentrer sur le processus suivant les étapes de la scolarité de la formation médicale. Le multi-dimensionnalisme annoncé par Ganesh et McAllum (2012) est discuté par d'autres auteurs comme Eitel et al. (2000). Ces auteurs viennent préciser que le professionnalisme est en fait le résultat de la professionnalisation (2000, p. 518). La professionnalisation a pour cible le développement de la confiance et de la communication du professionnalisme (Eitel et al., 2000, p. 518). Effectivement, Eitel et al. (2000) et Ganesh et McAllum (2012) comprennent tous deux le développement et l'identification à la profession comme étant en lien avec l'engagement de soi envers la profession et une carrière professionnelle (Eitel et al., 2000, p. 518). En ce sens, le professionnalisme n'est pas simplement le reflet de la maîtrise des compétences techniques et savoirs scientifiques, mais davantage le reflet de l'attitude, des valeurs et de l'engagement du professionnel développés au cours de sa professionnalisation. Bref, le professionnalisme ne se résume pas simplement au rôle d'expert médical. Il est aussi question de savoir mettre en pratique et de gérer la communication de ses connaissances. C'est d'ailleurs l'ensemble de ces points qui ont été recensés par Roquet (2012) dans la définition de la professionnalisation qu'il emprunte à l'héritage anglo-saxon et qui marque le passage du néophyte au statut de professionnel.

L'identification avec la profession et l'engagement de soi sont tous deux le résultat de la socialisation professionnelle (Mylrea et al., 2015), soit la professionnalisation. Le développement de l'identité professionnelle comme dictée par le CanMEDS et l'ensemble de ses rôles est un mécanisme à la professionnalisation selon ces auteurs. La socialisation professionnelle n'est pas seulement matérielle, elle est aussi symbolique. Je veux donc explorer dans la prochaine sous-

section l'apport du symbolisme et du matérialisme dans trois cadres qui visent l'atteinte du professionnalisme de manières différentes.

Professionnalisme : là où les résultats sont visibles

Ainsi, je propose de reconnaître le professionnalisme comme le résultat d'un processus ayant pour but de produire un bon professionnel et, dans le cadre de cette recherche, un bon médecin communicateur. À cet effet, je retourne explorer les études antérieures faites en sociologie. Je vais prendre le temps de reposer les fondements sociétaux de Durkheim (cité dans Cheney et Ashcraft, 2007) tout en insistant sur les points que la perspective communicationnelle ajoute au concept de professionnalisme. Par la suite, je vais entamer la distinction de divers types de professionnalisme et cibler celui qui se distingue par son accent sur l'identité.

La notion de professionnalisme a été explorée principalement en sociologie, notamment par Durkheim (cité dans Cheney et Ashcraft, 2007) qui, dans ses écrits sur la division de travail dans une société moderne, propose une mobilité collective non plus par l'aristocratie, mais par une classe sociale privilégiée par son accès à l'éducation, donc à l'expertise (Cheney et Ashcraft, 2007). En proposant l'utilité d'une conceptualisation communicationnelle du professionnalisme qui notamment élargirait les propos initiaux de Durkheim, Cheney et Ashcraft (2007) font ressortir que les travaux du sociologue ont surtout cerné l'importance de la socialisation à une plus grande échelle. En d'autres mots, ils consentent que le titre de professionnel soit reconnu par la société selon les valeurs et standards en place. Toutefois, l'apport de la communication selon Kuhn et Nelson (2002, cités dans Real et al., 2009) propose que l'identité ne se génère pas seulement à partir des valeurs et pensées des membres de la société à l'instar de Durkheim, mais qu'elle est aussi le résultat des interactions sociales et de la réalité matérielle.

Pour approfondir les propos cités dans l'ouvrage de Real et al. (2009), tout comme ils le font, j'emprunte un regard socioconstructiviste dans lequel l'identité des médecins « est conceptualisée de manière discursive en relation avec les environnements symboliques et matériels dans lesquels les médecins travaillent » [traduction libre] (Real et al., 2009, p. 577). Les interactions avec les autres, l'exposition aux messages conçus par les institutions telles que les écoles de médecine, les hôpitaux et les médias de masse construisent l'identité et s'assemblent

à partir du langage, des symboles, des valeurs et bien plus (Real et al., 2009) ; en ce sens, l'identité est construite à la fois par les forces matérielles et symboliques, ce qui a une incidence sur la nature de la communication avec les patients.

Une sensibilité à ces forces de l'environnement permet de conserver une fondation solide pour un développement sous l'angle communicationnel. Étant donné que les préoccupations relatives au professionnel en tant qu'individu avec des tendances sociales plus larges ont été peu explorées, Cheney et Ashcraft (2007) envisagent la communication comme une porte d'entrée pour « développer les préoccupations négligées, soit la construction, le maintien et l'altération de l'identité professionnelle » [traduction libre] (Cheney et Ashcraft, 2007, p. 149). Autrement dit par les auteurs, une conceptualisation communicationnelle me permet de voir le professionnalisme comme un processus social et matériel d'interaction continu avec son environnement de pratique par lequel ceux dans la profession apprennent et négocient leur identité professionnelle. Cependant, comme je le verrai plus tard, la communication est malheureusement un aspect quelque peu négligé du programme d'études, explicite et obligatoire en ce qui concerne le développement de l'identité professionnelle.

À la lumière d'une conception de professionnalisme comme résultat d'un processus ayant comme but de produire un bon professionnel ou ici, un bon médecin, je propose donc d'examiner trois cadres d'analyse de professionnalisme en médecine identifiés par Irby et Hamstra (2016). Ceux-ci deviennent une ligne directrice dans l'élaboration de mon cadre théorique. En ce qui suit, je ferai la présentation des cadres selon l'ordre suivant, soit le *virtue-based professionalism*, le *behavior-based professionalism* et le *professional identity formation* (PIF ou FIP ; formation de l'identité professionnelle).

Fondements des approches d'Irby et Hamstra

À l'heure qu'il est, les écoles et facultés ne trouvent pas de terrain commun à propos de l'éducation médicale associée au professionnalisme, notamment par les diverses définitions qui y sont associées (Irby et Hamstra, 2016). Cela se transpose tout autant dans les désaccords vis à vis les curriculums, la pédagogie et les évaluations. Cette discordance se fonde dans la manière de voir le professionnalisme, trois grands cadres ressortent, suivant une certaine chronologie

aussi explicitée dans ma revue de littérature. Historiquement parlant, les cadres suivent la chronologie suivante : professionnalisme basé sur la vertu, professionnalisme basé sur les comportements et la formation de l'identité professionnelle. Le développement de chacun est toujours en réponse à son prédécesseur. Autrement dit, le professionnalisme basé sur les comportements est né des frustrations des étudiants et des superviseurs liés à la difficulté d'appliquer les raisonnements moraux à leurs actions. Le troisième cadre, quant à lui, a été développé pour éviter le réductionnisme occasionné par les comportements prescrits du professionnalisme basé sur les comportements. À l'aide des fondements des approches d'Irby et Hamstra (2016), je cherche à démontrer que le contexte éducationnel a aussi son lot de réalité matérielle et de symbolisme, ce qui permet l'élaboration d'une perspective davantage communicationnelle, telle que proposée par Cheney et Ashcraft (2007). De fait, c'est un contexte qui doit aussi être étudié pour cerner l'implication de l'identité du médecin, comme résultat de sa professionnalisation, dans sa relation de communication avec le patient, ce pourquoi je m'attarde à la définition des trois cadres proposés par les auteurs Irby et Hamstra. Lesdits cadres cernent bien les similarités et les différences de chacun, tous ayant un impact sur la façon dont les forces matérielles et symboliques interagissent sur la formation de l'identité du médecin.

Professionnalisme basé sur la vertu : être un médecin, être une personne de caractère

Le premier cadre, basé sur la vertu, est utilisé pour saisir comment le professionnalisme se présente dans la formation médicale est un pionnier historique datant d'Hippocrate (Irby et Hamstra, 2016). La production du bon médecin, dans ce cadre-ci, se fonde sur les vertus morales de l'étudiant. Selon la définition du cadre, l'évaluation du professionnalisme se fait à partir des qualités subjectives de la personne (par exemple, ses valeurs, attitudes et expériences) plutôt que l'application et la réussite de certaines compétences. Les valeurs de la compassion, du respect, et de la communication intentionnelle prévalent sur les compétences techniques. L'ensemble de ces compétences forme l'humanisme nécessaire pour respecter le contrat social de la profession, soit d'agir dans le meilleur intérêt d'autrui ; éthique et confidentialité comprises. En adhérant à cette définition, le professionnel est un agent moral qui est appelé à mettre de côté ses intérêts personnels pour être en mesure d'agir pour le meilleur du patient.

Le professionnalisme fondé sur la vertu en vient à dire que l'étudiant doit *internaliser* (assimiler) les valeurs mentionnées plus haut jusqu'à ce qu'elles deviennent une habitude. À long terme, ces habitudes accompagneront le médecin à poser les actions appropriées. Le professionnalisme, compris comme l'application de la vertu à sa pratique, se traduit donc par la générosité envers collègues et patients (Irby et Hamstra, 2016). La vertu est toutefois une évaluation subjective des pairs, ce qui rend complexe son évaluation et qui laisse place à la recherche d'une meilleure objectivité pédagogique.

Professionnalisme basé sur les comportements : agir en tant que médecin, être compétent

À l'opposé du cadre précédent, la production d'un bon médecin ne repose pas sur les valeurs morales. Dans le cadre du professionnalisme basé sur les comportements, la production d'un bon médecin se fait par la maîtrise de connaissances et de compétences. Autrement dit, un bon médecin est d'abord et avant tout un médecin compétent. Irby et Hamstra (2016) compare les deux cadres ainsi « *the focus is on doing rather than being* » (p. 154).

Selon Irby et Hamstra (2016), ce type de professionnalisme est celui qui se rapproche le plus de l'approche du CanMEDS. Effectivement, le professionnalisme basé sur les comportements se fonde sur un ensemble de compétences qui peuvent être définies, observées et évaluées au cœur des comportements. À l'image du CanMEDS, (« Le continuum de la compétence : La compétence par conception »), les étapes sont illustrées par des jalons particuliers. Chaque étape se résume à un comportement supplémentaire acquis qui rapproche l'étudiant du titre final de professionnel. Le cheminement est tracé à partir de l'entrée à la résidence jusqu'à la retraite, puis est marqué par les étapes importantes du diplôme en médecine, l'examen du Collège royal, la certification, puis la formation continue. Cette vision du professionnalisme met l'accent sur la démonstration et la certification des compétences. À cette fin, les étapes vers la maîtrise de la compétence sont explicites pour mieux suivre la progression de la formation médicale de chacun des étudiants. Cependant, il est aussi nécessaire de considérer à la fois les compétences du médecin en devenir et ce qu'il intériorise, ces dernières démontrées par des comportements mesurables. À cet égard, le troisième cadre propose d'intégrer la notion de formation de l'identité professionnelle.

Avoir du PIF : penser, agir et se sentir comme un médecin

Tout comme souligné précédemment, il est approprié de vouloir explorer les facteurs internes et externes du processus de professionnalisation, comme l'identité individuelle : « Professional identity formation focuses on both the individual and the group and, like the virtue-based framework, explores internal developmental processes of being and becoming versus doing » (Irby et Hamstra, 2016, p. 155). Ce troisième cadre, qui explore la formation de l'identité professionnelle (ou la PIF, pour « *professional identity formation* ») permet de prendre en compte les influences diverses sur le professionnel—individuel, relationnel et collectif. En ce sens, le statut de professionnel est d'abord atteignable par le processus de professionnalisation qui, en parallèle, est suivi par l'objectif d'atteinte de l'identité professionnelle (professionnalisme) par les valeurs, les attitudes et l'engagement du professionnel par rapport à sa propre profession.

L'identité d'un individu est en tout temps une influence de ces trois domaines (individuel, relationnel et collectif) (R. L. Cruess et al., 2015, p. 1). Les auteurs empruntent à la psychologie le constat que l'identité se forge surtout en début de vie, puis se cristallise davantage à la fin de l'adolescence ou au début de la période adulte, mais se transforme toujours en gardant un même noyau.

En conséquence, le personnel enseignant doit encourager les étudiants à se demander qui ils sont et ce qu'ils souhaitent devenir. Autrement dit, les expériences passées et futures ont un impact sur le résultat de la professionnalisation: « Each individual's journey from layperson to skilled professional is unique and is affected by 'who they are' at the beginning and 'who they wish to become' » (R. L. Cruess et al., 2015, p. 1).

La PIF se démarque des deux autres cadres parce qu'elle est « viewed as an adaptive, developmental process occurring at individual (psychological) and collective (sociological) levels that socialize learners into thinking, feeling, and acting like a physician » (Irby et Hamstra, 2016, p. 154). En ce sens, être un bon médecin, c'est d'abord aspirer à atteindre une certaine identité professionnelle : « The dominant assumption in this framework is that professionalism involves becoming a good doctor by aspiring to attain a certain professional identity, as depicted by positive role models » (Irby et Hamstra, 2016, p. 154). Il faut donc reconnaître les interactions sociales implicites présentes dans le processus de devenir partie prenante d'une communauté de

pratique. Comme je le verrai dans la prochaine sous-section, les stratégies et méthodes pédagogiques reflètent bien l'apport de ces interactions sociales. Chacun des cadres se distingue par le focus octroyé à la formation médicale, et de ce fait, sur la manière dont il s'insère dans le curriculum avec ses méthodes pédagogiques propres (et la répartition des forces matérielles et symboliques). Le tout sera détaillé au cœur du prochain point qui transposera les trois cadres explorés au cœur des pratiques empiriques. Je pourrai alors déterminer l'apport de chacun des cadres dans l'enseignement et l'évaluation du professionnalisme chez les futurs médecins.

Les cadres pédagogiques en pratique réelle

Dans cette section, je me penche sur la manière dont ces cadres peuvent être utilisés dans une variété de pratiques pédagogiques. Les curriculums des écoles de médecine au Canada bien que tous inspirés des objectifs du CRMCC peuvent emprunter à un ou à plusieurs des cadres explorés ci-haut. Bien que les cadres explicitent les différentes manières de concevoir le professionnalisme, ce ne sont toutefois pas toutes les écoles, voire les enseignants et les superviseurs qui empruntent le même cadre dans le développement de leur programme. Cependant, le fonctionnement du CanMEDS fait tout de même pencher la balance vers un cadre basé sur les comportements. L'approche par compétence et par les jalons de la réussite favorise une évaluation plus concrète des compétences, techniques et savoirs. L'évaluation du professionnalisme, dans un cadre comme celui basé sur les comportements, facilite l'évaluation par des marqueurs observables de l'accomplissement des apprentissages visés.

De ce fait, en explorant les manifestations pédagogiques de chacun des cadres, je remarque à quel point l'évaluation des étudiants indique le choix du ou des cadres du professionnalisme sélectionnés. D'un côté, quand les compétences et les comportements peuvent être évalués facilement et concrètement, le cadre a tendance à être adopté pour le développement du professionnalisme d'expert médical, un des rôles explicités dans le CanMEDS. Il est plus facile de cocher une grille qui comporte un ensemble d'éléments techniques et théoriques de la santé plutôt que d'évaluer l'écoute, la compassion et l'empathie (qui peuvent être associées aux *humanities*). Cependant, cela se fait au détriment d'autres rôles, notamment celui de communicateur. Ce que j'entends par cette affirmation, c'est que l'emphase est posée sur la

recherche du diagnostic différentiel et non la manière dont celui-ci sera interrogé et partagé avec le patient. Similairement aux constats de Gaboury et al. (2018), les rôles non-médicaux sont perçus comme plus difficiles à enseigner et à évaluer. De ce fait, quand le cadre se niche dans l'abstrait (comment être) et va au-delà des savoirs experts (comment faire), il devient difficile pour le corps professoral d'y faire suite. Cela incite les acteurs des écoles de médecine à s'éloigner des comportements basés sur la vertu et de l'idée que la profession de la médecine est en fait une vocation. Pour mieux illustrer chacun des cadres, je vais présenter les stratégies et méthodes pédagogiques répertoriées par Irby et Hamstra (2016).

Fondé sur la vertu

Quant aux stratégies et aux méthodes pédagogiques qui s'inspirent du cadre de professionnalisme basé sur la vertu, la vertu est bien entendu un fil conducteur présent dans l'ensemble du curriculum. Les questions d'éthique, d'humanisme et de communication avec le patient sont des thèmes récurrents. Ceux-ci vont se nicher dans des activités d'auto-réflexion et des discussions guidées pour faire ressortir que le médecin est un agent moral qui agit avant tout pour la santé et le bien-être de l'autre.

Pédagogiquement parlant, le cadre d'analyse du professionnalisme fondé sur la vertu favorise notamment les méthodes directes d'instructions, le serment d'Hippocrate, les modèles de rôle⁶, les études de cas, les cérémonies de sarrau blanc⁷ et l'écriture réflexive. Du côté des évaluations, les examens écrits, les exercices d'écriture réflexive, les auto-évaluations, les observations et les rétroactions sont monnaie courante.

Quand il y a des moments où l'étudiant échoue à la réalisation d'un comportement basé sur la vertu, il est fortement encouragé à comprendre ce qui l'amène à agir ainsi. On l'invite à réfléchir à quoi il aspire comme professionnel afin de développer ses habiletés de raisonnement moral. Autrement dit, on présume que la vocation habilite du fait même à être un bon communicateur.

⁶ Je survolerai l'ensemble des méthodes pédagogiques propres au cheminement de l'Université de Montréal au cœur du prochain chapitre méthodologique.

⁷ La cérémonie de sarrau blanc est une pratique commune qui prend habituellement place à la fin de la première année de doctorat des étudiants. Les étudiants prêtent allégeance à la profession et en retour, ils reçoivent un sarrau blanc comme signe d'accession prochaine à la profession. Cela peut ressembler à l'anneau reçu par les ingénieurs à la fin de leurs études en signe de leurs responsabilités professionnelles.

En effet, la vertu se rapproche de l'humanisme qui incite à l'intériorisation de valeurs, telles que la compassion, le respect et la communication, et la réflexion éthique pour être mieux disposé à l'altruisme. Il s'agit donc d'appliquer l'ensemble de ces valeurs à la pratique. Ensemble, elles modélisent une personne de caractère morale qui applique ces principes à ses actions et à ses décisions (Irby et Hamstra, 2016).

Tout compte fait, ce type de professionnalisme implicite est plus difficile à évaluer et à observer, ce qui a fait apparaître un autre cadre d'analyse du professionnalisme, cette fois-ci, fondé sur les comportements et donc observable par des faits précis.

Fondé sur les comportements

Du côté du cadre d'analyse du professionnalisme fondé sur les comportements, les stratégies essentiellement utilisées sont l'enseignement des comportements et des compétences attendues (diplomatie, communication, analyse, schèmes de pensée), et ce, principalement dans les situations de crise / conflictuelles / contextuelles. Il est pris en compte que l'environnement complexe dans lequel les professionnels de la santé se retrouvent fournit des attentes contradictoires. Pour agir professionnellement et éviter des conflits ou des malentendus, les étudiants sont invités à utiliser leurs connaissances et habiletés à l'aide de la communication pour naviguer les situations particulières (Irby et Hamstra, 2016). Ainsi, la communication est un outil de gestion pour la négociation de situations tant avec le patient, les collègues que la société.

À l'instar du cadre précédent, les méthodes pédagogiques sont comparables. En plus de l'instruction directe, du modèle de rôle et des études de cas s'ajoute l'utilisation des simulations, des séances de coaching par les pairs et les patrons⁸ (médecins superviseurs en contexte clinique), puis les réflexions écrites à propos des situations conflictuelles. En matière d'évaluations, les étudiants peuvent voir leur professionnalisme se faire évaluer à l'aide d'examens écrits, de formulaires de notation, d'auto-évaluation, d'observation, de rétroactions multi sources et des rapports d'incidents critiques sur les défaillances.

⁸ Le terme patron est utilisé de manière interchangeable avec les termes moniteurs et superviseurs. Il existe une distinction dans la terminologie médicale. Toutefois, je me concentre sur le caractère de supervision, ce pourquoi j'utiliserai en prévalence le terme médecin superviseur tout au long de la recherche.

Autrement dit, les comportements des étudiants sont renforcés par des attentes claires, de la rétroaction sur la performance et du renforcement de la part de stimulus externe (Irby et Hamstra, 2016, p. 153). Les recommandations pour cette approche sont surtout d'enseigner et de clarifier les attentes des comportements tout en renforçant les bons comportements, sans oublier de sanctionner les comportements non-professionnels.

Le cadre fondé sur les comportements ne fait pas l'unanimité, notamment par son déséquilibre empirique entre compétence et *caring* (Dornan et al., 2015), et ce, bien qu'il soit assurément enraciné dans les méthodes actuelles d'enseignement. En réponse au cadre vu comme parfois réducteur, les chercheurs se sont intéressés à un cadre longitudinal du développement du professionnalisme, voir le troisième cadre sous l'angle d'un processus : *Formation de l'identité professionnelle*.

PIF

Pour cette vision de la professionnalisation du professionnalisme, les stratégies adoptées par les écoles de médecine se concentrent habituellement sur l'ajout de cours d'éthique au curriculum, puis d'assurer un focus important sur l'apprenant dans des contextes naturels (c'est-à-dire, « *non-staged* »), de communauté de pratique. Ce sont des thèmes qui se centrent sur l'apprenant et son développement, notamment par les transitions rapides de leur identité d'étudiant à résident, puis de résident à médecin en formation, d'étudiant en classe à membre d'une équipe de professionnels de la santé pour ne donner que quelques exemples (Irby et Hamstra, 2016, p. 154).

Encore une fois, les méthodes pédagogiques sont celles de l'enseignement direct, les modèles de rôle, les études de cas. Cependant, ce qui ressort sont les discussions guidées à propos des identités émergentes et conflictuelles, l'auto-évaluation, l'écriture réflexive, puis l'enquête appréciative (« *appreciative inquiry* »). L'intérêt vers ces méthodes pédagogiques particulières se fonde sur un constat partagé par Wald (2015), professeur clinique associé de médecine de famille à l'université Brown : sans la réflexion sur sa pratique, il a été affirmé que le développement de l'identité professionnelle ne peut pas avoir lieu.

La communication dans ce cadre-ci ne se fonde pas simplement à ce qui est inhérent au professionnel (vertu) ou ce qui est attendu de l'organisation (comportement), mais bien les deux,

ce qui rend complet le développement de l'identité professionnelle. L'importance majeure de ce cadre se résume à la contribution des interactions sociales dans la construction d'un idéal identitaire de la profession. De ce fait, une relation pédagogique positive dans une communauté de pratique se fonde sur le coaching, l'observation des modèles de rôle, les évaluations et la rétroaction. Du côté des évaluations, la PIF encourage les évaluations multidimensionnelles et multi sources, puis parfois des devoirs ou des réflexions de raisonnement moral. En revanche, pour remédier au possible manque de professionnalisme, l'accompagnement doit être adapté au niveau de l'apprenant. Ainsi, il est recommandé d'accompagner l'apprenant dans la compréhension de la nature de l'identité professionnelle et les obligations auxquelles le rôle de médecin oblige l'étudiant à se plier. Finalement, à l'image de la PIF, je considère que les apprentissages et l'identité évoluent à travers la participation à une communauté de pratique : « Professional identity formation calls attention to both the person and the group and explores developmental processes of being and becoming » (Irby et Hamstra, 2016, p. 155).

Retour sur les cadres

Contrairement à la figure « Le continuum de la compétence : La compétence par conception » (CRMCC, 2015), la formation professionnelle débute bien avant la résidence. En fait, « acceptance into medical school is symbolically significant as it begins the long process of socialization through which students transform from members of the lay public to skilled professionals » (R. L. Cruess et al., 2015, p. 720).

Il est tout à fait pertinent de noter que la professionnalisation est d'abord et avant tout un processus (phénomènes successifs dans le temps) plutôt que des comportements isolés. Je m'inspire du recadrage proposé par Cheney et Ashcraft (2007): « we (re)frame professionalization as a fundamentally rhetorical process because the identity and status of any job is not given or determined but is rather a precarious, contested formation constantly negotiated through discursive activity » (p. 164-165).

C'est d'ailleurs pour cette raison que j'utiliserai le terme de professionnalisation pour écrire l'action de rendre professionnel et plus spécifiquement j'emprunterai le cadre de formation médicale de la PIF pour informer mes analyses. Effectivement, j'y vois une articulation

chronologique dans l'élaboration des cadres du professionnalisme, se succédant l'un à la suite de l'autre afin de pallier les manques et opportunités du précédent, passant d'abord de la vertu au comportement, puis à l'identité qui jumelle d'une certaine manière ce qui appartient à la fois au caractère et à l'environnement, qui chacun influence l'apprentissage de la communication. À ma manière, j'y vois le même cheminement linéaire des approches médicales expliquées au cœur de ma revue de littérature : un passage d'une médecine chamanique avec le rôle de *healer* à la médecine factuelle avec le rôle de scientifique et finalement la médecine centrée sur le patient qui combine scientifique et *healer* pour obtenir un *scientific healer*.

Résumé du chapitre

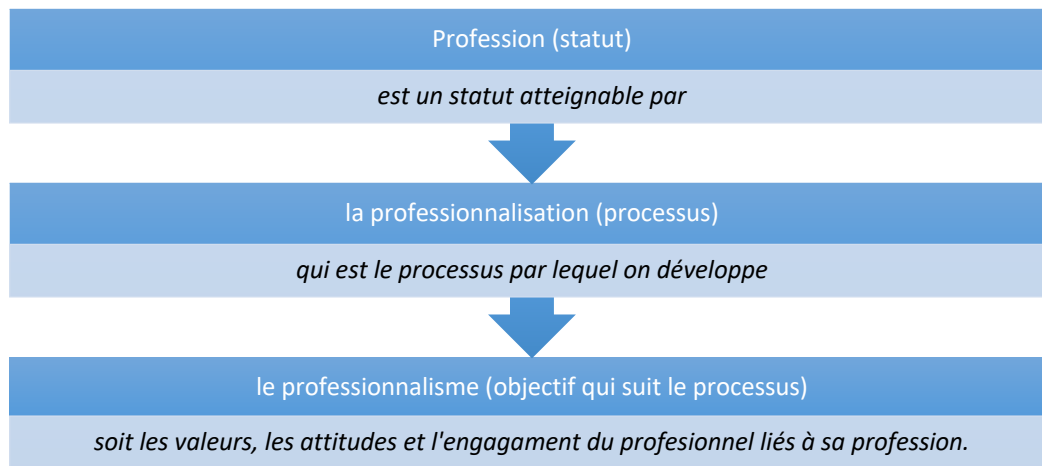


Figure 3. – Concepts de la profession, professionnalisation et professionnalisme

La définition classique de la profession a servi à plusieurs disciplines d'établir leur autonomie, leur cadre de rôles et leurs responsabilités. Une profession, tel que vu précédemment, est une classe qui peut générer sa propre autorité et donc ses propres attentes en termes de régulation. La profession de médecine a donc régulé ses attentes sur les professionnels en devenant en composant un référentiel des compétences à maîtriser pour obtenir le statut de médecin professionnel, soit six compétences qui se transforment en rôles inter-reliés (expert médical, érudit, collaborateur, promoteur de la santé, leader et communicateur).

De plus, cette définition de la profession telle qu'inspirée par Freidson (Dodier et Darbon, 1985) rencontre certaines limites, notamment le manque de composantes subjectives – l'expérience de

l'individu et la signification qu'il attribue à cette expérience. Pour moi, il s'agit de la porte d'entrée pour questionner l'individu dans la profession et au cœur de sa pratique. L'exploration de cette question m'a amené à voir un processus par lequel l'individu développe son sens de l'identité professionnelle et de la conduite professionnelle : je deviens médecin donc je dois me plier aux attentes établies par les autres médecins ; de ce fait, en acceptant le rôle, j'accepte d'incomber aux responsabilités de celui-ci. Bien que ce cela soit fort intéressant du point de vue sociologique, je m'intéresse aux angles morts, notamment à la communication comme une compétence professionnelle à enseigner et à apprendre et comment cette compétence s'insère dans le cadre de la professionnalisation en tant que processus.

Pour ce faire, il faut d'abord se résoudre à comprendre ce qu'entend le terme de processus. La médecine vue comme la pratique d'un art et d'une vocation m'amène à traduire cette affirmation par une socialisation professionnelle qui, elle, est un mécanisme de développement de l'identité professionnelle. À l'image de Roquet, c'est en premier lieu un processus d'acquisition et de développement, et qui deuxièmement se fait dans l'exercice même de la pratique. À partir de la distinction étymologique de Ganesh et McAllum (2012), j'ai approfondi depuis les constats d'Eitel et al. (2000) qu'à vrai dire, le professionnalisme est vu comme le résultat de la professionnalisation. En d'autres mots, le professionnalisme équivaut au développement d'une certaine confiance par rapport à ses rôles, c'est ce que le professionnel dégage par ses valeurs, son attitude et son engagement professionnel.

Par la suite, comme le professionnalisme résulte de la professionnalisation, c'est à se demander quelle est la formation offerte pour développer un bon médecin communicateur. À mon idée, l'approche communicationnelle apporte que l'identité professionnelle est aussi générée par les interactions sociales présentes dans les réalités matérielle et symbolique, donc toujours en négociation de son identité professionnelle. Une conceptualisation discursive en lien avec ces réalités influence alors la communication avec le patient. On veut voir comment cet ensemble s'insère dans le contexte éducationnel. Afin de me faciliter la tâche, j'ai pris appui sur les cadres du professionnalisme d'Irby et Hamstra (2016). Leurs différences ontologiques sont visibles en réalité par les approches et méthodes pédagogiques empruntées et la manière dont les différentes forces (sociales, matérielles et symboliques) sont réparties.

Un professionnalisme qui s'inspire de la vertu insère plus facilement du contenu lié à l'éthique et à l'humanisme tandis que le professionnalisme basé sur les comportements s'inspire des compétences énoncées et des attentes claires pour chacune d'entre elles, puis la formation de l'identité professionnelle se fonde sur l'éthique de la pratique et surtout une pratique qui s'insère dans un environnement naturel. Le constat qui ressort des contextes éducationnels est la nécessité d'évaluer l'étudiant, et qu'un cadre comme celui basé sur les comportements facilite cette évaluation. Toutefois, à mon avis, la PIF permet une étude à part entière du professionnalisme, pas seulement l'évaluation de compétences tangibles, mais aussi les préférences, les valeurs et les attitudes de l'étudiant selon le médecin communicateur qu'il souhaite devenir. C'est ainsi que j'en viens à me poser **la question de recherche** suivante :

Comment les futurs médecins intègrent-ils le rôle de communicateur à la formation de leur identité professionnelle?

Chapitre 5 – Méthodologie

Afin d'explorer les réponses et les enjeux associés à cette question, j'ai entrepris une étude qualitative et interprétative en prenant comme terrain de recherche l'École de médecine de l'Université de Montréal. Cependant, avant même de commencer ce projet de recherche, j'ai été particulièrement chanceuse d'observer pendant 3 jours en juin 2019 un contexte privilégié d'échanges lors d'une formation d'été organisé par le Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), « l'Université d'été du CPASS sur la communication professionnelle en santé : la maîtriser, l'enseigner, l'évaluer et la promouvoir. » Ma participation en tant que bénévole observatrice m'a servi comme outil de sensibilisation d'abord au programme de l'École de médecine et à sa structure, deuxièmement à établir des contacts dans le domaine de l'enseignement, et ce, au niveau international et finalement aux enjeux et aux situations vécues actuellement dans les différents programmes des facultés de médecine (médecine, physiothérapie, optométrie). À partir de cette participation, j'ai pu mieux établir mes choix méthodologiques que je vous dévoile ci-bas. Avant d'entamer la description de ma collecte de données et d'en expliquer les principes d'analyse, je propose un détour informatif concernant le contexte étudié. En faisant le choix de mon terrain, je trouvais nécessaire d'établir d'abord un portrait plus historique afin de mieux comprendre l'évolution du positionnement de la communication dans le cheminement des études en médecine.

Positionnement ontologique et épistémologique de cette recherche

Comme rappel, ma question de recherche est la suivante : Comment les futurs médecins intègrent-ils le rôle de communicateur à la formation de leur identité professionnelle?

Pour explorer leurs perceptions, j'inscris mon ontologie et mon épistémologie de recherche dans une approche subjectiviste, plus particulièrement interprétative (Tracy, 2013). Notamment, je voulais laisser la voix aux participants pour qu'ils s'expriment à partir de leur propre expérience. L'étude se présente donc à partir des points de vue multiples des différentes catégories de participants rencontrés sur mon terrain de recherche, soit l'Université de Montréal que je présente en détails ci-dessous.

Le choix du terrain de recherche

En rencontrant divers acteurs lors de l'Université d'été et en apprenant plus sur leur point de vue, avant même de commencer les étapes officielles de ma recherche, j'ai pu comprendre que le matériel pédagogique demandé, plus particulièrement le seul et unique livre en français traitant de la communication professionnelle en santé (Richard et Lussier, 2016) n'était soit pas lu soit pas acheté par les étudiants. C'est à ce moment que je me suis questionnée sur les attitudes des acteurs pour mieux cerner ce qui guidait ce comportement. L'objectif de mon étude interprétative est de mieux comprendre la relation des acteurs avec la communication comme compétence et rôle à intégrer à leur identité professionnelle. Ainsi, la valeur ajoutée dans la recherche suggérée se retrouve aux différents points ci-dessous.

D'abord, les universités francophones ont peu fait le centre de ce genre de question, donc ce projet a pour objet de dessiner un portrait de la réalité franco-canadienne. Ensuite et finalement, les recherches consultées proposent souvent d'interroger les concepts de professionnalisme en lien avec les savoirs experts ; cependant, très rarement, les compétences communicationnelles sont interrogées sous cet angle. Dans l'optique où les universités francophones se retrouvent peu au cœur de ce type de recherche, l'Université de Montréal et son programme de médecine en français me permettait d'entamer ma recherche sans trop d'obstacles (distance, langue).

Classée comme 88^e meilleure université au monde en 2022 (Times Higher Education, 2022), l'Université de Montréal était un choix de terrain pertinent et accessible. Les études cliniques et précliniques, quant à elles, se classaient au 59^e rang au début de ma recherche en 2018, puis se classent désormais au 85^e rang en 2022 (Times Higher Education, 2022).

Pour toutes ces raisons, je justifie la pertinence de l'étude interprétative dans le cadre de ma recherche à l'Université de Montréal. J'ai donc obtenu des données quant aux perceptions des étudiants et autres acteurs de l'École de médecine en lien avec la formation de l'identité professionnelle du rôle de communicateur.

Évolution de l'enseignement en médecine au Québec

Je broserai donc un portrait chronologique sur les réformes et changements qui précèdent les méthodes actuelles d'enseignement à l'Université de Montréal. Pour ce faire, je propose d'abord un retour historique. Celui-ci nous permettra ensuite d'approfondir sur le programme en développant sur le cheminement typique actuellement en place. L'ensemble des caractéristiques particulières que nous verrons en détails ci-dessous m'amène à cibler l'Université de Montréal comme terrain de recherche. Autrement dit, je le vois comme la possibilité de mieux comprendre où l'Université se dirige à partir d'où elle provient.

État des lieux des méthodes d'enseignement

Du point de vue qui m'intéresse, celui de l'éducation des futurs médecins, les écoles suivent toujours un curriculum reposant sur un modèle « factuel », plus spécifiquement ce que l'on appelle le modèle Flexner (Boudreau et al., 2007). Le curriculum proposé par Abraham Flexner divise contre son gré le programme de médecine en deux, la théorie scientifique en premier, puis la pratique clinique en second. Cette dichotomie a eu pour effet de voir les connaissances médicales en deux ensembles distincts : les connaissances théoriques et scientifiques d'un côté et, de l'autre côté, les connaissances liées au « care » et difficilement explicables (Boudreau et al., 2007).

Une telle vision du modèle a eu comme principal impact pour l'étudiant l'enseignement d'une formation technique (laboratoire, recherche clinique) plutôt qu'une formation de pratique professionnelle (Goulet, 1994). Cette formation technique met beaucoup moins d'accent sur la communication dialogique comme compétence. Même si les facultés ne suivaient pas à la lettre les détails de ce modèle, il a longuement guidé les directions que prennent les programmes de médecine, y compris au Québec (Goulet, 1994). De plus, les universités francophones au Canada ont historiquement suivi les traces des modèles européens où les étudiants sont plus passifs dans de longs cours magistraux et ont peu d'implication pratique (Goulet, 1994).

Historique de l'enseignement au Québec

Il est possible de tracer une chronologie des deux approches (médecine factuelle et médecine centrée sur le patient) dans l'enseignement de la médecine à travers les modèles européen et

Flexner. Les modèles européens, particulièrement le modèle français a guidé les pratiques des facultés de médecine au Québec entre 1843 et 1920. Le modèle français empruntait une tangente largement magistrale dans l'enseignement de ses cours ; cours traitant principalement des matières traditionnelles (anatomie, physiologie, pathologie interne et externe, etc.). Plus tard, entre les années 1920 et 1960, le rapport Flexner – figure du modèle américain – souhaite uniformiser les pratiques médicales, et donc, les enseignements en Amérique. L'arrivée du modèle américain aux facultés de médecine francophones au Québec fait en sorte que les cours magistraux se déplacent surtout en laboratoire. L'apport de l'enseignement en milieux cliniques et du contact avec le patient n'est pas encore partie intégrante de la formation à cette époque-là. Les élèves ne sont donc pas encore invités à rejoindre les milieux hospitaliers et de soins de santé pour mettre en pratique la théorie abordée en cours. Une importance est alors octroyée à la recherche. Vers la fin de ces années, les deux modèles en viennent à cohabiter ; le modèle français influençant à ce moment-là la gestion et l'administration du programme tandis que le modèle américain touchait l'enseignement.

Réformes pédagogiques et l'Université de Montréal

Les répercussions de ces modèles (européens et Flexner) peuvent sembler peu visibles aujourd'hui, mais elles ont inspiré des réformes au curriculum en médecine à l'Université de Montréal menées par des enseignants qui y ont été soumis et qui enseignent de nos jours. À cet égard, les années 1970 sont marquées par un désir d'autonomie des membres de la faculté face aux diverses recommandations et critiques du modèle américain, notamment en ce qui concerne l'« art » de la pratique clinique. L'enseignement et les enseignements principalement concentrés sur une médecine factuelle (aspects cognitifs et psychomoteurs) ne sont plus les seuls vus comme importants par les autorités de la faculté. Les critères d'une approche centrée sur le patient gagnent alors en popularité, ce pour quoi les membres souhaitent ajouter des composantes socio affectives et socio psychologiques au programme de médecine générale (Goulet, 1994). Cela les pousse à établir des comités internes pour pallier les lacunes du programme, à savoir le nombre d'heures élevé pour le contenu théorique, le faible nombre d'heures en pratique, la longue période de scolarité, la pauvre corrélation entre les matières enseignées, etc. Ainsi, au cours des réformes à la fin des années 1970 (Goulet, 1994), une tournure de professionnalisation inspire les

membres de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal à insérer l'apprentissage des aspects socio-affectifs au curriculum.

Cette tournure de la professionnalisation se fait ressentir également à d'autres facultés de médecine au Québec. Il est alors question pour les membres de sortir les étudiants du laboratoire. Pour faire du médecin non seulement un expert médical, mais aussi un professionnel de la santé, les programmes incorporent désormais l'apprentissage de compétences communicationnelles. Cette décision des facultés de médecine reflète la prédominance du modèle Flexner et la dichotomie créée entre les types de connaissances. Autrement dit, *l'expert médical* se résume au professionnel qui maîtrise les compétences scientifiques et théoriques, puis le professionnel de la santé maîtrise les compétences de *healer*. Elles ne peuvent être manifestées que par le respect interpersonnel entre le patient et le médecin et se manifestent largement dans les compétences communicationnelles (Boudreau et al., 2007). Plusieurs écoles ont tenté, à leur manière, de faire place à ce curriculum réformé.

Aujourd'hui au Québec, quatre facultés offrent un programme en médecine. Trois d'entre elles sont des universités francophones : Université de Montréal, Université Laval et Université de Sherbrooke, tandis qu'une seule est anglophone, Université McGill. Parmi les facultés francophones, deux dont Université de Montréal sont segmentées en deux campus, faisant ainsi rayonner le programme autant en ville qu'en région. Dans le cas de l'Université de Montréal, ses campus sont ceux de Montréal et de Trois-Rivières. En 2018, la Faculté de médecine fêtait son 175^e anniversaire révélant ainsi son assise comme première École de médecine francophone à Montréal.

École et particularités

Avec ses plus de 175 ans, l'Université de Montréal se vêtit d'un bagage historique impressionnant. Elle est d'ailleurs la première université au Canada pour le nombre d'admissions en médecine et offre un des plus larges éventails de programmes de formation postdoctorale avec ses 73 programmes de résidence (Université de Montréal, 2014). En ce sens, il n'est pas difficile de comprendre pourquoi l'Université de Montréal est responsable de la formation d'un tiers des médecins québécois. Parmi ses différents rayonnements, l'Université de Montréal est reconnue pour ses avancées pédagogiques importantes dans l'approche centrée sur le patient, notamment

par le développement du programme de patient-partenaire – une première dans le monde universitaire (Pomey et al., 2015). Cette approche médicale de plus en plus convoitée dans le domaine des maladies chroniques reconnaît le patient comme un expert de sa propre maladie. Le dialogue entre le médecin et le patient se fait en reconnaissant la valeur de l'expérience du patient avec sa maladie.

Qui plus est, des recherches similaires sur les autres sites web des écoles de médecine du Québec ont chacune révélé une structure similaire comportant des cours différents. Vu les différences parfois marquées entre les curriculums des facultés, notamment dans la nomenclature des cours, j'ai fait le choix de me concentrer sur une seule d'entre elles (l'Université de Montréal) pour dessiner un portrait plus juste et plus représentatif, quitte à en faire un point de départ pour des recherches futures.

Cheminement des études en médecine

Pour une personne externe au processus d'admission en médecine, et tout simplement, pour un public général, la navigation sur le site web de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, permet de cerner les grandes lignes de la structure du programme du doctorat en médecine.

Cependant, il est parfois complexe de connecter les différents stades du parcours. Je dois noter que je n'ai pu créer cette vue d'ensemble qu'après avoir collecté mes données (en partie parce que les informations figurant sur le site web de l'école laissent certaines questions sans réponse). Par conséquent, cet aperçu peut être considéré à la fois comme un contexte permettant de comprendre comment j'ai abordé la réponse à ma question de recherche et comme un résultat de mon analyse. J'ai choisi de l'inclure ici comme contexte.

En quelques coups d'œil, la structure se dévoile à nous comme reposant sa fondation sur le CPASS (Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé) et les compétences CanMEDS développées par le CRMCC. Je rappelle parmi le référentiel des sept compétences, celui de communicateur. De ce fait, l'université appuie la structure de son programme avec les mêmes objectifs généraux que le CanMEDS et insère certaines spécifications propres au rôle de communicateur. La définition de la compétence est présentée en deux segments, soit le premier

qui met l'accent sur l'échange de communication avec les différents acteurs (patients, collègues, gestionnaires, équipe soignante, etc.). Le deuxième segment, quant à lui, se concentre sur l'établissement d'une relation professionnelle avec les mêmes acteurs que le premier segment. Bref, la compétence de la communication a pour but de développer deux principales capacités : échanger de l'information et établir une relation.

Je me suis permise d'illustrer l'ensemble du cheminement par l'appellation, le cycle universitaire correspondant, la durée et la sanction⁹ de certains. À partir de la structure décortiquée, je souhaite étudier et mettre en lumière les objectifs, les lieux et la nature des cours et autres spécifiquement attribués à la communication lors d'un cheminement universitaire typique. Je propose le terme typique pour désigner l'avancement linéaire au sein du parcours. Ce schéma ne prend pas en compte la possibilité de temps d'arrêt, congé de maternité/paternité, de *fellowship*, de stages d'été en recherche ou la provenance à partir d'un autre programme puisque certains étudiants peuvent provenir d'un autre domaine connexe et ensuite faire le tremplin vers la médecine.

Ordre	Appellation	Cycle universitaire	Durée	Sanction de fin de parcours
1 (facultatif)	Année préparatoire (prémed)	Pré-doctorat	9 mois	n/a
2	Pré externat	Doctorat	2 ans	n/a
3	Externat	Obtention du grade (M.D)	2 ans	Première partie EACMC
4	Résidence	Post-doctorat	2 à 6 ans	Deuxième partie EACMC. Obtention de la licence.

Tableau 1. – Cheminement typique à l'École de médecine

⁹ Acte par lequel on valide une étape particulière du cheminement. Pour mieux comprendre, si vous terminez votre baccalauréat, vous recevez le titre de bachelier et la certification qui en valide la véracité. Au même titre, le parcours en médecine sanctionne des étapes importantes, notamment l'entrée à la résidence comme je l'expliquerai plus bas.

Le tableau 1 montre le cheminement typique d'un étudiant lors de son parcours à l'École de médecine, ici, de l'Université de Montréal. Seules les études de l'université sont ici affichées, tenant pour acquis les études collégiales complétées ou baccalauréat/transition d'un autre programme à celui de la médecine.

Année préparatoire

L'année préparatoire est optionnelle et s'adresse aux étudiants qui n'ont pas obtenu la reconnaissance du bagage nécessaire en sciences biologiques fondamentales pour commencer immédiatement les études en médecine. Autrement dit, il s'agit d'une période de neuf mois pour faire une mise à niveau auprès de certains étudiants. Des cours abordant les différents types de médecine telle que la médecine factuelle, la médecine macroscopique, la médecine microscopique (etc.) font partie du cursus.

Préclinique

Le préclinique consiste au début de la scolarité doctorale de deux ans pour les futurs médecins. Il est le point de départ des étudiants qui proviennent d'un milieu reconnu en sciences biologiques fondamentales, pensons au cursus de sciences naturelles offert dans les cégeps québécois. L'objectif de cette étape de la professionnalisation est « l'acquisition des compétences de base dans les domaines de la communication et de la relation médecin-patient, de l'anamnèse et de l'examen physique, de l'appréciation des dimensions épidémiologiques, physiopathologiques, psychologiques » (Faculté de médecine, s.d.). Au cours de ces deux années, deux cours, Introduction à la médecine clinique (IMC) et Initiation à la démarche clinique (IDC), sont reconnus pour leur apport en théorie de la communication avec un rapprochement au terrain de la profession. À raison d'une demi-journée par semaine, les étudiants suivent les cours IMC et IDC en milieux hospitaliers sur un total de 76 semaines. Des cours magistraux sont présentés et les discussions de groupe sont mises de l'avant dans de petits groupes formés d'étudiants dans les centres hospitaliers.

Externat

Présenté comme une période intense de formation clinique, l'externat est une formation de base pour tous les types de résidence. Cette étape du cheminement a pour objectif de permettre aux étudiants d'appliquer leurs connaissances théoriques, développer les compétences cliniques et participer aux soins des patients (Université de Montréal, 2021).

Ce moment du cursus se définit par ses lieux d'enseignement et d'apprentissage qui s'étendent sur une période de 85 semaines ; réparties entre stage, présence au campus, évaluation et vacances. L'externat est caractérisé par sa formule de stages pendant laquelle les étudiants ont des stages obligatoires et à options selon leurs intérêts¹⁰. Plus précisément, l'externat se présente sous 52 semaines de stage obligatoire¹¹, 20 semaines de stages à option et puis six semaines sur le campus pour des cours. L'enseignement de la communication se glisse dans la pratique quotidienne des lieux de stages et aussi surtout dans le CAAHC qui change en fonction du stage (les situations explorées seront rapprochées, par exemple la perte d'un enfant chez une femme enceinte sera vu lors du stage en obstétrique). Outre les stages, les six semaines sur le campus ont comme principales fonctions de préparer l'étudiant à la première partie de l'examen du CMC (Conseil médical du Canada) qui devra être passé en fin d'externat. D'autres cours comme la pharmacothérapie, la collaboration interprofessionnelle et les sciences fondamentales sont aussi présentes dans ce petit cursus sur le campus. L'externat, une fois complété, se conclue avec un examen, puis une demande à la résidence. À ce moment-là, l'étudiant soumet ces choix de spécialisation en ordre de priorité, puis selon le dossier scolaire et le nombre de places administrées par le gouvernement, les étudiants sont redistribués à la résidence.

¹⁰ Les étudiants peuvent décider d'aller explorer une spécialisation particulière pendant ces 20 semaines de stage. De plus, certains d'entre eux doivent se dérouler soit à l'étranger ou en région, tout en ayant l'option de faire un stage en recherche.

¹¹ Les spécialisations explorées pendant les stages obligatoires sont la chirurgie, la médecine interne, la médecine familiale, la pédiatrie, la santé communautaire, les soins palliatifs/l'engagement social, la gériatrie, l'ophtalmologie/l'anesthésie, l'obstétrique-gynécologique, la médecine d'urgence et la psychiatrie. L'ensemble de ces spécialisations a d'abord pour but de former un médecin général, comme la médecine de famille.

Sanction après l'externat

Le passage à la résidence n'est que possible si le grade de doctorant est obtenu lors de l'examen pancandien CMC. Il s'agit de la première partie de l'examen d'aptitude du Conseil médical du Canada pour obtenir la licence nécessaire à la pratique médicale connu par les étudiants sous le nom de LMCC « Licencié of the Medical Council of Canada » qui est en fait la version anglaise de l'EAMC (Examen d'aptitude du Conseil médical du Canada). Ce premier examen se fait à l'ordinateur pendant une durée de 7,5h. Une première partie en début de journée s'étend sur quatre heures et se présente sous forme de questions à choix multiples pour un total de 210 questions. La deuxième partie qui est à compléter en après-midi de la même journée en 3,5h se concentre sur la prise de décisions cliniques. 38 cas avec des questions à menu court et questions à réponses écrites. L'examen est fondé sur un plan directeur qui évalue en deux grandes catégories le rendement des étudiants. Une première catégorie couvre la dimension des soins (promotion de la santé et prévention de la maladie, affections aiguës, affections chroniques, aspects psychosociaux). La deuxième catégorie rassemble les activités du médecin (évaluation et diagnostic, prise en charge, communication, comportements professionnels). Chacune des catégories comprend quatre domaines et chacun des domaines, à l'examen, est assigné une valeur de contenu spécifique. Pour ce qui m'intéresse autour de la communication, c'est un total entre 5% et 15% de la note qui est administré à son évaluation. L'ensemble des domaines est évalué sur un total de 100%. Une fois complété et réussi, l'étudiant est maintenant résident, étant en mesure de pratiquer sous supervision.

Résidence

La résidence est la dernière étape obligatoire de la scolarité avant l'obtention du droit de pratique. En d'autres mots, ce sont les études médicales post-doctorales qui mènent à l'obtention de la pratique médicale en Amérique du Nord. La résidence est administrée selon les choix de l'étudiant en fin d'externat, selon ses aptitudes et intérêts et selon les places disponibles. Selon la spécialité, il peut y avoir un tronc commun à compléter avant de choisir une surspécialisation (médecine interne et chirurgie).

Cette étape du cheminement est fondée en premier lieu sur la pratique de la médecine et des simulations, des formations, de la recherche en plus de quelques cours offerts. Les activités d'enseignement sont diversifiées et différentes au cœur de toutes les spécialités. Encore une fois, tous ont un cheminement différent selon la spécialité. Des cours de mises à jour peuvent être insérés pour faire profiter le résident des connaissances les plus actuelles dans sa spécialité. À partir de nos recherches et des survols en ligne des différents programmes de spécialisation en médecine, la communication prend la plus grande place dans le programme de médecine familiale à l'Université de Montréal. L'affichage de ce rôle CanMEDS fait partie intégrante du programme. Effectivement, en termes de pratique, la spécialisation de médecine familiale offre le plus d'opportunité d'observation, de simulation et de rétroactions pour la communication entre le médecin et le patient.

Sanction lors de la résidence

Ce qui est conforme peu importe la spécialité, c'est que dès la première année de résidence, les étudiants doivent compléter la deuxième partie de l'examen d'aptitude du Conseil médical du Canada. Celle-ci prend la forme d'un ECOS (examen clinique à objectif structuré). Les étudiants sont observés et évalués lors de simulation clinique par station. Quand cette deuxième partie est réussie, le résident devient officiellement un Licencié du Conseil médical du Canada et devient inscrit dans le registre du Conseil. La durée totale des études en résidence dépend de la spécialité octroyée à l'étudiant. Elle varie habituellement entre deux et six ans. Par exemple, le programme de médecine familiale se déroule sur deux années de résidence avec possibilité d'une troisième année pour le développement de compétences avancées. La psychiatrie comme deuxième exemple a une structure développée sur cinq ans de résidence, les deux exemples combinant stages à options, stages obligatoires, cours, ateliers et examens.

Il est important de noter qu'un autre examen s'impose par le CRMCC si l'étudiant a fait le choix d'une spécialité autre que la médecine de famille. Cet examen est accessible une fois par année à la fin des études postdoctorales pour ceux et celles qui souhaitent obtenir la certification nécessaire dans la spécialisation choisie.

Après avoir donné un aperçu du cheminement typique du programme, je vais maintenant expliquer ma collecte de données.

Collecte de données

Dès le projet de recherche déposé auprès du Département de communication de l'Université de Montréal, les étapes de la collecte de données se sont échelonnées sur près de deux ans à temps partiel. Avant toutes choses, l'approbation éthique devait être obtenue, ce pourquoi l'ensemble des formulaires éthiques ont d'abord été déposés au CERAH. Par la suite, le recrutement, les entretiens et la transcription se sont entremêlés chronologiquement selon la disponibilité des participants et les étapes déjà achevées préalables à l'analyse. J'approfondis ci-dessous les phases énumérées.

Approbation éthique

Au début de l'été 2019, ma demande a officiellement été déposée au Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences de l'Université de Montréal pour approbation. Le certificat a été émis à la fin de l'été 2019 me permettant ainsi de commencer le recrutement nécessaire à ma collecte de données. Une telle demande a permis la réflexion éthique de mes questionnements et les enjeux qui devaient être soulevés auprès des participants afin d'obtenir un consentement libre et éclairé. Au sein de ma demande, les principaux enjeux mentionnés sont ceux reliés à l'anonymat et la confidentialité des données ; les risques de stigmatisation ou traumatisme sont minimes, voire nuls. J'ai aussi relevé la possibilité de croiser les données et ainsi « identifier » certains participants, possiblement créer un jugement entre étudiants-enseignants pouvant porter atteinte à la notation/relation.

Recrutement

Mon objectif était de trouver 12 participants qui acceptaient de me rencontrer selon les conditions d'entretien énoncées dans ma demande éthique (temps, enregistrement, confidentialité). La profession de la médecine étant déjà reconnue comme très occupée, il semblait presque irrationnel de leur demander près de 60 minutes de leur temps. Effectivement, ça s'est avéré être un processus plus long et plus difficile que je ne le croyais. Je vous présente ci-

dessous certaines des embûches rencontrées, les étapes accomplies et les remerciements publics de l'aide obtenue.

Les personnes recrutées

Je voulais diversifier mon échantillon de participants en trois grands groupes. Cette composition allait me permettre de rencontrer diverses perspectives à différentes étapes de la professionnalisation. Les catégories sont les suivantes : externe, résident et superviseur clinique. Un total de 12 participants étaient visés à raison de quatre participants par catégorie. Pour une vue plus détaillée des participants, le tableau 2 (p. 77) recense tous les détails concernant les entretiens effectués. Pour pouvoir participer à la recherche, il a été exigé que les participants aient une affiliation avec l'université d'au moins deux ans pour que le parcours scolaire (et le contenu) soit le plus homogène possible à travers les participants.

Affichage

Dès le certificat éthique obtenu, j'ai commencé l'affichage sur les réseaux sociaux Facebook et LinkedIn. Les premières publications ont fait leur apparition sur mes pages personnelles à la fin juillet, puis à la mi-octobre, je devais toujours recruter trois derniers candidats. J'ai republié plus de trois fois mon affiche en m'assurant de contacter individuellement les personnes identifiées dans les réponses afin d'établir un premier contact plus personnel. J'ai dépassé les quatre murs des réseaux sociaux en approchant par courriel les fédérations étudiantes et certains contacts préalablement faits à l'université d'été. Les contacts établis m'ont mené à une courte présentation devant un réseau de recherche de la Faculté de médecine. Outre ces étapes, les participants ont aidé à faire suivre mon affichage dans leur réseau personnel. C'est d'ailleurs ainsi que je suis rentrée en contact avec deux des superviseurs cliniques rencontrés.

Difficultés

Ma difficulté principale a été de recruter les participants considérés superviseurs cliniques et/ou enseignants. Il s'agissait, pour moi, d'une population plus difficile à rejoindre, ce pourquoi l'aide des étudiants a été grandement appréciée. Cela m'a demandé de contacter plusieurs personnes individuellement et à certains moments de relancer des conversations pour lesquelles je n'avais

pas obtenu de suivi. Dans le même ordre d'idées, certaines des personnes intéressées ne répondaient parfois pas à l'ensemble des critères établis, ce qui remettait en question mon choix d'échantillonnage. À ce moment-là, je les remerciais de leur intérêt et faisais appel à leur collaboration pour partager mon affiche à leur réseau étendu, dont les Associations étudiantes.

Une deuxième difficulté a été le moment de la réception du certificat éthique. Bien que l'affichage se soit fait à la fin juillet, le recrutement n'a été possible qu'à partir du mois d'août. À ce moment-là, les étudiants avaient déjà fait le retour progressif à l'école, ce qui complexifiait les moments disponibles pour les rencontrer. Plus spécifiquement ceux qui étaient en stage ou en résidence qui avaient des plages horaires strictes de disponibilité. Heureusement, le tout a pu être planifié relativement à l'avance, me permettant ainsi de faire les ajustements nécessaires à mon propre horaire personnel pour les rencontrer.

Une autre difficulté que j'ai rapidement mentionné au cœur de la section traitant du cheminement était la recension des informations quant au programme. Je considère donc qu'en plus de faire une collecte de données à partir des entretiens, il a été de même pour une recherche documentaire sur le programme de médecine à l'Université de Montréal. Il est sans oublier le jargon scientifique avec lequel parfois certains participants partageaient leur réponse. Cela m'a demandé de les questionner pendant l'entretien ou simplement me faire des notes personnelles et faire des recherches lors de la transcription, notamment en notant dans un journal de bord l'ensemble des acronymes reliés aux noms des organisations et aux examens suivis.

Entretiens

Douze entretiens se sont déroulés à travers la région métropolitaine de Montréal pendant les trimestres d'automne et d'hiver 2019 en m'assurant premièrement d'obtenir leur consentement libre et éclairé par courriel et par écrit. Afin que les données recueillies soient le plus proches possibles de la représentation des faits selon les participants, je suis allée de l'avant avec des grilles d'entretien qui offrent une structure semi-dirigée, ainsi la voix du participant peut se faire plus dominante au cœur des interprétations. Je détaille le processus en présentant les grilles d'entretiens (Annexes 1 et 2) et le profil des catégories de participant. En fin de section, je dépose un tableau récapitulatif de certaines données liées aux entretiens.

Les grilles d'entretien

Il est à noter que les grilles entre les étudiants et les superviseurs sont légèrement différentes afin qu'elles soient ajustées aux réalités de la pratique de chacun et ainsi permettre, s'il y a, une distinction entre la perception de la communication des étudiants et celle des enseignants.

Toutes deux débutent avec une catégorie de questions de présentation afin d'obtenir des données démographiques et déterminer au mieux leur statut dans le parcours en médecine. La première thématique explorée est celle des cours. Du côté des étudiants, il est question de survoler les méthodes d'apprentissage personnelles, les modes d'enseignement et d'apprentissage actuels de la communication, les cours et endroits où la communication a été abordé récemment, et les acteurs importants de leur parcours. Pour ce qui est des enseignants, cette section est davantage pour connaître les outils qu'ils utilisent et leur méthode de suivi concernant le rôle de communicateur. La deuxième catégorie de questions se concentre sur l'aspect plus pratique et empirique de la communication : comment elle est présentée, comment elle diffère de la théorie vue dans les manuels et documents, du CanMEDS par exemple. Une troisième et dernière catégorie de questions pour les deux groupes de participants sert de levier pour établir des suggestions à la faculté à partir des expériences des acteurs interviewés.

Profil des participants

L'objectif de cette méthodologie qualitative est d'« empower individuals to share their stories/ voices » (Creswell et Poth, 2017, p. 45) puisque j'aspire à une compréhension détaillée et complexe d'un phénomène. En me questionnant sur l'apprentissage des futurs médecins à propos de la communication avec les patients, je remets le sujet au centre de mon interrogation, ici, les personnes qui reçoivent ou offrent la formation, soit le futur médecin ou le superviseur.

Les écrits sur la communication entre le médecin et le patient se sont intéressés à la posture des patients, des directeurs de programme de médecine (Gaboury et al., 2018), du formateur et aux étudiants (Goupy et al., 2013) particulièrement dans des contextes particuliers, notamment l'enseignement de la médecine narrative (Goupy et al., 2013). Avec le contexte canadien et le référentiel CanMEDS, je crois pertinent de comprendre et décrire la position des acteurs enseignants, étudiants et superviseurs de stage sur le sujet de l'enseignement de la communication.

Dans un désir de respecter la confidentialité et la vie privée des participants, aucun genre n'a été attribué au profil de chacun et l'utilisation du masculin sera utilisé pour uniformiser la présentation des données. Il est à noter qu'une majorité des externes et résidents étaient des femmes, une représentation minoritaire pour les hommes dans cette catégorie de mon échantillon. C'est pourtant le contraire pour la catégorie des médecins superviseurs où la majorité était des hommes et la minorité, des femmes. Pour un aperçu général des participants, j'ai composé un tableau récapitulatif (Tableau 2, p. 77) par catégorie. J'y recense les données des participants comme leur profil et leur statut d'étudiant, puis quelques données concernant les entrevues tenues. J'ai omis une description plus spécifique pour éviter de pouvoir identifier les participants parmi la petite communauté que compose les étudiants et enseignants en médecine.

Externes

Sur les quatre participants rencontrés, un seul empruntait ma définition de parcours non-typique avec un baccalauréat dans un autre domaine non rattaché à la médecine. Deux des plus jeunes participants faisaient partie de la première cohorte des étudiants à vivre l'ensemble de leur parcours avec le système de notation réussite ou échec. À plusieurs reprises, la socialisation primaire¹² est une pièce justificative de leur choix de programme. Une personne du groupe a mentionné en fin d'entretien que si le parcours était à refaire, elle choisirait plutôt de compléter ses études en sciences infirmières pour se rapprocher du patient. Toutes des femmes.

Résidents

Dans la cohorte des participants résidents, je qualifie deux d'entre eux dans ma définition de parcours non-typique. Une personne a d'abord complété un baccalauréat dans une discipline des sciences sociales, puis l'autre personne était dans le domaine de la santé, mais avec une lunette plus axée sur l'aspect de la recherche. La personne provenant des sciences sociales a par la suite complété l'année préparatoire et les études précliniques à l'Université de Montréal, puis la personne en santé avait fait ces deux étapes du programme à une École de médecine d'une autre

¹² La socialisation primaire est composée de tous les facteurs sociaux de l'environnement d'un être, et ce, dès sa naissance. Elle est déterminante dans le développement de la personne par la création de repères sociaux et la transmission de règles sociales (Riutort, 2013). La phase primaire est souvent illustrée par la famille, puis la phase secondaire par l'école, les institutions religieuses, politiques, sportives, etc.

université pour ensuite faire la résidence affiliée à l'Université de Montréal. Les deux autres profils voient le parcours et l'ensemble du programme en médecine sans réelle critique. De manière importante, je conçois qu'un participant de ce groupe est à la limite une donnée aberrante étant donné son expérience unique avec le sujet de la communication médecin-patient.

Médecins superviseurs

Parmi les personnes rencontrées, trois des quatre participants sont des hommes, la seule participante femme est celle qui provient d'un autre domaine que celui de la médecine. Son expérience est toutefois reconnue pour la supervision et l'accompagnement des étudiants, ce pourquoi j'utiliserai aussi le terme médecin superviseur pour la présenter. En tout, trois des participants se spécialisent en médecine familiale, un seul provient d'une autre spécialisation. Je remarque de ces profils que la socialisation primaire, donc l'apport de la famille dans le choix de pratiquer la médecine, et le cheminement typique ressortent encore souvent des profils des participants. De manière générale, la moyenne d'âge et d'expériences variés permettant une comparaison de leur propre parcours avec celui des générations actuelles.

Maintenant que l'échantillon des participants a été survolé rapidement pour en assurer leur confidentialité, je fais le pont vers la prochaine et dernière étape de la méthodologie utilisée. Je présente donc ci-dessous chacune des étapes du processus avec lequel j'ai accompli l'analyse des propos des participants. J'exprime, entre autres, le mouvement d'aller-retour entre les données à travers les phases d'une analyse thématique.

Analyse des données

Avant toute chose, il est important de souligner que dans un travail du cours de méthodologie pour la préparation à la recherche, je me suis entretenue avec un étudiant. Cette entrevue, bien que ne faisant pas partie de mon corpus d'entretiens et ne reposant pas sur la même question de recherche, m'a permis de mettre le doigt sur des concepts qui se sont tout aussi bien présentés dans le corpus final. Le voyage entre les données a donc été facilité par cette analyse antérieure.

	EXTERNES				RÉSIDENTS				Médecins superviseurs				
	Claude	Billy	Val	Maxime	Alex	Dom	Ely	Sam	Lou	Jo	Charlie	Fred	
Statut étudiant actuel au moment de l'entretien	Externe 2	Externe 2	Externe 2	Externe 1	Dernière année de résidence (R-5)	Début de la résidence complémentaire	Retour à la résidence après congé parental	Résidence R-2					
Spécialisation (Les externes n'ont pas encore choisi, donc présentation de leur choix en ordre de préférence)	Médecine interne, psychiatrie ou médecine familiale.	Médecine familiale ou anesthésiste	N/A	Pédiatrie	Psychiatrie	Médecine familiale avec R2B (obstétrique/périnatalité)	Médecine familiale avec potentiel R2B (obstétrique/périnatalité)	Médecine familiale	Psychothérapie (Non MD)	Médecine familiale	Médecine familiale	Chirurgie	
Entretiens													Total
Durée	1h12	57min	52min	1h06	1h34	57min	1h47	53min	1h15	57min	1h13	47min	13h30
Nombre de pages (Times, Simple interligne, police 12)	20	22	15	28	37	17	30	19	25	23	30	22	288

Tableau 2. – Présentation des participants et survol des entretiens

Présentation des processus

Pour l'analyse des données, la transcription a été une étape primordiale. Autrement dit, elle lançait le bal au processus itératif qu'a été mon analyse de données. Un tel processus fait voyager le chercheur entre ses données, sa revue de la littérature, ses intérêts personnels et différentes théories. C'est tout le contraire d'une analyse répétitive et mécanique condamnée par Tracy (2013). En voyageant librement dans l'ensemble de ce matériel, j'ai eu la possibilité de raffiner ma question et l'objet de ma recherche tout en liant les points entre mes réflexions émergentes. Je tente alors de structurer mon processus itératif pour relever les étapes importantes de mon analyse de données à l'aide des propositions de Tracy (2013).

Inspirée de la théorie ancrée (Tracy, 2013), j'ai effectué une analyse thématique des transcriptions des entretiens. Le chercheur s'engage à une analyse rigoureuse de l'entretien en créant des regroupements thématiques pour ainsi peindre un portrait plus large de la situation (Tracy, 2013). C'est ainsi que j'ai relevé les motifs et les enjeux liés au développement des compétences communicationnelles au cœur de l'identité professionnelle des futurs médecins. Pour ce faire, la lecture et le codage des entretiens ont été les étapes qui ont suivi la transcription. Dans un souci de sincérité pour la validité et la qualité de ma recherche (Tracy, 2010), je décrirai en détails les étapes de mon analyse, les défis méthodologiques rencontrés et la cohérence de mes choix avec une approche interprétative telle que vue par Tracy (2013).

Étapes du processus itératif

Transcription

Pour soutenir le processus itératif décrit plus tôt, la transcription de mes entretiens ont été accompagnée de « in-transcription notes ». Tout au long de la transcription, je notais mes réflexions. Cette pratique m'assurait d'approfondir pendant ma lecture la direction d'une idée qui pourrait être pertinente à l'analyse des données et à ma question de recherche. Des douze entretiens, huit ont été transcrits moi-même, puis quatre ont été donné à contrat dans une firme spécialisée de transcription afin d'alléger la charge de travail. J'ai pu ensuite passer à la lecture et l'annotation de ces mêmes entretiens.

L'utilisation de la transcription me permet de voir l'activité humaine non comme un matériel tangible mesurable, mais plutôt comme un texte qui peut être lu, interprété, déconstruit et analysé (Tracy, 2013). De ce fait, la transcription a été la première étape de mon analyse, car elle m'a permis une connaissance profonde des données et une idée des thématiques possibles.

Lectures des transcriptions

Comme les entretiens transcrits regroupent un total de plus de 288 pages, il me semblait plus logique de garder la lecture à l'ordinateur. Cela a facilité la prise de notes, la liaison entre les liens, le repérage des notes et surlignages au cours du processus itératif. Par la suite, les transcriptions ont été lues et relues plusieurs fois afin d'affiner ma familiarité avec le contenu. À ce moment-là, j'avais déjà fait le tremplin vers le logiciel Atlas.ti qui a pour fonction première l'analyse de données qualitatives.

Des premières lectures, s'en sont suivis notes et mémos pour noter ma réflexion personnelle et documenter mon processus de thématisation. Sans contribuer à la constitution d'un arbre thématique, ça m'a mené à analyser les transcriptions, relever les thèmes et créer une suite de codes traduisant les propos en regroupement, et ce fait, réduire les données à analyser.

Codages

À l'image de Paillé et Mucchielli (2016), mon processus d'analyse se range sous une démarche de thématisation en continue. La lecture continue des entretiens avec un système de codages hiérarchique a pour effet un entonnoir où il y a regroupement et création des catégories mutuellement exclusives. Je n'ai toutefois pas utilisé une seule méthode de création de code. Je trouvais pertinent de laisser placer à la fois à des codes in-vivo et d'autres informés par la question de ma recherche. Les propos in-vivo n'étaient pas prévus, mais lorsque j'ai remarqué que des passages de différents participants utilisaient les mêmes expressions, j'y ai vu un intérêt particulier. À ces moments-là, l'expérience n'était plus unique, mais collective, ce qui donnait du poids à ma recherche.

Dans mon expérience, le processus de codage est le résultat de la somme des étapes de transcription, lecture et codage. C'est seulement après avoir lu tous les entretiens et ayant codé

tous les entretiens que l'analyse des données pouvaient être dite comme complétée. Encore une fois, comme Paillé et Mucchielli (2016), je n'ai pas pu me défaire de la linéarité du début de processus. Autrement dit, les étapes se sont succédées de manière à mettre la table pour un processus d'analyse inductif. La création de codes, la fusion de codes, la suppression de codes – le tout dans une vague de va-et-vient d'essais-erreurs. Ceci s'est fait à travers de grandes étapes successives : la lecture, l'annotation et le codage. Ces étapes étaient nécessaires pour faire ressortir les thèmes récurrents : « Inductive analysis means that the patterns, themes, and categories of analysis come from the data; they emerge out of the data rather than being imposed on them prior to data collection and analysis » (Patton, 1980, p. 306).

Les propos de Patton (1980) illustrent ma propre expérience avec le processus de codage. L'étape du codage avait commencé avec le surlignement de propos en lien avec l'objet de la recherche. Par la suite, un code servant de libellé pour identifier les types d'étudiants (externes, résidents) a été mis en place. C'est à ce moment que je me suis aperçue que plusieurs propos étaient liés à des moments que je n'avais pas ciblés de prime à bord comme libellé, dont le processus d'admission par exemple. Dans un désir de réduire le nombre de codes, j'ai dû me demander comment certains pouvaient être regroupés et fusionnés de manière à composer des catégories. De là, il s'agissait de se demander comment les similarités des catégories s'agencent pour faire ressortir les grands thèmes. Ainsi, cette méthode d'analyse m'a permis de ressortir 3 grands thèmes, 8 catégories et 16 codes que j'approfondis dans le chapitre suivant.

Chapitre 6 – Présentation des résultats

Toujours en gardant en tête ma question de départ « Comment les futurs médecins intègrent-ils le rôle de communicateur à la formation de leur identité professionnelle? » les objectifs spécifiques de ma recherche étaient de brosser un portrait général sur le processus d'intégration du rôle de communicateur chez les futurs médecins. Je rappelle les trois grands objectifs présentés lors de la problématique, soit :

- Cerner les pratiques actuelles quant à la professionnalisation du rôle de communicateur.
- Identifier les pratiques pédagogiques vécues et perçues dans la formation de l'identité professionnelle des futurs médecins.
- Identifier les enjeux potentiels à la formation d'une identité professionnelle comprenant le rôle de communicateur.

Bercée par l'atteinte de ces objectifs, je suis inductivement le même raisonnement dans la présentation de mes résultats. Pour comprendre l'intégration d'un rôle comme celui de communicateur, il était d'abord question de cerner l'état actuel des pratiques pédagogiques, ce qui sera exploré sous le premier thème intitulé Professionnalisation institutionnelle.

Qu'en est-il de l'opinion des participants sur ce type de pratique, sont-elles vraiment en place ? Je voulais alors connaître où les participants attribuaient de la valeur dans leur parcours de professionnalisation. J'ai approché la réponse à cette question sous l'angle des « Réalités » du contexte pédagogique de la PIF qui agit comme deuxième grand thème de ma recherche. En me concentrant sur ce thème, j'obtiens une piste intéressante pour connaître où les efforts de l'université devraient / ou ne devraient pas être concentrés pour développer le rôle de communicateur selon les personnes rencontrées.

C'est toujours plus facile à dire qu'à faire, c'est notamment ce qui est ressorti des entretiens avec les participants. Qu'est-ce qui rend ce type de rôle difficile à intégrer à l'identité professionnelle? J'explore dans Thème 3 : Obstacles à la formation de l'identité professionnelle du rôle de

communicateur. Le tableau 3 regroupe les trois grands thèmes, les 8 catégories et les 16 codes qui ont émergé de mon analyse thématique et qui ouvrent la conversation sur ma question de recherche et, surtout, offre des piliers intéressants pour explorer l'état des lieux.

Thème 1 : Professionnalisation institutionnelle						
Catégories	Standardiser le processus de sélection		Fonder la place de l'enseignement de la communication dans la structure du programme		Contextualiser pour mieux évaluer	
Codes	Évaluer le dossier personnel	Évaluer le dossier scolaire	Schématiser l'identité professionnelle	Apprendre par simulation	Favoriser les situations spécifiques de communication	Organiser l'évaluation pour juger la démarche scientifique
Thème 2 : « Réalités » du contexte pédagogique de la PIF						
Catégories	Apprendre avec les réalités du terrain		Promouvoir le rôle d'expert médical		Influence de la relation pédagogique	
Codes	Apprendre par la logique de l'action	Proximité à la vraie vie	Evaluation drives curriculum	Sentir la pression à l'exercice du rôle d'expert médical	Être patron-dépendant	Modéliser le rôle de médecin
Thème 3 : Obstacles à la formation de l'identité professionnelle du rôle de communicateur						
Catégories	Être contraint par l'environnement médical		Être bon pédagogue-communicateur			
Codes	Catégoriser la communication selon le champ de spécialisation	Être dépourvu de temps	Être chanceux	Être une perle rare		

Tableau 3. – Résumé des résultats : Thèmes, catégories et codes

Thème 1 : Professionnalisation institutionnelle

L'École de médecine de l'Université de Montréal offre un programme professionnalisant, faisant des étudiants en médecine des professionnels de la santé. Il s'agit de développer leur identité professionnelle, y compris le rôle de communicateur. C'est pourquoi, au cœur de mon premier thème, la professionnalisation institutionnelle, j'ai souhaité interroger les efforts mis de l'avant par l'École de médecine de l'Université de Montréal pour le déploiement du rôle de communicateur dans la formation de l'identité professionnelle des étudiants en médecine. Trois catégories sont

associées à ce thème, (a) standardiser le processus de sélection, (b) fonder la place de l'enseignement de la communication dans la structure du programme et (c) contextualiser pour mieux évaluer. Elles seront décrites et expliquées dans les sous-sections qui suivent.

Cependant, avant de m'avancer davantage dans cette démarche, il faut ancrer ma discussion du premier thème dans une définition de l'institution de la médecine dont l'importance a émergé lors du processus d'analyse de mes données et lequel s'est fait à la lumière de mon cadre conceptuel. Plus précisément, j'utilise le terme de « professionnalisation » pour marquer en un premier temps le caractère *dynamique* de la formation identitaire du rôle communicateur. En un deuxième temps, je la qualifie d'institutionnelle pour marquer, à l'image de Lammers et Barbour (2006), six éléments de la communication propre aux institutions : les comportements, les croyances, les acteurs, les connaissances formelles et les pratiques établies. À cet égard, je trouve utile leur définition inspirée de la sociologie et articulée pour la communication organisationnelle. À leurs yeux, une institution est vue comme « une constellation de pratiques établies guidée par des croyances durables, rationnelles et formalisées qui transcendent les organisations et situations particulières » [traduction libre] (Lammers et Barbour, 2006, p. 364). Ainsi, cette notion de l'institution de la médecine s'insère de manière à représenter le caractère *durable* de la profession.

L'institution, comme le décrit Lammers et Barbour (2006), a d'abord en vue un but rationnel (ici, former les médecins de demain) qui, lui, s'accompagne de communications formelles (par exemple, le CanMEDS). Celles-ci représentent les croyances véhiculées par les acteurs (organisations et professionnels) incarnant l'institution. Ces croyances sont donc observables dans les comportements quotidiens (la performance de l'identité professionnelle). La relation entre tous ces éléments—le but rationnel, les communications, les croyances et les comportements—fait perdurer une vision de la profession à l'intérieur de l'institution. Bref, le respect de chaque norme, règle et rôle qu'on attend de la part du professionnel est en fait une négociation constante entre tous ces éléments énumérés.

En ce sens, la structure du programme de professionnalisation imposée par l'École de médecine peut être vue comme idéale dans l'atteinte du but rationnel de l'institution qui est de former les médecins de demain à leurs rôles professionnels. Idéale, au sens où l'identité professionnelle

reflète en partie la conceptualisation que font les acteurs et les communications formelles du Collège Royal médecins et des chirurgiens du Canada (CRMCC) du rôle de médecin, dont le rôle transversal de communicateur. Cette conceptualisation idéale du rôle s’ancre dans différentes instances (CanMEDS et CAAHC) que je présenterai en profondeur lorsque je discuterai des trois catégories liées à cette thématique de la professionnalisation institutionnelle. Pour l’instant, il suffit de dire que la structure du programme de professionnalisation se fonde sur (1) un cheminement et (2) un contexte d’apprentissage. Tous deux sont nécessaires et influencent les attitudes et les valeurs des apprenants dans la formation de l’identité professionnelle rattachée au rôle de communicateur. La présentation des résultats commence par le point de départ de ce processus dynamique encadré par l’institution de la médecine, à savoir le processus de sélection.

Standardiser le processus de sélection

Le premier critère institutionnel révélé par les participants quant à la formation du rôle de communicateur se glisse dans les toutes premières étapes, voire les pré-étapes de la professionnalisation, soit le processus d’admission au programme de médecine. En effet, le processus de sélection est reconnu pour sa grande rigueur.

La sélection des étudiants admis repose sur des critères particuliers : premièrement une sélection basée sur le dossier personnel (traits de personnalité et entretiens), deuxièmement une sélection basée sur le dossier scolaire (notes). Il est donc logique de souligner l’importance associée par les participants à une étape préalable au parcours d’études en médecine, ce que nous avons nommé le pré-parcours puisque même ce qui se déroule préalablement à la professionnalisation à l’école a un impact sur l’identité professionnelle développée (R. L. Cruess et al., 2015, p. 718). Le pré-parcours comme étape de la professionnalisation institutionnelle devient donc un filtre afin de déterminer quels sont les étudiants qui ont le plus de chance au succès. En soi, le processus de sélection dégagé dans l’analyse des entretiens définit la probabilité de l’étudiant à adhérer aux valeurs et aux attitudes de la profession.

Évaluer le dossier personnel

Une personnalité à toute épreuve

Aux premiers abords, les acteurs de l'École de médecine de l'Université de Montréal ont tendance à expliquer une facilité à naviguer le parcours en médecine et donc de l'incorporation de l'identité professionnelle par des traits de personnalité à la fois propres et communs aux candidats retenus. En évaluant ainsi les dossiers, le processus de sélection fait toutefois perdurer la croyance que ces traits sont nécessaires au succès du parcours :

C'est des gens qui habituellement sont hyper responsables. C'est des gens qui sont souvent un peu TOC (trouble obsessionnel compulsif), donc qui sont extrêmement organisés, tout ça. Il y a à la fois le phénomène de c'est les gens hyper responsables, un peu obsessifs qui vont en médecine, mais je pense que c'est aussi parce que c'est ceux qui restent, c'est ceux qui réussissent. Parce que le cursus est quand même assez exigeant. Donc ça prend cette personnalité-là. C'est en majeure partie des gens comme ça qui sont ici. (Lou, médecin superviseur, 10.42)

Le portrait fait par le participant superviseur Lou reflète des propos aussi partagés par d'autres participants. La caractéristique de la personne obsessionnelle est aussi abordée à quelques reprises avec le participant résident Alex qui considère qu'ils sont « tous un peu choisis comme ça là en médecine. On est tous des grands obsessionnels. Il faut tout faire bien d'une certaine façon » (Alex, 4.53). Quand je l'ai interrogé sur l'explication du qualificatif obsessionnel, il ajoutait la qualité de la rétention des savoirs : « bien, les gens, mettons très studieux qui sont capables d'apprendre des choses par cœur, qui sont capables de recracher tout aussi dans le bon sens, dans le bon ordre et tout ça » (Alex, 4.54). Indirectement, le dossier personnel des candidats est monitoré de façon à ce que le processus de sélection institutionnel favorise avant tout la réussite du rôle central d'expert médical attendu par le CRMCC.

Les étudiants sont alors sélectionnés par le comité de sélection à l'École de médecine à partir du profil idéal pensé par l'institution de la médecine. Ce profil est considéré comme essentiel pour permettre aux étudiants d'avoir les outils, les connaissances et la personnalité pour suivre la structure de programme établie. Un participant ajoute brièvement le critère de la communication comme un trait évalué dans le processus d'admission : « puis je pense que [sans] la communication de base, on ne serait pas rentré, point » (Maxime, étudiant externe, 14.110). Il

est toutefois davantage attribué à une performance en contexte de simulation comme nous l'explorerons dans la discussion ci-dessous.

MEM les entretiens sont un élément de standardisation. Les candidats au programme passent un entretien avant d'être admis. Appelées les mini-entrevues multiples francophones intégrées (MEMFI) ou MEM en abrégé, ces entretiens ont pour but l'observation de la performance des étudiants dans de courtes situations d'échange simulées et pendant lesquelles la compétence de la communication est évaluée selon différents critères (observation, précision, cohérence, sensibilité) (Faculté de médecine, 2021). Les mini-entrevues ne font aucunement référence à des contextes médicales et se déroulent avec des acteurs qui jouent différents rôles (Comité central de gestion des MEMFI, 2019). Cela dit, les compétences communicationnelles sont plus ou moins évaluées dans la sélection des candidats, ou du moins leur pondération a peu d'effet sur les chances d'admission contrairement à la qualité du dossier scolaire.

Pour le corps professoral, les entrevues peuvent être un filtre important que je rattache à ces propos partagés par l'un des superviseurs : « L'idéal, c'est d'être capable d'avoir des gens qui sont capables de bien communiquer a priori, donc avant nous » (Charlie, médecin superviseur, 8.9). Aux dires de ce superviseur, idéalement les candidats sélectionnés maîtrisent déjà la communication. Dans la même veine, un participant résident mentionne que le processus de sélection fait une légère place à la communication dans la tenure des MEM :

Nos entrevues justement sont des entrevues en MEM donc ils mettent en station, et je pense qu'ils examinent comment tu communique, ton empathie, ta capacité à prendre des décisions. Donc je pense qu'il y a peut-être un processus de sélection de base qui est peut-être basé un petit peu sur la communication. (Dom, étudiant résident, 3.68)

Pour les étudiants, externes et résidents, les mini-entrevues multiples ont été souvent présentées comme un type d'examen d'entrée à deux volets. Le premier volet, le même que mentionné par le corps professoral, cible la maîtrise ou non des compétences communicationnelles. L'habileté de communiquer avec autrui est dès lors évaluée selon les standards de la profession. Un étudiant

tient toutefois à mentionner le critère désuet de ce type d'entretien pour l'évaluation de la communication :

Il y en a qui sont vraiment plus doués [...] parce que veut, veut pas, en médecine, les gens sont choisis beaucoup sur les notes et après ça sur les entrevues standardisées qui sont les mêmes depuis quinze ans. Donc, moindrement que tu connais des gens qui ont fait ces entrevues-là, tu te peux préparer. Tu sais exactement à quoi t'attendre. C'est pas tellement dur. (Alex, étudiant résident, 4.138)

Le deuxième volet, quant à lui, cible la désignation des personnalités troubles. Un étudiant participant nous révèle qu'« après avoir parlé avec le médecin qui crée des mises en situation, il [lui] a dit que c'était assez sommaire, c'était juste pour éliminer les gros troubles de personnalité » (Claude, étudiant externe, 11.40).

À partir des propos des participants, deux critères se séparent la pondération relative à l'admission, et ce, faisant en sorte que l'évaluation du dossier personnel se faufile dans l'ensemble de ces critères pondérés. Les premiers 50% sont associés à la réussite des performances MEM, puis les 50 autres pourcents sont administrés à la qualité du dossier scolaire.

Évaluer le dossier scolaire

Comme mentionné ci-haut, il y a d'abord une sélection basée sur le dossier personnel (traits de personnalité), la performance en simulation et il y a ensuite une sélection basée sur l'excellence du dossier scolaire (notes obtenues au cours des études passées). Le dossier scolaire compte pour beaucoup et son évaluation est largement standardisée pour simplifier le processus de sélection. La standardisation reflète, à nouveau, le caractère durable de la profession car elle revient aux standards établis (même si l'on reconnaît que chaque évaluation du dossier constitue une négociation de ces dits standards). Cependant, la standardisation du processus de sélection, bien que facilitant l'assimilation du rôle d'expert, se fait au détriment de l'admission d'autres candidats potentiels ayant un profil plutôt atypique. Par conséquent, il a été l'objet de bien des échanges avec les participants, étudiants et superviseurs compris, notamment à travers le sujet de la Cote R.

Cote R, dis-moi qui excelle le plus

Le premier élément du dossier scolaire à être standardisé est la Cote R, aussi nommée la CRC (Cote de rendement au collégial). Cette cote est utilisée au Québec comme méthode de classement des dossiers collégiaux, elle est partie prenante lors des demandes d'admission aux universités dans les programmes contingentés. Elle varie habituellement entre 15 et 35 tout en prenant en compte trois éléments (la note de l'étudiant, son écart à la moyenne, ou l'écart type, et l'indice de force du groupe (IFG)). Pour dessiner un meilleur portrait, les collégiens et universitaires faisant une demande au programme de médecine qui sont en dessous de la cote 33 ne sont pas considérés dans le processus d'admission. Au total, la pondération de la CRC correspond à 60% du dossier d'admission. Les superviseurs sont conscients de l'importance accordée à la cote dans le processus d'admission :

Je veux dire, peut-être qu'ils ont une Cote R de 37, mais je veux dire clairement, ils ne sont pas dans le monde. Je pense que ça, c'est un problème. Mais je ne sais pas, puis je dis ça sous toutes réserves, je ne suis pas mieux. Je ne suis pas mieux que les gens du comité d'admission, mais je pense que la Cote R, c'est un substitut pour quelque chose, au moins ils savent que les gens vont pouvoir passer à travers les études. (Fred, médecin superviseur, 12.83)

Fred illustre ceci en disant que les étudiants qui « ne sont pas de ce monde », ils sont complètement absorbés par les livres et l'atteinte d'une performance inégalée, ce qui les retient de vivre à l'extérieur des manuels, les déconnectant ainsi de leur monde environnant et d'autres expériences de vie qui pourraient être tout autant formatrices. La cote R est un sujet de discussion récurrent parmi l'ensemble des participants, mais plus présente chez les superviseurs. Ceux-ci voient la Cote R comme un facilitateur au processus de sélection. En d'autres termes, la Cote R (mais aussi tout le processus de sélection) peut représenter la personnalité d'hyperfocalisation et d'ambition nécessaire pour réussir dans le programme de sciences naturelles du Cégep dont sont issus de nombreux étudiants en médecine. Cependant, selon un autre superviseur, il faut « essayer d'abolir cette fichue cote R comme étant le critère majeur. J'aimerais ça avoir du monde équilibré un peu, du monde qui a fait d'autres choses dans la vie que d'étudier des livres » (Charlie, médecin superviseur, 8.89). Dans le même sens, une dépendance excessive à l'égard de la Cote R des candidats issus du programme « sciences nat » peut constituer un frein à l'admission

d'un autre type de candidat pour qui la cote R est peut-être moins élevée, mais pour qui les expériences de vie soient pertinentes à la gestion de l'incertitude, puis à l'établissement d'une relation thérapeutique (ouverture d'esprit, curiosité, transposer à des faits réels). Tous n'ont pas cette même capacité comme le relève Lou :

Ils arrivent avec des degrés [de capacité empathique / à établir une relation thérapeutique] différents. Parce qu'il y en a qui ont eu des formations avant, il y en a qui sont un petit peu plus vieux, il y en a qui ont eu des expériences de vie, il y en a qui l'ont tout court, puis ils arrivent et tout de suite ils ont cette capacité-là à la fois de faire l'analyse qu'on leur demande, mais en même temps d'être en relation puis de construire une relation avec le patient. Et ça, ils n'y arrivent pas tous égaux. (Lou, médecin superviseur, 10.51)

Un autre médecin superviseur mentionne aussi le caractère inégal de la maîtrise des compétences communicationnelles : « Tu sais, les connaissances théoriques, je pense que tout le monde progresse au même niveau, tandis que ça [la communication], il y a comme des inégalités entre les étudiants » (Jo, médecin superviseur, 9.73). L'inégalité des candidats admis, soulignée majoritairement par les superviseurs, est entre autres, un effet de la standardisation du processus d'admission. Autrement dit, « le système, il pervertit l'affaire parce que si tu veux rentrer en médecine, il faut que tu étudies comme un fou [...] C'est dire que tu ne fais pas grand-chose d'autre dans la vie » (Charlie, médecin superviseur, 8.94).

Bref, l'étudiant déposant une candidature en médecine est évalué en fonction des attentes et les processus de sélection établis par le programme et autres instances facultaires qui sont à leur tour influencés par les normes institutionnelles de la médecine. Cela favorise la sélection d'un certain type de candidat et parfois au détriment d'une évaluation exhaustive des compétences communicationnelles dans les termes explicités et définis par Boudreau et al. (2018) : la communication passe avant tout par une écoute attentive et des stratégies permettant la traduction de l'histoire du patient en texte médical cohérent. Sur cette lancée, la deuxième catégorie de notre thème de la professionnalisation institutionnelle est née des échanges avec les participants. Ils partageaient dans les entretiens ce qu'ils percevaient comme les fondements de la formation de l'identité professionnelle de rôle de communicateur aux yeux de la profession.

Fonder la place de l'enseignement de la communication dans la structure du programme

La deuxième catégorie du premier thème reflète ce que les participants perçoivent comme la fondation de la communication dans le programme. Il s'agit donc de la structure qui, selon les négociations entre l'ensemble des instances institutionnelles dans un effort de professionnalisation, encadre le plus le développement de la communication. J'aborde cette structure comme le résultat de leurs *big bets* : les investissements centraux des ressources monétaires, matérielles et humaines.

Au fil de l'analyse des transcriptions des entretiens, j'ai mis le doigt sur ce qui a été relevé comme appartenant à la structure du programme. Ce sont les méthodes et outils d'apprentissage sur lesquels l'École et autres instances concentrent les efforts de la professionnalisation. Je les organise en deux temps, tout d'abord sous la présentation de l'identité professionnelle en un schéma, ensuite sous la méthode d'apprentissage par simulation.

On verra donc ici la manifestation de l'idéal du rôle de communicateur au sens institutionnel parce que comme je le ferai ressortir, l'idéal institutionnel n'est pas nécessairement en concordance avec l'idéal étudiant. De ce fait, la pertinence de cette catégorie est née d'un contraste remarqué par les participants étudiants entre les efforts concentrés de l'École de médecine et ce qu'ils nous partagent comme réellement essentiel dans leurs propres parcours d'apprentissage de la communication. J'explorerai d'ailleurs ce deuxième point en détail lors de la présentation de ma deuxième thématique intitulé « Les réalités du contexte pédagogique de la PIF ».

Schématiser l'identité professionnelle

Un premier fondement de l'enseignement de la communication dans la structure du programme repose sur le schéma conceptuel CanMEDS. Bien que le schéma soit désormais une communication institutionnelle, il provient d'abord et avant tout du grand public. Fait intéressant, à sa conception, le CanMEDS était d'abord l'effort d'une Faculté ontarienne de médecine (CRMCC, 2022) à recenser ce que la population attendait de leur médecin, et cela a donné naissance à un premier cadre conceptuel en 1996, puis des mises à jour en 2005, 2015 et 2017 qui forment celui présenté et étudié à ce jour dans le cadre de cette recherche.

Actuellement, le CanMEDS est une représentation schématique, une communication formelle de l'institution de médecine, pour mettre sur papier les attentes en matière d'identité professionnelle. Il est aussi la projection de ce qui a été développé dans le cadre du statut de professionnel comme expliqué par Freidson (1970). Deux points propres à sa définition de la profession se glisse dans la schématisation de l'identité professionnelle du CRMCC. D'abord, le statut de professionnel en tant qu'expert de son domaine qui se fait reconnaître pour ses savoirs scientifiques, et ensuite une autonomie et des valeurs professionnelles défendues par l'organisation. Le pistil du schéma CanMEDS représente donc à la fois l'importance centrale des connaissances scientifiques par le rôle d'expert médical ainsi que tous les pétales faisant foi des valeurs professionnelles défendues par le CRMCC.

Cependant, le schéma se heurte à une formalité, qui fait rire les utilisateurs ciblés. La manière dont le CanMEDS est présenté est critiquée par les participants, soit par son manque d'application dans le quotidien et son image utopique du rôle du médecin :

Oui, malheureusement. Je pense que ça apparaît dans des cours où on nous dit juste qu'être un médecin c'est bla bla bla, mais ce n'est tellement pas ancré dans la réalité que c'est facile de niaiser un peu, mais dans le fond c'est vraiment bien, et c'est utile. Je pense que c'est juste la façon dont s'est présenté qui est sous optimale. (Claude, étudiant externe, 11.96)

La présentation sous-optimale fait aussi référence à l'opérationnalisation absente. Un étudiant y fait référence en me confiant que « oui, (Le référentiel CanMEDS) c'est lancé de même, puis c'est comme au primaire quand tu avais une étoile. « Ouh ! J'ai une étoile ». Ce n'est pas valorisé » (Billy, étudiant externe, 6.83). Sa transposition à l'autocollant de l'étoile fait ressortir le caractère accessoire, voire secondaire du référentiel dans les yeux des participants étudiants. Un autre étudiant va jusqu'à préciser que cette attitude est expliquée par le fait que

Les patrons (les superviseurs en cliniques) ne les (rôles CanMEDS) maîtrisent pas, fait que même on ne les maîtrise pas vraiment ou des fois quand quelque chose vraiment évident et que ça pop, on peut faire une blague là-dessus, mais c'est rare que c'est vraiment utilisé sérieusement. (Alex, étudiant résident, 4.123)

Pourtant, pour l'École de médecine de l'Université de Montréal, cet outil conceptuel se veut être omniprésent dans l'ensemble des cours, du cursus et des efforts de professionnalisation. Les

attentes et valeurs inhérentes à l'identité professionnelle sont conceptualisées sous forme des rôles CanMEDS, et l'École fonde une partie de son enseignement de la communication sur cet outil également. Il en n'empêche pas moins que les superviseurs se positionnent quant à son utilisation :

Moi, je suis pour ça (l'utilisation du CanMEDS). C'est juste, c'est un modèle conceptuel. Ils ont choisi ce modèle-là, puis ça aurait pu être un autre un modèle, c'est correct. C'est juste de proposer un modèle, puis de dire c'est ça les rôles importants du docteur. Ça renforçait toutes les idées. Et, c'est important, parce que ça renforçait l'idée que ce n'est pas juste l'expertise (scientifique en médecine). Tu ne peux pas être juste très très bon dans quelque chose. (Fred, médecin superviseur, 12.75)

En signifiant les rôles (expert médical, communicateur, promoteur de la santé, érudit, professionnel et leader), cela fait référence aux attitudes attendues lors de la formation de l'identité professionnelle. Effectivement, le CanMEDS, comme expliqué dans le chapitre du cadre théorique, illustre l'ensemble des compétences évaluées et donc attendues des étudiants pour devenir un professionnel. Le fait que le CanMEDS soit partagé et promu par le CRMCC en dit grand sur le désir d'uniformisation des savoirs pour que les attentes soient les mêmes pour tous. Le modèle actuel regroupe tout dans un seul et même modèle utilisé pour l'enseignement et par les enseignants. J'étais surprise malgré les efforts entourant la promotion du référentiel CanMEDS, que les étudiants – externes et résidents compris – se remémorent difficilement tous les rôles illustrés sous forme de pétale : « Bien, (le CanMEDS) est un bel idéal. C'est un bel idéal. Je ne connais pas tous les pétales par cœur » (Billy, étudiant externe, 6.37) ou encore « On peut être un leader, un communicateur, un expert médical et d'autres affaires, en tout cas, quatre autres dont je ne me souviens pas » (Alex, étudiant résident, 4.21).

Dans ces circonstances, je ne peux qu'imaginer à quel point le rôle de communicateur finit par se fondre parmi les autres compétences transversales. L'un des étudiants-résidents qui ne pouvaient énumérer tous les rôles précédemment en vient à souligner que les acteurs de l'école

[les] introduisent à ça [les rôles CanMEDS], mais rapidement, c'est un peu ironique parce que personne lui tente de s'occuper de ça. Comme dans la vie de tous les jours, à part les gens qui sont au Collège Royal, tout le monde s'en fout. Pas s'en fout...mais oui, c'est comme un fardeau. (Alex, étudiant résident, 4.63)

Les efforts à l'utilisation du CanMEDS en milieu scolaire ne sont pas déployés avec la même vigueur et rigueur à travers les différentes instances de l'institution : l'importance accordée par le CRMCC au CanMEDS n'est pas la même mobilisée par les acteurs de l'Université – enseignants et étudiants compris.

Contrairement aux autres rôles sous forme de pétale, le développement du rôle de communicateur a de particulier son insertion à des moments stratégiques, plus particulièrement moments où les apprentissages par simulation sont concentrés, ce pourquoi j'ai traduit cette particularité sous forme du prochain code : Apprendre par simulation. C'est ainsi dire que l'institution voit possible l'atteinte du rôle de communicateur en reposant les efforts sur les jeux de simulation, particulièrement pratiqués au CAAHC.

Apprendre par simulation

Dans le but d'encourager l'adoption et le développement de tous ces rôles, certaines approches sont empruntées et ancrées dans le programme plus spécifiquement pour l'apprentissage de la communication, notamment le type d'apprentissage par simulation qui se mêle à certains cours. Effectivement, pendant le parcours préclinique, les étudiants suivent IMC (Introduction à la médecine clinique) et IDC (Initiation à la démarche clinique).

Mise en contexte de l'apprentissage par simulation

En première partie, l'IMC se concentre sur l'introduction des composantes biopsychosociales des problèmes de santé, la communication et la relation médecin-patient. Elle veut aussi assurer l'acquisition d'attitudes et habiletés cliniques par simulation, notamment avec l'aide du CAAHC (Centre d'apprentissage des attitudes et habiletés cliniques, expliqué plus bas) pour une demi-journée obligatoire par mois. Lors de la deuxième et dernière année du préclinique, la récurrence des présences au CAAHC sont augmentées pour un total d'une demi-journée aux trois semaines, puis le cours IMC laisse place au cours IDC, lui aussi en milieu hospitalier une fois par semaine pour une demi-journée.

IDC se veut la suite de son prédécesseur IMC toujours en gardant l'accent sur l'intégration biopsychosociale, mais cette fois-ci en l'adressant pour les questions éthiques des problèmes

cardiaques, pulmonaires et néphro-urologiques. Les aptitudes communicationnelles apprises sont plus ou moins retraçables. Selon les participants, la communication est abordée selon le guide du Calgary-Cambridge qui se veut un rassemblement des guides d'entretiens avec les patients selon le système biologique (par exemple, le système respiratoire, le système reproducteur, etc.). L'apprentissage de l'entretien et de l'examen physique se fait, encore une fois, selon les systèmes du corps humain. Les patients sont interrogés en fonction du problème pour lequel ils consultent, puis les étudiants se familiarisent avec ces diverses versions d'entretien. Le cours abordera aussi les sujets des responsabilités du médecin envers la multiethnicité, les abus de pouvoir, l'inceste professionnel et l'éducation du patient sur sa prise en charge. En bref, la communication s'insère en petite dose dans les espaces où l'environnement hospitalier est recréé (CAAHC) ou encore même directement sur place en type immersion.

CAAHC

Le CAAHC est un endroit consacré à la pratique de la médecine pour simuler des événements dans un endroit contrôlé, supervisé et agencé comme un milieu clinique traditionnel. Divisé en plusieurs salles, il a pour but de recréer des environnements et matériels propres à certaines situations : consultation en bureau, salle d'opération, chambre d'hôpital, défibrillateurs, etc. C'est ainsi que la réalité de l'environnement clinique est intégrée graduellement au quotidien des étudiants qui ont pour le moment surtout connu des situations simulées.

Rappelons que l'identité professionnelle telle qu'expliquée et conçue par Irby et Hamstra (2016) dans le cadre du professionnalisme concentre les apprentissages de l'apprenant dans les milieux naturels, dit « non-staged ». Le critère de cette préférence est en fait lié au degré d'authenticité de la situation (Boudreau et al., 2018) qui est quasiment nulle dans le cas du CAAHC. Les étudiants partagent à maintes reprises l'effet de savoir que les patients sont en fait des acteurs sur l'éloignement de l'authenticité :

[les acteurs] sont comme formés pour participer à l'entrevue, puis ils ont un petit script et tout ça. On sait que ce n'est pas vrai, c'est pour ça qu'ils vont répondre d'une certaine façon parce qu'eux-mêmes ils jouent un rôle, ce n'est pas eux. (Alex, étudiant résident, 4.3)

En plus de partager cette même vision des choses par rapport à la fausseté des acteurs rencontrés, l'étudiant-externe Maxime ajoute que la réalité doit éventuellement être rencontrée pour consolider l'apprentissage : « Souvent, on est peut-être cinq-six dans la salle, puis c'est l'exemple avec juste un parce qu'il y a un acteur qui fake [...] C'est utile, mais un moment donné, il faut que moi-même je sois confrontée à ça » (étudiant externe, 14.90). L'utilisation des patients acteurs et/ou patients-partenaires n'est pas sans raison, cela permet de concevoir des pratiques autour de mises en situation de communication précises. J'y remarque une tendance avec laquelle on souhaite quitter l'abstraction entourant la communication à l'aide de différentes techniques, ce pourquoi j'en fais l'objet de ma prochaine catégorie.

Contextualiser pour mieux évaluer

Au cours de mes analyses, j'en suis venue à remarquer les efforts mobilisés par l'institution pour quitter l'abstraction qui accompagne le domaine de la communication. Par abstraction, j'entends la difficulté à reconnaître ce qu'est la communication, comment la pratiquer et l'évaluer. J'y vois une transposition quasiment exacte du cadre du professionnalisme basé sur les comportements tel que présenté par Irby et Hamstra (2016). Je rappelle que ce cadre fonde ses stratégies pédagogiques sur la mise en place d'un cursus d'apprentissages par compétence et d'une évaluation de comportements observables.

À cet égard, nous pouvons rappeler dans le chapitre de méthodologie, plus précisément dans la section Cheminement, que l'École de médecine évalue les étudiants à travers deux « sanctions ». Je rappelle que les sanctions sont des stades professionnalisants pendant lesquels des droits de pratique sont octroyés aux étudiants, notamment une première sanction avant le début de l'externat, puis une autre au moment de la résidence. Ces sanctions sont communes à toutes les écoles de médecine et, de cette façon, elles représentent l'institution de la médecine. Ainsi, cette dernière rend tangible la communication en mettant en place des sanctions claires et en déterminant des endroits dans la structure de la professionnalisation où glisser l'apprentissage et l'évaluation de la communication. Suivant mes analyses, j'organise ces endroits pour l'apprentissage et l'évaluation de la communication en deux catégories : la contextualisation de la communication et l'organisation de l'évaluation pour suivre une démarche scientifique.

Favoriser les situations spécifiques de communication

Une façon de rendre concrète la communication dans l'enseignement, c'est de la contextualiser dans un cadre plus clair. Autrement dit, la communication est abordée en termes de contextes spécifiques et déterminés plutôt qu'en termes de compétence décomposable. Les contextes spécifiques font le plus souvent référence à des moments de communication difficiles, pensons par exemple à des annonces de mauvaises nouvelles, à la gestion de divers types de patient (triste, colérique, nerveux, etc.).

Il n'est donc pas surprenant de constater que dès que la communication est discutée avec les étudiants participants, elle est faite à l'égard de contextes spécifiques de communication. Ce ne sont pas tous les étudiants qui tiennent la même opinion sur la pertinence de ce cours et sa structure. Par exemple, ici, un premier étudiant résident qui m'a admis en apprécier la structure tout en mentionnant ce qui était vu :

Et souvent à l'université on a des ateliers justes de communication, où c'est comment gérer des patients qui sont difficiles, comment annoncer des mauvaises nouvelles, comment gérer des patients qui n'arrêtent pas parler, qui harcèlent, ou qui sont inappropriés. Honnêtement, je pense que ces cours-là c'est super pertinent, parce que ça donne des outils dans la vraie vie, que j'ai appliqués. Ces cours-là c'est très axé sur un peu CanMEDS et communication. En médecine, on a tous des opinions différentes sur ces cours-là, mais moi je les ai beaucoup appréciés. (Claude, étudiant externe, 11.24)

D'un autre côté, un étudiant résident déplore la manière dont la communication est enseignée et plus particulièrement comment le CAAHC échoue son mandat principal :

Ce qui est déplorable, c'est qu'on a des centres de simulation et c'est supposé être dévoués à l'apprentissage de la communication en partie. C'est 30% de leur mandat, mais jamais ils ne vont bâtir les [compétences] de base. Dans le centre de simulation, ça va être [le patient difficile], où un patient qui a vécu de la violence domestique, fait qu'ils te lancent là-dedans. Bon, on va partir sur les centres de simulation, j'ai beaucoup de choses à dire. (Ely, étudiant résident, 7.40)

Ce participant semble soutenir que les interactions simulées sur des situations spécifiques n'exposent pas les étudiants à des situations ordinaires et réelles. Dans tous les cas, apprécié ou non comme méthode d'apprentissage, son fonctionnement est complètement fondé sur

l'insertion de contextes de communication spécifiques, voire à l'insertion d'un script prédéterminé en fonction du contexte étudié :

Même pour les annonces de moments difficile , il y a un script qui est défini. Il dit qu'il faut y aller avec la méthode de l'entonnoir, puis là il faut valider ce que la personne veut savoir. C'est vraiment comme un algorithme de ce qu'il faut dire. (Alex, étudiant résident, 4.34)

En plus d'être des situations de communication enseignées, pratiquées et récitées, elles sont aussi évaluées. Ceci me ramène en fait au rapprochement fait à Irby et Hasmtra (2016) au début de la présentation de ce thème. Ranger la communication sous des contextes spécifiques permet de la rendre observable par des comportements et des attentes précises, facilitant ainsi l'évaluation. J'en viens à dire que c'est l'une des stratégies principales des hautes instances institutionnelles (organisations des soins de la santé) pour ranger la communication dans des situations concrètes et évaluables. Qui plus est, pour faire référence au manque de confort du corps professoral à propos du CanMEDS, dont il a été question plus haut, j'en viens à me demander si cette méthode d'enseigner la communication est un effet de causalité provenant du manque de confort du corps professoral à traiter la communication et les compétences de base (écoute active et autres) comme énumérés par Boudreau et al. (2018). Comme nous le verrons à l'aide du prochain code, l'évaluation du rôle de communicateur n'échappe pas à cette volonté et stratégie de concrétiser la communication.

Organiser l'évaluation pour juger la démarche scientifique

Le désir de concrétisation s'installe dans l'enseignement, mais se cristallise dans son évaluation. À cet égard, l'évaluation de la communication comme un outil de collecte d'information est davantage mise de l'avant pour l'atteinte d'un diagnostic différentiel (associé au rôle d'expert médical) que de l'établissement d'une relation thérapeutique entre le médecin et son patient. J'interprète cette façon de faire à l'image d'une méthode scientifique, la communication en ce sens encourage une convergence avec un procédurier. C'est ainsi dire qu'ils sont évalués pour leur capacité en tant qu'expert médical et non dans leur capacité d'établir une relation. Il en résulte donc une communication de la part du médecin concentrée vers l'obtention d'un diagnostic différentiel à l'aide d'une méthode scientifique, soit des étapes définies et

consécutives (observation, hypothèse, expérience, résultat, interprétation et conclusion). Sans aller eux-mêmes dans l'explicitation de cette analogie, les étudiants répètent à plusieurs reprises cet effet de liste et d'étapes successives à suivre :

La communication, comment s'est enseignée, et je pense que c'est le cas dans plusieurs facultés de médecine dans le monde. La communication, comment c'est enseigné, c'est des checklists qu'il faut faire et c'est saupoudré ici et là sans aucun fil conducteur, ok ? (ici, l'étudiant mentionne que la communication générale est peu présente et que surtout elle ne suit pas un procédurier aussi strict que les questions de l'ordre de l'expert médical). (Ely, étudiant résident, 7.92)

Cette pression à accomplir une communication en étapes se fait encore plus présente dans un contexte d'évaluation et plus spécifiquement celui des ECOS (examens cliniques objectifs structurés) où les variables du temps et de la réussite sont des plus importants pour les étudiants. Après avoir demandé à un étudiant ce qu'il ferait avec une baguette magique s'il pouvait changer quelque chose à la structure actuellement en place, sa réponse a été la suivante :

Ça serait peut-être de moins mettre l'accent sur cocher toutes les cases, puis mettons juste le format des ECOS. C'est niais, mais ça nous formate beaucoup. Tu sais, on s'entraîne à répéter les questions, puis finalement c'est comme on débite des questions pour débiter des questions, puis on est évalué là-dessus. (Alex, étudiant résident, 4.96)

L'effet d'une telle pratique communicative amène l'étudiant à incorporer cette conception du rôle de communicateur—comme étant celui de poser une liste de questions—à son identité professionnelle : non seulement c'est pratiqué, mais c'est en plus valorisé à travers ses entretiens avec ses patients, ce qui revient à en faire les attentes dans la pratique des futurs médecins. Un autre étudiant va dans le même sens en prenant le soin d'ajouter que la méthode en liste fait en sorte que des subtilités importantes à l'établissement d'une relation thérapeutique sont mises de côté :

Les ECOS, c'est une liste d'épicerie, ok? En l'espace de deux minutes, tu es capable d'avoir tous tes points et de passer. Tu n'as pas besoin d'avoir la touch supplémentaire, puis ça n'évalue pas vraiment, je trouve, les méthodes de communication. (Billy, étudiant externe, 6.72)

La mise de côté de ces subtilités se fait encore plus évidente en situation d'évaluation. En effet, le facteur du temps fait en sorte que c'est le plus souvent la communication qui écope du manque de temps :

Ce n'est pas naturel, ce n'est pas vrai qu'en 10 min tu as le temps de remplir un questionnaire et d'avoir un examen physique, donc tu vas barrer quelque chose, souvent la communication. On pose les questions super rapidement, c'est souvent pressé. (Claude, étudiant externe, 11.44)

L'évaluation du type « Check. Check. Check. » se caractérise par son objectivité similaire à un procédurier. Cependant, elle se fait au détriment d'une subjectivité importante à l'élaboration d'une communication médecin-patient.

En guise de résumé pour ce premier thème, la première piste soulevée révèle que l'opérationnalisation du CanMEDS est problématique. C'est bien beau investir de grandes sommes dans 1) une conceptualisation de l'identité professionnelle 2) dans un centre de simulation, mais si le personnel enseignant reste inconfortable et que la communication reste rangée dans des contextes spécifiques, le rôle de communicateur se voit rester au point de départ, soit celui évalué en début de parcours au moment de la sélection. La professionnalisation institutionnelle se voit donc être mise en discordance avec les réalités du terrain, ce que je développe dans le thème suivant.

Thème 2 : Réalités du contexte pédagogique de la PIF

Mon premier thème me mène en fait à remarquer l'écart entre la professionnalisation institutionnelle (comme le dicte les instances) et ce que les étudiants vivent réellement sur le terrain, ce pourquoi le deuxième thème est une piste d'exploration des réalités du terrain vécues par les étudiants quant à la formation de leur identité professionnelle du rôle de communicateur.

J'analyse cet ensemble de réalités dans le contexte pédagogique au moment pendant lequel j'ai tenu mes entretiens. Par contexte pédagogique, j'entends « l'ensemble des traits décrivant la situation d'enseignement » (Loiseau et al., 2010, p. 487), soit les pratiques éducatives qui contrastent avec les situations d'apprentissage (apprentissage vs. Enseignement). L'idée est de détailler les réalités et les nuances de la structure mentionnée précédemment à l'aide des

expériences et du vécu des étudiants. Les superviseurs ajoutent parfois à ce vécu à partir de leur regard d'enseignant et d'autres fois à partir de leur posture d'ancien étudiant. Ceci me permet de peindre un portrait plus juste des éléments influents dans la formation de l'identité professionnelle du rôle de communicateur. Je la présente sous trois grandes catégories : apprendre avec les réalités du terrain, promouvoir le rôle d'expert médical et l'influence de la relation pédagogique.

Apprendre avec les réalités du terrain

Tout d'abord, je mentionne les réalités du terrain parce qu'au cours des entretiens, les participants étudiants faisaient souvent référence à la « vraie vie » de manière à créer une distance entre ce qui est appris sur les bancs d'école et ce qui est appris une fois qu'on se retrouve sur le terrain (distance importante entre l'enseignement et les apprentissages reliés à la communication). De cette catégorie ressort premièrement, la logique par laquelle les choses s'apprennent dans le vif de l'action, deuxièmement l'apprentissage mieux ciblé quand la proximité spatio-temporelle avec des cas réels est plus juste ou plus proche.

Apprendre par la logique de l'action

Pour ce premier code, j'emprunte aux travaux de Wittorski (2007, cité dans Fernandes, 2009) et à l'un de ses modèles de la professionnalisation : la logique de l'action aussi nommé apprentissage « sur le tas ». À la même manière qu'il l'explique, « les situations professionnelles nouvelles exigent de l'individu la production par tâtonnement et essais-erreurs de compétences nouvelles dans l'action » (Wittorski, 2007, cité dans Fernandes, 2009, p. 2).

Autrement dit, les apprentissages se font sur le moment sans préparation. Les étudiants disent être « lancés » dans les situations. De cette manière, la prise d'expérience est consolidée graduellement à travers le temps par le faire et la pratique. Bien que nécessaire, elle ne semble pas être la plus appréciée des étudiants notamment par le manque d'encadrement et la perpétuation d'un monde de pensée désuet de la part de certains superviseurs.

Selon l'avis des étudiants, l'apprentissage se façonne au quotidien : « donc la majorité de ce que j'ai appris en communication on l'apprend sur le temps, et on l'apprend dans notre quotidien »

(Dom, étudiant résident, 3.31). Un des superviseurs partage le même avis, mettant de l'avant l'importance de la pratique, au point d'en faire le rapprochement avec un geste technique qui demande de la pratique :

Tout est dans pratiquer comment le dire, comment le faire. Je pense que la communication c'est beaucoup ça, dans la mise en action [...] Mais je pense qu'il y a beaucoup de parallèles à faire avec un geste technique. Plus tu le fais, plus tu deviens habile à le faire. (Jo, médecin superviseur, 9.72)

Cela n'empêche pas un autre étudiant de souligner que cette méthode d'apprentissage a aussi ses inconvénients : « beaucoup en médecine, on apprend par être lancé dedans, puis mouille toi, allez-y. C'est correct, mais des fois ça serait le fun d'avoir de la formation appropriée » (Ely, étudiant résident, 7.51).

Apprentissage sur le tas avec 90% de chance d'imprévisibilité

Un autre superviseur fait ressortir aussi cet aspect important qu'est la pratique « mais il y en a tellement [de choses à apprendre], que comme l'aspect communication, tu vas l'apprendre comme moi je l'ai appris : sur le tas, puis comme tout le monde l'apprend sur le tas » (Charlie, médecin superviseur, 8.31). Toutefois, cette manière de penser la communication a pour résultat de faire perdurer ce fonctionnement à travers les générations.

Ceci est expliqué en partie par le contexte imprévisible de l'enseignement de la médecine : « Sur le terrain, je pense que c'est difficile à anticiper, tu peux difficilement prévoir avec tes étudiants comment tu veux qu'ils se préparent pour une activité. [...] Je pense que le terrain a le désavantage d'être imprévisible, d'être moins fluide » (Jo, médecin superviseur, 9.16). C'est aussi ce que le superviseur Lou explique en peu de mots : « Il y a ce qui est prévu, puis il y a ce qui est vécu » (10.40). Effectivement, trois étudiants pendant trois journées différentes vont avoir trois quotidiens complètement différents, ce pourquoi dans une logique similaire de la mise en action, les participants viennent définir la qualité de leurs apprentissages par le rapprochement à la vraie vie comme nous le verrons ci-dessous.

Importance de la proximité à la vraie vie

Pour ce deuxième code, les participants mentionnent une certaine distanciation entre les apprentissages faits à l'école et ceux faits dans la vraie vie. Dans son explication des difficultés du terrain plus haut, le participant superviseur Jo complète tout de même en précisant que « les expériences les plus marquantes d'apprentissage, c'est celles que tu as vécues avec un vrai patient. C'est là que tu apprends le plus » (Jo, médecin superviseur, 9.16). Aux dires de ce participant et des autres, être dans un centre de soins de santé en consultation clinique avec un patient n'est pas la même chose qu'être au CAAHC avec un patient-partenaire qui suit un script. En ce sens et suivant les dires de mes participants, je définis la vraie vie comme 1) le rapprochement aux centres hospitaliers et 2) le rapprochement avec les patients. La proximité fait référence à la fois au contact avec un patient réel (versus un livre ou un « faux » patient en contexte d'apprentissage ou d'évaluation) et à la proximité au contexte des soins ; un cas réel vient avec une authenticité plus grande. Cette authenticité est difficilement reproductible à l'extérieur des centres de soins de santé sans de réels patients. En ce sens, les cas réels ne se déroulent pas (n'ont pas un taux de prévision) comme les cas de pratique, et les participants en font des comparaisons.

Une comparaison fréquente, faite avec un livre, provient d'un étudiant externe qui souligne que la proximité au patient est motivante dans son apprentissage de son rôle de communicateur : « Moi, ça m'aide pour ma motivation. Dès qu'on voit quelque chose qu'on a appris, ça colle tellement plus quand on le voit dans une personne que sur papier » (Val, étudiant externe, 2.84). La personne ajoute que pour les patients à l'hôpital, « on [les étudiants] est souvent plus coincé dans le temps, mais en termes de communication c'est très varié, c'est plus réel comme approche » (Val, étudiant externe, 2.25).

Les étudiants comparent à répétition l'école à la vraie vie, ce qu'ils décrivent comme une approche réelle à l'apprentissage du rôle de communication. J'en suis venue à mettre le doigt sur authentique comme synonyme de réel. Une approche à l'hôpital avec un réel patient en consultation est beaucoup plus authentique comme manière de faire. En ce sens, une pratique

proximale rime donc avec une pratique plus proche de la pratique et l'identité professionnelle attendues en fin de parcours.

Une autre comparaison est souvent faite avec un patient acteur. Dans ce cas-ci, les opinions sont plus mitigées. Certains des étudiants ont partagé des récits personnels de leurs apprentissages pendant lesquels les patients acteurs étaient excellents, très authentiques comme le fait savoir Claude dans une simulation d'accouchement pendant laquelle l'actrice faisait savoir qu'elle voulait un vrai médecin et non un externe au point d'en faire pleurer l'externe :

Notre actrice est vraiment bonne, on l'a eue plusieurs fois, et dès que l'étudiante s'est mis à pleurer, elle a arrêté, elle lui a dit que c'était juste un rôle, que ce n'était pas contre elle, les autres lui ont dit qu'il ne fallait pas pleurer. Donc ça peut être intimidant, je pense. (Claude, étudiant externe, 11.67)

En revanche, d'autres pensent que :

On ne peut pas mettre quelqu'un dans une position où on va dire « Bien là, écoute. Tu as eu un accident, il faut t'annoncer que tu pourras plus marcher de ta vie, de tes jours », puis il faut que tu te mettes dans ce rôle-là [dans une simulation]. Ce n'est pas possible de se mettre dans ce rôle-là, à moins de le vivre. En tout cas, c'est très dur. Je ne connais pas grand monde qui est capable. (Alex, étudiant résident, 4.31)

Enfin, une troisième comparaison offerte est celle entre la pratique réelle et la période d'évaluation. À l'image de ce qui a été explicitée plus haut en lien avec une évaluation aux allures de démarche scientifique, le protocole appris invite les étudiants à viser l'obtention de tous leurs points dans l'évaluation, mais cela les éloigne de la réelle pratique : « Mais je pense que la grille n'est pas mauvaise, mais quand on rentre pour nos évaluations, tu fais la grille, case par case, mais ce n'est pas comme ça que je fais ça dans la vraie vie » (Claude, étudiant externe, 11.43).

Il résulte de l'analyse une différence entre ce qui est attendu pendant l'évaluation et comment les étudiants devront ensuite le pratiquer réellement. La proximité à la vraie vie a été dictée comme très pertinente de la part des étudiants dans leur apprentissage du rôle de communicateur. Toutefois, ce rapprochement se fait plus tardivement comme le souligne deux des superviseurs : « Je pense que c'est sur le terrain qu'on sait plus, mais il est tard quand ils sont sur le terrain parce que ça fait déjà trois ans qu'ils sont à l'université. C'est ça l'affaire qui est dure » (Fred, médecin superviseur, 12.16). La proximité à la vraie vie est gage du développement de

l'authenticité du médecin en devenir. En réduisant les opportunités de communication authentique, les futurs médecins n'ont pas autant de chance de pratiquer un discours personnalisé et propre à eux-mêmes. Ils s'en tiennent donc à une formulation linéaire comme elle a été apprise dans des contextes d'évaluation avec grille. Cependant, ce qui est difficile selon tous les superviseurs, c'est que les situations authentiques engagent à un niveau de responsabilité auquel les étudiants ne sont pas prêts :

Bien, je pense qu'il faut qu'ils soient dans des situations authentiques. Puis je pense que les vraies situations authentiques, elles viennent un peu tard. Puis je pense que c'est normal quand tu es en début de stage, tu ne peux pas, tu es le stagiaire d'un médecin, tu es là, tu apprends. (Jo, médecin superviseur, 9.18)

Évidemment, le degré de responsabilité ne peut être nié. La profession engage le médecin à veiller aux bons soins du patient, mais cela ne peut être accompli si le médecin ne détient pas de prime à bord les connaissances pour offrir ces soins. La corrélation entre soins et responsabilité oblige d'une certaine façon les étudiants à prioriser l'apprentissage de toutes connaissances scientifiques au détriment des connaissances communicationnelles. C'est pour cette raison que la prochaine catégorie présente comment le rôle d'expert médical est mis de l'avant au quotidien.

Promouvoir le rôle d'expert médical

Au cœur du schéma CanMEDS, le rôle d'expert médical est l'élément central, donc la compétence centrale attendue de la part des médecins. Il est tout autant central dans la professionnalisation des futurs médecins. Le rôle a pour but de faire ressortir la relation avec tous les autres rôles du schéma, en appuyant bien certainement leur mise en pratique et en action sur les savoirs médicaux. L'expert médical est une compétence en dialogue avec les 6 autres compétences transversales, mais qui ne peut être exercé qu'à partir des savoirs fondamentaux à la médecine. Comme le rôle s'appuie sur l'importance de ces savoirs, il est le rôle le plus fortement présent dans la réalité des étudiants, notamment par le caractère concret et observable des savoirs. De plus, cette manière de concevoir les savoirs scientifiques, les procédures et habiletés cliniques donnent tout son sens à l'expression « *Evaluation drives curriculum* », puis aussi à la pression reliée à l'exercice de ce rôle.

Evaluation drives curriculum

Rapidement dans l'entretien, Charlie, médecin superviseur, a partagé l'expression « *Evaluation drives curriculum* » en tentant d'expliquer le point de vue des étudiants à propos de l'apprentissage du rôle de communicateur. Les étudiants n'ont pas partagé lors des entretiens cette même expression, ils ont pourtant dessiné un portrait détaillé de comment elle s'insérait dans leur réalité étudiante en offrant des exemples. Expliqué brièvement, si le contenu ne se retrouve pas dans une évaluation, à quoi bon s'y intéresser et y accorder le peu de temps possible dans un horaire déjà bien rempli ? À cette question, le rôle d'expert médical prend le dessus sur le rôle de communicateur parce que comme nous le verrons, la communication est peu ou pas évaluée.

Bien que l'adage du superviseur s'explique par lui-même, il m'explique que « si ce n'est pas à l'examen, on s'en fout. Donc c'est pondéré un peu la communication, mais pas tant que ça » (Charlie, médecin superviseur, 8.37). Il renchérit son explication en me disant que « Si ce n'est pas super évalué. La motivation principale d'un étudiant c'est quoi ? C'est de réussir, c'est de faire ses examens. Donc [la communication] ce n'est pas à l'examen » (Charlie, médecin superviseur, 8.52).

Comme la pondération adressée à la communication est minime et que son apprentissage ne se fait par les méthodes traditionnelles (magistrales, lectures), l'attention qui lui est portée est moindre. Les connaissances reliées aux savoirs médicaux reflètent une plus grande proportion des évaluations. À l'instar des propos d'un autre médecin superviseur, les priorités d'apprentissages sont sélectionnées par les étudiants pour assurer leur réussite et succès scolaire :

Fait que je pense que tout le monde perçoit ça comme quelque chose de moins important. Parce que tu sais, si tu as le choix entre réviser les symptômes cardiaques ou réviser comment faire une bonne communication, j'argumenterais que c'est important de communiquer, ça va les suivre très longtemps, mais je pense qu'à court terme, il y a un examen qui s'en vient puis ils savent très bien qu'on ne les questionnera pas sur les principes d'une communication. (Jo, médecin superviseur, 9.35)

La conception du programme telle que partagée par les deux enseignants ci-dessus influencent d'une façon ou d'une autre les étudiants à faire des choix, dans leur horaire très chargé, quant à ce qui est prioritaire lors de leur parcours scolaire. Les choix faits par les étudiants vont jusqu'à

sécher certains cours. Dans un exemple présenté par un étudiant-externe, ce sont les cours dans lesquels la communication est le plus abordée qui se voit être le bouc émissaire de ces décisions :

Il y en a qui ne viennent jamais aux cours d'IMC/IDC. Mais la présence à ces cours est beaucoup moins qu'aux cours de blocs (les cours concernant le contenu médical ; tous les systèmes du corps humain). Et ça revient aux softs skills [...] certains pensent que c'est des choses qu'ils vont apprendre au fur et à mesure, au besoin, et qu'ils vont prioriser leurs études sur le bloc qu'on a. (Val, étudiant externe, 2.64)

Cela n'est qu'un exemple de ce qui est valorisé, le succès de la professionnalisation est d'abord et avant tout la réussite des examens – examens qui se concentrent sur la portion théorique des savoirs médicaux du médecin.

À la lumière des extraits analysés, le fait d'évaluer les savoirs scientifiques, procédures et habiletés cliniques a un premier effet sur la priorité accordée au développement du rôle de communicateur, puis un deuxième effet, soit celui de créer une pression à l'exercice du rôle d'expert comme le verrons ci-dessous.

Sentir la pression à l'exercice du rôle d'expert médical

Au-delà de l'importance accordée à la note (succès ou réussite) des cours et blocs, la pression de bien exercer le rôle d'expert médical qui accompagne les étudiants démontre à quel point ce type de savoirs est valorisé. Cela est non seulement pour l'importance de la note qui y est rattachée, mais aussi pour l'importance de connaître les connaissances médicales attendues d'un médecin professionnel. Les superviseurs-enseignants accordent une plus grande partie de leur supervision à vérifier les connaissances scientifiques et leur application plutôt qu'à l'exercice de bonnes pratiques communicationnelles.

En fait, le bon exercice du rôle d'expert médical et de la maîtrise des savoirs médicaux est valorisé à un tel point que les étudiants qui montrent des lacunes communicationnelles et/ou relationnelles avec leurs patients sont, aux yeux de certains, délaissés, comme l'exprime l'étudiant-externe suivant :

Non, je ne pense pas qu'ils sont pris en charge. Vraiment pas. Vraiment, vraiment pas. Je pense que ça passe tout droit parce qu'ils sont tous bons parce que tu sais, qu'est-ce qu'on considère comme bon ? C'est est-ce que tu es capable de faire le bon

diagnostic différentiel puis la bonne conduite à venir ? Si oui, ben tu es bon. On n'a pas beaucoup de valorisation pour nos capacités sociales. (Billy, étudiant externe, 6.10)

L'étudiant en question va jusqu'à ajouter que ce n'est principalement pas valorisé parce que ce n'est tout simplement pas remarqué. La valorisation se concentre sur le bon diagnostic et la bonne conduite à venir. Et les aptitudes sociales sont peu remarquées, donc pour l'étudiant, cette pression se traduit par la peur de ne pas savoir, la peur de paraître incompetent, ce qui est mesurée en tant que compétence scientifique. La conséquence principale de cette peur est de relayer la communication au dernier échelon des priorités :

Ils aimeraient mieux apprendre sur autre chose [que la communication], puis que c'est une perte de temps parce que pendant ce temps-là, ils auraient pu étudier pour pneumo-ped pour la semaine...Ils font quatre semaines de pneumo-ped, ils ne veulent pas avoir l'air naïeux, puis ne pas savoir c'est quoi la fibrose kystique parce que je fais des cliniques de fibrose kystique. Tu comprends ? (Maxime, étudiant externe, 14.74)

De plus, un superviseur-enseignant associe cette conséquence à la charge élevée de connaissances que les étudiants ont besoin d'absorber afin de pratiquer la profession. Ce sont des connaissances qui sont accompagnées d'une grande responsabilité. En me disant ceci, il justifie : « Et là je me réfère à une des choses que [telle personne] me disait quand elle faisait son cours en préclinique, elle étudiait, puis elle était complètement obsessive, anxieuse, paniquée parce qu'elle disait, je n'ai pas le droit de ne pas savoir » (Lou, médecin superviseur, 10.79).

Ne pas avoir le droit de ne pas savoir, c'est ce que plusieurs superviseurs nous ont partagé en utilisant plutôt le terme de responsabilité, c'est d'ailleurs surtout un concept émis davantage par les superviseurs lors de mes entretiens. Le même superviseur-enseignant m'explique que le poids de cette responsabilité prend le dessus sur le contact avec le patient, alors quand les étudiants arrivent à la résidence, ils passent à côté d'informations pertinentes à la mise en relation. Pour mieux en comprendre l'imbrication, le superviseur exemplifie la situation avec un cas réel survenu entre un patient et un résident en observation :

L'exemple qui me vient, c'est un résident qui questionne pour, je pense que c'était une revue de système. Ça veut dire que c'était une prise en charge. Bon, comment ça va le système digestif, peu importe, il passe système par système. Et en posant une question, la dame répond, ça a été difficile de prendre mes glycémies dernièrement parce que mon fils est mort le mois dernier et bla bla bla. Puis là elle raconte un petit

peu son affaire. Puis le résident qui était en plein dans son questionnaire disait, ah d'accord et est-ce que vous avez des selles noires ? (Lou, médecin superviseur, 10.49)

Le cas ci-dessus ne peut mieux illustrer l'attention particulière portée à l'aboutissement d'un diagnostic, et ce, que ce soit par la pression de l'évaluation ou la pression à exercer adéquatement leur rôle d'expert médical. En suivant les étapes qui font de lui un expert médical, l'étudiant échappe d'importantes informations à l'établissement d'une relation thérapeutique.

Comme mon analyse l'a fait ressortir, la valorisation du rôle d'expert médical, au détriment du rôle de communicateur et de l'établissement d'une relation thérapeutique, découle de la pression que les étudiants ressentent et du cours des apprentissages, qui sont à leur tour grandement influencée par la relation pédagogique entretenue entre les étudiants et leurs patrons. Je ne pouvais que me pencher sur la question en interrogeant la place de cette relation, ce pourquoi je lui ai fait la place de dernière et suivante catégorie du thème des réalités du contexte pédagogique.

Influence de la relation pédagogique

Comme Irby et Hamstra (2016) le relèvent dans le cadre de la formation de l'identité professionnelle (PIF), la contribution des forces sociales dans la construction d'un idéal identitaire de la profession joue un très grand rôle. D'un côté, j'avais en tête que les forces sociales étaient multiples dans le développement de l'identité professionnelle (médias, proches, familles, amis, etc.). Toutefois, une relation particulière s'est avérée centrale au point que les autres forces sociales imaginées ont peu ou pas été mentionnés, je parle de la relation avec le patron, c'est à dire, le médecin qui supervise les étudiants. Lors de mes entretiens, les étudiants m'ont expliqué comment la relation pédagogique avait une influence directe sur le médecin qu'ils souhaitaient devenir. En effet, Irby et Hamstra mentionnent qu'une relation pédagogique positive se fonde notamment, mais pas exclusivement, sur la modélisation des modèles de rôle et la rétroaction obtenues. Ce sont deux des grands points que j'ai aussi relevés comme importants dans l'influence de la relation pédagogique comme force sociale.

Dès lors mon premier entretien, j'ai été surprise par l'utilisation du terme « patron-dépendant ». Plus l'analyse avançait, plus je me rendais compte que le terme patron-dépendant contenait aussi une dépendance à la formation du patron, de son aisance avec la communication et avec le fait

de partager commentaires et rétroactions avec les étudiants. Cela étant dit, être patron-dépendant c'est aussi la création d'un parcours professionnel unique, donc non homogène à travers la communauté d'étudiants.

D'un autre côté, l'hétérogénéité du parcours fait dégager deux facettes importantes de la modélisation du rôle de patron et donc dans la constitution de l'identité professionnelle. Plus précisément, cela permet aux étudiants un accès à divers modèles de rôle parmi lesquels ils peuvent dégager premièrement un modèle de ce qu'ils veulent devenir, et deuxièmement un modèle de ce qu'ils ne veulent pas devenir. Bref, cela ne fait que confirmer la réalité vécue par les étudiants par rapport à la contribution des patrons dans la construction d'un idéal identitaire. Regardons de plus près comme ceci se dégage de mes analyses.

Être patron-dépendant

Le terme patron-dépendant a refait surface à plusieurs reprises pendant mes entretiens. J'en ai compris le poids important dans la constitution de l'identité professionnelle de communicateur au moment où j'ai questionné un étudiant résident par rapport à la place que prend la communication pendant la résidence et que sa réponse était aussi brève que « donc, c'est plus patron-dépendant, parce que l'interaction avec chaque médecin peut être assez différente » (Dom, étudiant résident, 3.21). Les médecins superviseurs n'échappent pas à cette façon de penser comme le démontre Jo :

Je pense que dépendant sur qui tu tombes, il y en a qui sont d'excellents communicateurs, puis qui vont rendre ça vivant puis rendre ça intéressant. Tandis qu'il y en a que c'est eux-mêmes pas des très bons communicateurs. (Jo, médecin superviseur, 9.10)

Selon les propos analysés, je ressors de la dépendance au patron deux façons dont elle a une incidence sur la relation pédagogique et influence par le fait même la formation de l'identité professionnelle du rôle de communicateur. Nous allons explorer d'abord la notion « principe versus préférence », puis la formation des moniteurs afin de mieux définir le caractère dépendant de la relation pédagogique.

Une dépendance sous le règne du principe ou de la préférence

Les étudiants se rendent compte au cours de leur professionnalisation qu'un écart se dessine entre les patrons. L'écart en question est celui exprimé comme la différence entre le principe et la préférence de l'enseignant : « c'est que ce n'est souvent pas consistant entre les tuteurs [les patrons]. Il y [en] a qui ont des attentes différentes, et d'un côté les attentes d'histoires de cas ou de comment faire le questionnement plus technique » (Val, étudiant externe, 2.23).

Selon l'un des médecins superviseurs rencontrés, cette façon de différencier principe et préférence s'applique surtout pour les gestes techniques. Il indique que :

Dans la pédagogie du geste technique, il y a une affaire qui dit, il y a des principes et il y a des préférences. Il y a plusieurs patrons et professeurs qui pensent que leurs préférences sont des principes. Ça, ça créé des discordances. (Fred, médecin superviseur, 12.58)

Il entend par discordance le fait que deux étudiants appliquent différentes techniques, mais arrivent au même résultat, donc dans ce cas il s'agit d'une préférence. Un patron peut être plus enclin à reconnaître et à offrir une évaluation plus généreuse quand ses préférences sont reproduites.

Il n'en ressort pas moins que la communication fait face à une situation similaire. Les étudiants lorsque questionnés sur la variabilité des patrons suggéraient comme piste d'exploration la formation acquise :

Ça dépend, parce que tu vois, tu peux avoir des patrons qui vont te dire d'être à l'écoute et de valider. Je ne pense pas que c'est [modéliser la communication] leur mandat nécessairement. C'est là aussi la qualité des formateurs, c'est comme très variable. (Ely, étudiant résident, 7.46)

Dans le cas ci-dessus, la communication est d'abord discutée en termes de questionnaire médical ; des étapes précises, des chemins de questionnement menant à un diagnostic, un peu à l'image du geste technique qui doit être reproduit dans un enchaînement déterminé, ce pourquoi l'étudiant mentionne que la communication ne fait pas nécessairement partie de leur mandat et dépend en partie de la formation reçue à ce sujet.

La question de la formation révèle à son tour un obstacle concernant les médecins superviseurs et leur recrutement. Je l'aborderai au cœur du prochain thème des obstacles rencontrés. Pour le moment, je me concentre sur les réalités vécues dans la formation de l'identité professionnelle, puis une des réalités émises par les étudiants, est l'importance du modèle de rôle. Maintenant que nous savons que l'éducation reçue est patron-dépendante, voyons voir comment les étudiants utilisent cette variabilité des modèles de rôle en apprentissage.

Modéliser le rôle de communicateur

Autant que les apprentissages dépendent du patron, de ses préférences, de ses connaissances, le patron en lui-même dans sa pratique constitue tout aussi bien une partie intégrante de la formation de l'identité professionnelle du rôle de communicateur. Il agit en tant que modèle de rôle pour les étudiants. Fait intéressant dans ce mode d'apprentissage, c'est le pouvoir des expériences positives et négatives combinées. Les étudiants retiennent des comportements et des pratiques de chaque patron qu'ils ont appréciés et mettent de côté ce qu'ils n'ont pas appréciés afin de construire leur idéal type de communicateur. Les partages qui font mention de la modélisation du rôle de communicateur sont plus souvent qu'autrement la narration de récit personnel auprès du personnel médical sur le terrain. En d'autres mots, des modèles de rôle qui agissent sur le terrain, soit des contextes non simulés, sont au cœur de la formation de l'identité professionnelle de communicateur, selon les participants.

Certains des étudiants rencontrés m'ont fait part être conscients de leur naïveté, et ce, surtout quand ils occupaient la position d'externe. Un étudiant explique cette naïveté par le fait que le modèle de rôle est plus ou moins cerné. À ce moment du parcours, les étudiants ne savent pas nécessairement quelle spécialisation ils emprunteront. La manière dont l'étudiant l'explique, une fois la spécialisation choisie, les modèles de rôle de la spécialité seront plus en concordance avec ce qu'ils souhaitent devenir et donc leur résidence sera complétée entouré de modèles de rôle pertinents versus l'externat où chaque modèle de rôle se distingue : « C'est sûr, j'ai plus de modèles maintenant, mais est-ce...Je pense que j'étais plus naïve en termes d'exposition à l'externat, fait que j'en ai plus qui m'ont inspiré parce que j'en ai moins vu » (Sam, étudiant résident, 13.50).

Un autre résident se range dans cette même perspective en m'expliquant ce qui a été révélateur dans la formation de son identité professionnelle de communicateur :

C'est parce qu'on idéalise tous nos patrons au début. Je pense qu'il n'y a personne qui va dire : « Ah ! Moi le médecin, je l'ai trouvé poche. » L'externe, c'est vraiment rare qu'on trouve les gens nuls. Plus ça avance, plus on se dit « Oh ! Ok. » On commence à nuancer nos propos, puis je pense qu'il faut reconnaître ça plus tôt. (Alex, étudiant résident, 4.128)

Tous semblent s'entendre pour dire que les modèles de rôle jouent un rôle de premier plan, que le modèle soit positif ou négatif. À vrai dire, un des plus jeunes médecins superviseurs rencontrés adopte le même avis à propos de l'importance des modèles de rôle au point où il en faisait allusion lorsque je lui avais demandé de définir ce qu'était un bon patron :

Je me rappellerai le gestuel, de dire on n'est plus en face d'un bureau. Quand il prend une petite chaise ronde puis qu'il s'assoit à côté du patient puis qu'il dit, là je vous entends. Puis de s'approcher, puis de se mettre au même niveau que la personne. Puis ça pour moi c'était comme OK, c'est comme ça que je veux être. Je veux être capable de communiquer comme ça. (Jo, médecin superviseur, 9.11)

Il n'en reste pas moins que les étudiants ont tout autant partagé des récits marquants avec un ou des patrons dans lesquels ils ont souligné les traits de la communication qu'ils souhaitaient éviter à tout prix :

Je me suis dit que c'est exactement ce que je ne veux pas faire, ça, c'est un modèle négatif. Et j'ai d'autres expériences de patrons qui rient dans la face du patient, qui ont des commentaires extrêmement désobligeants dans la salle d'opération du genre « C'est qui cette baleine-là, elle va péter la table ». (Claude, étudiant externe, 11.33)

Bien que parfois choquante, ces situations ont pour tous les étudiants le même apport dans leur formation. Un étudiant résident en fin de parcours fait une belle rétrospective sur l'ensemble du mode d'apprentissage par modèle de rôle :

C'est difficile. C'est enrichissant dans ce sens que tu apprends, je pense, à te forger une propre personnalité comme médecin. Tu viens chercher ce que tu aimes le plus des médecins et tu enlèves ce que tu n'as pas aimé de la façon que telles choses ont été abordées. (Dom, étudiant résident, 3.28)

Faire la part des choses semble être le mot d'ordre à la professionnalisation des futurs médecins. À l'image de ce que l'étudiant Dom me partage, il y a un tri de la part des étudiants qui se complète au fur et à mesure de rentrer en contact avec les modèles qui font partie de leur communauté de pratique. À partir des propos analysés, les réalités du contexte pédagogique illustrent l'influence et l'importance accordées à des rôles et à des connaissances spécifiques. Les réalités telles qu'exprimées par les participants présentent aussi un lot de contraintes, ce pourquoi il est opportun de souligner les obstacles rencontrés à la formation de l'identité professionnelle du rôle de communicateur.

Thème 3 : Obstacles à la formation de l'identité professionnelle du rôle de communicateur

Les analyses ont permis d'établir ce que les étudiants vivaient comme réalité tout au long de la formation de leur rôle de communicateur. Toutefois, il est important de noter que la formation de l'identité professionnelle ne se fait pas sans obstacles et surtout ne se fait pas sans influencer le résultat de la PIF. En effet, j'ai extrait des analyses deux catégories d'obstacle. Je les vois comme des obstacles par le frein qu'ils occasionnent et imposent au développement de la formation de l'identité professionnelle du rôle de communicateur. La première catégorie se définit par son empreinte contextuelle, soit les caractéristiques propres à l'environnement médical dans un contexte de soins. De là, la place de la communication selon le champ de spécialisation et/ou pratique, puis la question du temps dessine tous deux les premiers obstacles à la formation de la PIF. Sous la deuxième catégorie de ce troisième et dernier thème, j'aborde la définition du bon pédagogue-communicateur qui se voit étrangement lié au temps et fait le pont extraordinaire avec l'état des étudiants qui se définissent comme chanceux lorsqu'ils ont accès des commentaires sur leur pratique. Cette transition me permet de boucler l'analyse par un propos récurrent, soit celui de trouver la perle rare – la sélection et la formation des futurs patrons qui accompagneront les étudiants dans leur professionnalisation de la communication. Cela étant dit, les catégories encadrent les difficultés et obstacles exprimés par les participants et lesquels pouvaient mettre un frein aux apprentissages relatifs à leur rôle de communicateur.

Avant d'entamer l'approfondissement des analyses, il est plus que pertinent de remettre sur la table les éléments centraux de la PIF pour ainsi mieux comprendre comment les obstacles se définissent comme des obstacles et sortent du cadre souhaité de la professionnalisation. D'abord, la PIF se concentre sur l'identité comme évolutive et changeante et surtout laisse place à un processus adaptatif qui s'insère dans une communauté de pratique à travers l'observation de modèles de rôle et leurs interactions avec les autres, l'instruction directe, le coaching, l'évaluation et la rétroaction (Irby et Hamstra, 2016, p. 154). Bien que les stratégies pédagogiques ci-dessus se rattachent principalement à la PIF, il est important de garder en tête qu'Irby et Hamstra (2016) regroupent un ensemble de stratégies centrales, et ce, PEU IMPORTE le cadre de la professionnalisation (basé sur la vertue, basé sur le comportement et la formation de l'identité professionnelle) adoptée par les instances :

Feedback needs to be formative rather than punitive, individuals and systems need to be held accountable, interventions should involve self-reflection and skill development, remediation plans and future actions should be monitored, and consequences should escalate in a stepwise fashion that is appropriate to the specific lapse. (p. 156)

De ce fait, toute action, tout comportement ou tout contexte qui freine ces stratégies est considéré dans mon analyse comme un obstacle à la PIF. Sans plus attendre, j'aborde en comment l'environnement médical peut agir en tant que frein, en premier lieu par l'influence de de la spécialisation sur la communication, en deuxième lieu par le manque de temps mentionné à maintes reprises par les participants.

Être contraint par l'environnement médical

La catégorie « Être contraint par l'environnement médical » est un clin d'œil aux notions de spécialisation et de temps comme contrainte à la formation de l'identité professionnelle des futurs médecins. J'approche la notion d'environnement médical selon deux éléments, d'abord la spécialisation de la médecine dans laquelle l'étudiant se forme. Comme nous le verrons, la communication est abordée différemment selon les champs d'exercice de la médecine et est souvent comparée à la médecine familiale. Le deuxième élément à partir duquel je définis l'environnement médical est la notion du temps dans un contexte de soins, par exemple les

consultations en urgence où le rythme ne permet pas autant de temps d'arrêt pour des discussions entre patrons et étudiants. Ensemble, elles définissent l'environnement médical dans lequel les étudiants évoluent.

Communication et spécialisation

Lors de mes entretiens, une distinction particulière s'est dessinée dans la manière dont la communication était perçue selon le champ de spécialisation de la médecine, ce qui en influence ainsi l'enseignement. Les participants m'ont partagé les différentes expériences et les distinctions que l'enseignement de la communication pouvaient prendre selon les spécialisations. Cette contrainte est surtout présente au moment de l'externat. À cette étape de leur scolarité, les étudiants font des stages dans différents spécialisations, ils sont alors ancrés dans divers milieux et communautés de pratique, ce qui marque davantage les différences. De plus, les étudiants ayant fait plusieurs stages sont en meilleure mesure de comparer les pratiques communicationnelles.

Une nuance est toutefois apportée par les externes et résidents. Ils expriment une perception de la communication qui se distingue par la manière dont elle est utilisée comme « outil » selon la spécialisation. Principalement, les étudiants m'ont parlé de la communication comme un outil de collecte, soit un moyen d'obtenir les informations nécessaires à la suggestion d'un diagnostic. Dans le cas de la spécialisation en psychiatrie, la communication comme outil prend toute son importance, étant donné qu'elle est presque le seul outil de diagnostic dont dispose le médecin :

mais mettons je me mettais en médecine interne, je pourrais pas faire ça parce que le diagnostic se fait par des bilans sanguins, par des questions, mais qui orientent des investigations. Mon diagnostic, en ce moment, c'est mon entrevue. Je n'ai pas d'outils, donc je n'ai pas le choix d'avoir ce lien-là, alors que « bon, as-tu mal dans ton bras? ». « Oui, non? Ok. Parfait ». C'est moins, tu as moins besoin d'avoir un accès à quelqu'un pour qui te répondre oui à cette question-là ou non. (Alex, étudiant résident, 4.94)

L'étudiant exprime d'ailleurs que s'il fallait, après sa résidence en psychiatrie, qu'il dirige une consultation en médecine interne, il devrait « switcher de focus ». Dans les autres spécialités, les étudiants ont tellement été habitués à poser une série de questions dans le but d'offrir le bon diagnostic en situation d'évaluation qu'ils oublient parfois oublier de se demander en premier

lieu si un lien a été créé avec le patient. Alex explique que la différence est qu'en psychiatrie, pour obtenir les réponses aux questions, le patient est la source d'informations primaire. C'est pourquoi les participants ont également parlé de l'importance de la communication pour développer une relation avec le patient. Pour récolter les données de manière respectueuse, une relation de confiance doit s'établir entre médecin et patient, ce qui aura un impact majeur sur le traitement initial et subséquent. À travers une conversation traitant des stages, un étudiant qui n'a pas encore exploré toutes les spécialités lors de ses stages fait la remarque que la différence se fonde sur l'enseignement du savoir-être :

Oui. Bien, je pense que j'ai eu un vraiment bon stage de médecine familiale. Je ne sais pas c'est comment dans les autres milieux (de stage). Moi, c'était vraiment exceptionnel pour l'enseignement, mais oui, généralement l'enseignement du savoir-être est mieux fait en médecine familiale. (Billy, étudiant externe, 6.19)

Ici, l'étudiant Billy articule la question du savoir-être dans sa professionnalisation, mais vient la limiter au cadre de la médecine familiale. Je souhaite entendre par « savoir-être » ce qui est communément nommé « bedside manners » lors des entretiens avec les participants. Les manières de chevet, terme grossièrement traduit, se résument à l'attitude du médecin dans ses approches et ses manières de communiquer avec le patient. Ce savoir-être est nécessaire à apprendre pour utiliser la communication aux deux fins mentionnées, soit comme outil de collecte et outil pour établir une relation. Il se niche au cœur de certaines spécialisations, notamment la psychiatrie, comme nous avons vu ci-haut, et la médecine familiale.

La formation des étudiants en médecine familiale est fortement enrichie par des sessions de rétroaction individuelle et collective, en plus de sessions d'observation vidéo de type en direct ou rétroactive. Bref, le savoir-être est davantage observé, évalué et partagé en médecine familiale – ce qui met la communication en plein centre de la professionnalisation des étudiants. Un signe, encore une fois, que le champ de spécialisation influence directement l'enseignement de la communication : la médecine familiale qui s'installe dans un type de suivi de patient non urgent et longitudinal offre aux étudiants un environnement d'apprentissage différent que d'autres spécialisations. Par exemple, les commodités à portée de main, tels que des salles et bureaux appropriés à l'observation, facilitent les activités d'échange et de rétroaction qui enseignent et

modélisent le savoir être, notamment les pratiques communicationnelles. Ce n'est pas le cas dans les contextes d'enseignement d'autres spécialisations. Effectivement, comme l'explique l'étudiant-externe, il y a une différence notable entre le roulement des actes en urgence versus en médecine familiale :

Mettons là à l'urgence, je veux dire il y a toujours des patients. L'urgence est tout le temps pleine. En plus, ils ont la charge de nous enseigner. C'est sous-optimal versus mon stage de médecine familiale, tu sais le patron était assigné tout l'avant-midi juste à moi et à l'autre étudiante. Il avait donc ses deux caméras ouvertes (dans la salle de consultation avec le patient). Il nous écoutait une après l'autre. Il était assigné juste à ça. Fait qu'il avait le temps. C'est là que je me suis sentie plus de feedbacks sur ma communication. (Billy, étudiant externe, 6.18)

Il en émerge donc à la réflexion qu'il y a des inégalités dans la manière dont la communication est abordée et enseignée selon les champs de spécialisation. Pour pousser encore plus loin la réflexion, un des médecins superviseurs, associe les caractéristiques individuelles qui forment le savoir-être des étudiants et leur aisance à communiquer à des spécialisations particulières. Selon ses propos, les étudiants qui ont le plus de difficulté à gérer l'incertitude en contexte communicationnel peuvent faire un choix de spécialité en conséquence : « mais, il y a des spécialités pour eux autres, tu peux aller en patho, tu peux aller dans des affaires très procédurales, très strictes. Fait que tu peux t'en sortir » (Fred, médecin superviseur, 12.94).

Il y a donc une association intéressante entre les caractéristiques individuelles et la spécialisation choisie. Je comprends de mon échange avec Fred que certaines personnes pour lesquelles la gestion de l'incertitude en contexte communicationnel est peut-être plus difficile peuvent facilement se tourner vers une spécialisation qui requiert moins de communication ou d'échanges. Il semble donc y avoir au sein de la culture médicale une perception de la communication dépendante des traits de personnalité du médecin. Bien qu'intéressant à considérer et à mentionner pour expliquer la différence, je préfère me pencher sur le facteur du temps (qui sera exploré dans la prochaine section, soit « être dépourvu de temps »). Selon les conditions (nature aiguë ou chronique de la consultation) du contexte clinique et les problèmes de santé traités par les étudiants, la communication se taille une place différente, s'insère autrement dans leur horaire. Cette corrélation entre communication et situation de soins a été abordée par Lussier et Richard (2008) dans l'article « *Because one shoe doesn't fit all* », comme

quoi la communication ne peut être abordée de la même manière selon les problèmes de santé et les contextes cliniques. Les conclusions de l'article font ressortir que la relation navigue sur des axes de gravité de soins et d'urgence d'intervention, cela met en lumière le facteur du temps pour certaines spécialisations davantage concentrées vers des contextes cliniques qui traitent des problèmes aigus plutôt que chroniques. J'aborde à partir de cette réflexion le deuxième élément de l'environnement médical, le temps.

Être dépourvu de temps

Le rythme rapide du milieu (consultations, urgences) combiné à des horaires étudiants chargés ne dément pas, il est difficile de prendre le temps de prendre le temps. Ça m'a frappé de plein fouet quand j'ai vu et ressenti l'effroi vécu d'un participant au moment où il m'a partagé une image de l'horaire de la cohorte actuelle : les résidences/stages se succèdent, les localisations sont changeantes, les horaires ne prennent pas en compte les travaux d'équipe interdisciplinaires, c'est un casse-tête à l'échelle humaine – autant pour le corps professoral que pour les étudiants.

Que ce soient les étudiants ou les médecins superviseurs, tous ont quelque chose à dire quant à la question du temps. Une première dimension de ce manque de temps se transpose d'abord dans la consultation avec le patient. Un médecin superviseur me confie que la communication et son aspect relationnel sont parfois difficiles à insérer dans un horaire chargé :

Mais je pense que ça [la communication] peut être perçu comme quelque chose de secondaire parfois, ça fait que quand on doit couper, c'est là qu'on coupe. Je pense que rapidement, puis même je m'en rends compte quand je suis pressé dans le temps, c'est comme la dimension que j'oublie un peu, puis j'y vais directement. (Jo, médecin superviseur, 9.12)

Comme l'aspect communicationnel-relationnel est la principale victime du temps, je vois la conséquence comme affectant notamment la qualité du modèle de rôle. Comme nous l'avons vu plus haut, cette méthode d'apprentissage est primordiale dans la professionnalisation des étudiants. Bien que cette méthode ne soit pas la seule et l'unique, d'autres méthodes sont durement touchées par le manque de temps.

De ce fait, être dépourvu de temps affecte entre autres la possibilité pour les étudiants de discuter avec leur patron de situations plus complexes, voire éthiques et pour lesquelles ils souhaiteraient un certain accompagnement pour mieux préparer certaines situations communicationnelles :

Au début, il faut réviser entre chaque patient, puis souvent on est débordé, puis ce qu'il faut faire, c'est la conduite (des activités). C'est surtout ça qui est abordé, puis on n'a pas le temps de discuter de ces situations éthiques parce qu'on a d'autres patients à voir et qu'on est vraiment pressé. On est vraiment pressé en fait, ce qui est déplorable. Le temps n'est souvent pas là pour discuter de ça. Ce n'est pas mis à l'avant. (Ely, étudiant résident, 7.31)

Le manque de temps a un impact direct sur la possibilité pour l'étudiant et l'enseignant d'échanger sur des situations particulières. Une plus grande quantité de temps pourrait permettre à tous deux d'entamer des discussions autoréflexives ou de partager de la rétroaction spécifique et ainsi mieux forger le professionnel en devenir selon la PIF. Ces pratiques s'insèrent difficilement dans le quotidien professionnalisant des étudiants. Un médecin superviseur explique la complexité de la concordance des horaires et des urgences, particulièrement avec les externes. La particularité des externes est que le nombre de stages est très grand et le temps pour tout accomplir est plutôt restreint, donc il n'y a pas nécessairement de relation longitudinale qui peut se former entre enseignant et étudiant. Selon ses mots, il exprime que ce qui l'écœure le plus c'est « que des fois nous l'avons une fois l'externe, après ça, ça se peut qu'il parte pour assister en salle. Fait que ça se peut que je n'aie jamais l'occasion de lui reparler » (Fred, médecin superviseur, 12.37). En exprimant la complexité de la compatibilité des horaires, il ajoute que la discussion ou la rétroaction soit remise au lendemain mais que l'étudiant « est pressé, puis ça ne marche pas. Il n'y a pas de moments fixes où [qu'ils] pourrai[ent] se voir. Ça, ça va avec l'horaire, mais ça serait bien ça, si on pouvait organiser quelque chose de plus régulier » (Fred, médecin superviseur, 12.37).

Dans la perspective où le temps se fait rare pour faire des suivis avec les étudiants, il ne me semble pas surprenant d'entendre que cela se transpose dans la relation avec le patient. Effectivement, un médecin superviseur mentionne la difficulté pour les étudiants de développer une approche fondée sur la décision-partagée avec leurs patients justement parce que cela consomme plus de temps :

Puis oui, je pense que comme résident c'est difficile de faire [la décision partagée] parce que tu as toujours un superviseur qui te dit qu'est-ce que lui il ferait [...] Je pense qu'il faut le faire, il faut laisser la place à nos stagiaires de négocier cette zone-là ou cette décision-là avec leur patient, puis ne pas leur imposer des décisions. C'est difficile parce que ça prend plus de temps. C'est quelque chose que tu sais, c'est plus facile de dire « fais-le » ou « ne le fais pas ». C'est beaucoup plus rapide. Mais je pense que c'est important de laisser cet espace-là pour le faire. (Jo, médecin superviseur, 9.59)

En préférant sauver du temps et accélérer le processus du traitement des dossiers, les enseignants et les étudiants passent à côté d'une occasion de professionnalisation importante pour leur rôle de communicateur. Un autre médecin superviseur partage la même opinion en suggérant une méthode d'enseignement qui soit davantage centrée sur le développement de la pratique réflexive chez le résident, mais qui, encore une fois, souligne la même problématique : « Qu'est-ce qui fait que [la pratique réflexive] ne se fait pas tout le temps, c'est la question du temps. Et la question du temps n'est pas simple comme question » (Lou, médecin superviseur, 10.73).

La réduction de l'exposition d'un médecin superviseur à un même étudiant ou un étudiant à un même patient a pour conséquence le manque de développement d'une relation entre les deux parties. Pour l'un des médecins superviseurs rencontrés, ceci révèle une portion du rôle de médecine qui se trouve dans le curriculum caché du parcours en médecine :

C'est tout le cursus qui est en-dehors de chacune des consultations médicales qu'il fait. Donc le cursus au niveau de l'éthique, le cursus au niveau de l'enseignement de la communication, qui n'est pas vraiment un cursus, mais qui est des activités autres en-dehors des consultations puis de la supervision quotidienne. C'est une réflexion par rapport à ses propres patients sur le long terme qui va l'amener à avoir ça. Dans le quotidien, on essaie d'en injecter un petit peu, mais on n'a pas beaucoup de temps. Donc c'est le résident qui se retrouve un petit peu avec ces constats-là. Et ce qu'on souhaite, c'est par la culture médicale. Et on pourrait mettre ça dans le domaine du curriculum caché quelque part, d'avoir à saisir un petit peu son rôle qui inclut d'être dans un rôle d'apprenant tout le temps. (Lou, médecin superviseur, 10.23)

Les activités autoréflexives et les partages avec pairs et collègues ne font pas partie du cursus en soi, les apprenants se trouvent seuls face à ce type de réflexions, sans accompagnement ponctuel pour penser leur relation au patient. L'absence de cette pratique, et surtout sa redirection vers le curriculum caché est expliquée par le manque de temps. La réflexion à propos de la posture d'apprenant mentionné par le participant se lie au facteur du temps. En effet, les conversations avec les étudiants démontrent à quel point, malgré le manque de temps, les meilleurs mentors

étaient ceux qui reconnaissaient que les étudiants étaient avant tout des apprenants. Toutefois, comme nous l'avons vu dans les réalités du contexte pédagogique, la culture médicale semble mettre de l'avant une posture d'évaluation. Ce pourquoi de mes discussions avec les étudiants, ce qui ressort dans la définition d'un bon médecin superviseur, c'est lui qui

[prend] le temps d'expliquer malgré le fait que tout le monde soit pressé, et que tout le monde a un horaire chargé. Mais ceux qui prennent le temps d'expliquer, qui nous demande si on a bien compris, de nous demander comment ça va, de demander notre opinion, ça, c'est les meilleurs pédagogues. (Claude, étudiant externe, 11.52)

À la lumière des propos analysés, la question du bon pédagogue-communicateur semble aussi complexe que celle du temps, ce pourquoi nous allons explorer ci-dessous les obstacles liés à cette deuxième et dernière catégorie de l'analyse.

Être un bon pédagogue-communicateur

Il a été discuté précédemment de l'influence de la relation pédagogique dans la professionnalisation des futurs médecins, notamment par la dépendance au patron et l'importance du modèle de rôle dans l'apprentissage du rôle de communicateur. De l'autre côté de cette réalité se retrouve des obstacles à la fois du côté des étudiants et du côté des médecins superviseurs. D'un premier côté, les étudiants se heurtent à la petite quantité ou même à la faible qualité de la rétroaction obtenue par la performance du rôle de communicateur – lorsque possible, les étudiants se définissent comme chanceux d'en obtenir. De l'autre côté, l'École de médecine rencontre une problématique quant à l'enrôlement d'enseignant dans un mandat de mentorat. Les obstacles à l'atteinte d'être un bon pédagogue-communicateur reposent alors sur les codes « Être chanceux » et « Être une perle rare ».

Être chanceux

Le code « Être chanceux » a la particularité d'être l'un des codes in-vivo de mon analyse. Les codes in-vivo ont été conservés pour mettre en valeur la puissance de ces expressions anodines. Elles prennent une place importante dans le jargon des participants de manière à devenir partie intégrante de la culture de la formation médicale. En d'autres mots, lors des entretiens, les

étudiants participants ont souligné que la quantité et la qualité de la rétroaction sont basées sur les mêmes fondations que la chance : la notion du hasard.

L'emplacement de ce code dans la thématique des obstacles rencontrés dessine les écarts entre la professionnalisation souhaitée et les pratiques qui y entravent. Dans les stratégies énumérées par Irby et Hamstra (2016) pour une professionnalisation réussie se glissent la rétroaction constructive et formative. Toutefois, dans le cadre des entretiens tenus, la rétroaction et les commentaires pour l'autoréflexion se font rares et pourtant ils devraient faire partie intégrante de la professionnalisation, et ce, peu importe le cadre de professionnalisation adopté (cadre basé sur la vertu, cadre basé sur les comportements).

Les qualités d'un bon patron soulignées par Val sont directement liées à la propension de la part du patron à reconnaître la posture d'apprenant de l'étudiant qu'il supervise : « du feedback, des critiques constructives, ça s'était apprécié. Communiquer de façon pas trop agressive » (Val, étudiant externe, 2.28). De plus, un autre étudiant exprime la notion du hasard mentionnée plus haut : « si je suis chanceux, je vais avoir un feedback comme sur comment moi j'ai trouvé ça, comment je me suis senti en entrevue, si j'ai des commentaires par rapport à ma performance » (Alex, étudiant résident, 4.14). Ces actions de rétroaction et de réflexion sur la pratique doivent être de mise dans le développement de l'identité professionnelle comme il a été identifié par Irby et Hamstra (2016). Il est toutefois difficile de pratiquer l'autoréflexion lorsqu'aucune observation n'est faite de la part du superviseur, comme le partage l'étudiant Billy : « Tu sais, des fois, on est chanceux. [...] Fait que dans ce temps-là, tu te dis, 'Ok, yes! Il va pouvoir m'évaluer là-dessus'. Sinon, c'est quasiment impossible » (Billy, étudiant externe, 6.21).

En effet, l'étudiant suivant mentionne que ce sont parfois les patients qui, en commentant la qualité des soins obtenus par l'étudiant, font une certaine différence pour l'évaluation de la compétence de la communication. C'est alors lors de moments comme celui-ci que les étudiants se qualifient de chanceux. Lorsque j'ai interrogé un autre participant sur la sélection du terme « chanceux », il explique que la chance dépend des programmes et de la charge de travail du patron, il renchérit en disant :

En fait, je dis chanceux parce que c'est le fun avoir du feedback, puis ça permet de discuter un peu de comment nous on se sent nous aussi. Veut, veut pas, à la longue c'est parce que, là je finis comme l'an prochain – euh, cette année, ça fait qu'il y a moins d'occasion de supervision. Tu sais, au début c'est comme « Pas encore, je me fais dire que je ne suis pas bon » ou que j'ai trouvé ça difficile, mais finalement plus ça avance, plus tu es comme « Je veux me faire dire 'Ah, mais tu pourrais faire ça mieux' », donc c'est pour ça que j'ai utilisé le terme chanceux. (Alex, étudiant résident, 4.16)

Comme nous démontre cette citation d'Alex, la manière dont la rétroaction est livrée est cruciale pour l'apprenant, surtout en début de son parcours de professionnalisation. À cette période, l'identité du médecin est en construction et beaucoup moins fondée qu'après 5 ans de résidence par exemple, ce qui expliquerait le manque de confiance envers ses propres connaissances et pratiques.

Bien que la quantité soit l'élément discuté en grande partie par Alex ci-dessus, la qualité de la rétroaction en est le caractère essentiel. Effectivement, les propos de la rétroaction et la manière dont elle est livrée en définit sa qualité. Le participant Ely exprime bien la nécessité d'une rétroaction de qualité en partageant que « c'est important parce que quand tu reçois une rétroaction non constructive, dans le meilleur des cas, ça ne sert à rien. Dans le pire des cas, ça nuit » (Ely, étudiant résident 7.59).

Le participant parle de nuisance parce que la maladresse de la rétroaction peut avoir des effets pervers sur le développement de la professionnalisation des étudiants. Il semblerait, aux dires des étudiants, que certains médecins superviseurs comprennent et intègrent mieux le rôle de communicateur dans leur pratique, ce qui en fait des perles rares parmi le bassin de superviseurs, ce pourquoi l'analyse se complète en qualifiant les mentors de perle rare, et ce, pour plusieurs raisons.

Être une perle rare

Maintenant qu'il a été établi au cours du thème précédent l'importance accordée au modèle de rôle et à la relation avec le patron, il est pertinent de faire ressortir l'enjeu principal qui y est relié : l'attraction de superviseurs. Avant même de discuter de l'enjeu de leur formation, un médecin superviseur interviewé a souligné que « l'enjeu qui est au-dessus de ça, c'est recruter des moniteurs. C'est un combat continuel » (Charlie, médecin superviseur, 8.69). Ce pourquoi nous

décomposons le fait d'être une perle rare en trois volets, notamment l'intérêt, l'incitatif et la formation. L'ensemble de ceux-ci permettent de qualifier les médecins superviseurs comme des perles rares puisque chaque volet resserre le bassin de potentiels superviseurs créant ainsi un obstacle important dans la formation du rôle de communicateur.

Incitatif

Dans un premier temps, l'incitatif monétaire pour une bonne partie des médecins n'est pas aussi intéressant que leurs honoraires réguliers. Les médecins pratiquant des spécialités voient leur salaire grandement touché lorsqu'ils souhaitent avoir une charge de monitorat. Effectivement, les incitatifs ne sont pas nécessairement alléchants surtout pour les médecins spécialistes qui font de plus gros salaires qu'un médecin de famille par exemple. Quand le médecin superviseur Charlie parle de spécialistes enseignants, il précise que « pour la plupart, ils le font parce qu'ils ont le goût de le faire, puis ils ont le goût de donner puis d'enseigner, donc le recrutement n'est pas toujours facile » (Charlie, médecin superviseur, 8.103). Bref, ce qui veut dire que les personnes doivent d'abord avoir une envie personnelle de participer à ce type de mandat puisqu'il n'y a aucune obligation à le faire et que l'intérêt prévaut l'incitatif.

Intérêt

Dans le même ordre d'idées, le médecin superviseur Charlie m'a avoué que peu de médecins sont intéressés par ce type de mandat, ce qui affecte l'échantillon de gens intéressés et disponibles. L'intérêt est défini par la volonté du moniteur à s'engager sur une période donnée :

C'est beaucoup. C'est un engagement. S'il y a un moniteur qui s'engage, il s'engage pendant 15 avant-midis, pendant toute une session, [...] Avec toute la charge clinique que tous les gens ont, la pression clinique d'avoir des patients puis tout ça, donc c'est quand même une pression qui est non négligeable, donc l'enseignement ce n'est pas leur priorité nécessairement. C'est les patients la priorité. (Charlie, médecin superviseur, 8.104)

Dans un contexte où les médecins sont en demande et que les patients se succèdent sans cesse, l'ajout de cette tâche de supervision embourbe un horaire déjà très complet et complexe qui se doit de mettre le patient au centre des priorités. Pour ainsi dire, plus ou moins que l'enseignant présente un intérêt à l'enseignement, il est considéré à la tâche, comme le mentionne Jo :

Oui, fait que je pense que quand on a des gens qui sont motivés, intéressés, bien on les prend. Puis tant mieux. Des gens qui sont motivés, je pense qu'ils veulent bien faire. Est-ce que c'est toujours les meilleurs modèles de rôles? Peut-être pas. (Jo, médecin superviseur, 9.68)

La question que Jo se pose est légitime, c'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous traitons de la formation comme dernier volet de ce code. Les volets soulignant l'intérêt et l'incitatif à l'enseignement agissent comme les filtres premiers, si bien que dès qu'un intérêt est présent de la part de l'enseignant, peu d'autres étapes sont nécessaires à sa sélection, ce qui nous fait questionner les aptitudes des enseignants à octroyer la formation sur la communication.

Une question de formation

La formation des patrons et/ou l'enseignement reçue en vertu de la communication est discutée par les participants de diverses manières. Elle est parfois décrite comme absente, d'autres fois comme partielle ou même désuète. Les étudiants comprennent très bien que la qualité de leur propre formation sur la communication repose en partie sur la formation obtenue par leur patron : « C'est difficile parce qu'eux aussi trouvent ça difficile. Ils n'ont pas eu plus d'enseignement que nous autres » (Billy, étudiant externe, 6.26). Un autre étudiant va jusqu'à dire que ces moments entre patron et étudiant sont l'un des seuls moments de la formation pendant lequel la communication peut être abordé : « Si le patron est bon, qu'il est formé, ce qui n'est pas un given, il va pouvoir te faire des commentaires sur ton miroitement, ta validation¹³. C'est le seul moment pendant toute ta formation que tu vas être formé là-dessus » (Ely, étudiant résident, 7.39).

Cependant, vu le mince bassin d'enseignants déjà resserré avec les deux premiers volets, intérêt et incitatif, l'ajout d'un troisième filtre comme celui de la formation vient réduire davantage la sélection possible d'enseignant. À cet effet, le médecin superviseur fait mention « de la difficulté de recruter. Je pense que c'est un enjeu de dire on va mettre des marches supplémentaires, je pense que ça va être difficile le recrutement, qui est déjà difficile, va l'être encore plus » (Jo, médecin superviseur, 9.75). L'effet de cet échantillon toujours plus petit fait en sorte que la

¹³ Techniques et stratégies pour une communication efficace. Ici, seul ce participant en fait mention. Je les rattache à une formation reçue antérieurement en tant que bénévole pour un organisme d'entraide et soutien.

sélection des moniteurs n'est pas aussi pointilleuse qu'elle pourrait l'être et ajoute un obstacle supplémentaire à la formation de l'identité professionnelle de communicateur, notamment par la qualité de l'enseignement offert : « Je pense qu'on prend ceux qu'on a parce qu'on a tellement des grosses cohortes maintenant que c'est difficile d'avoir assez d'enseignants pour permettre et à la fois un apprentissage en petits groupes et un apprentissage de qualité » (Jo, médecin superviseur, 9.76). Le manque de moyens et de choix mentionnés par Jo résume la quête de la perle rare qui acceptera un mince incitatif, sera intéressé par la tâche d'accompagnement et aura les habiletés et connaissances nécessaires pour former la relève de médecins en tant que bon communicateur.

Finalement, l'interrelation des lieux, de la spécialisation et du moniteur façonnent conjointement des obstacles à la formation du rôle de communicateur. Tous ont un impact sur la qualité des échanges et sur la possibilité de laisser l'espace à l'étudiant pour un travail d'autoréflexion.

À la lumière de l'analyse des entretiens, l'Université de Montréal repose la professionnalisation du rôle de communicateur sur un cadre davantage basé sur les comportements, et ce, dès le processus de sélection des étudiants. Ainsi, le rôle de communicateur fait partie du curriculum de diverses manières, notamment comme un rôle CanMEDS à part entière qui doit être développé et évalué tout au long de la professionnalisation.

Les échanges avec les participants ont toutefois fait ressortir que la professionnalisation basée sur les comportements n'est pas suffisante pour une compétence non-médicale comme celle de la communication. Ses avantages encouragent l'enseignement et l'évaluation du savoir-faire comme le soulignent le processus de sélection, la promotion du rôle d'expert-médical, la contextualisation des situations d'apprentissage et le fait que *l'évaluation drives the curriculum*. Cependant, si nous penchons vers un cadre basé sur la formation de l'identité professionnelle, la communication se greffe à l'identité professionnelle comme un savoir-être et non un savoir-faire. Le savoir-être est perçu comme plus abstrait et donc plus difficile à enseigner et à évaluer. Les professionnels n'ont pas nécessairement reçu eux-mêmes ce type d'enseignement, donc ont peu de ressources et d'enseignement pour accompagner les futurs médecins dans la navigation de l'apprentissage de la communication. Jumelons la conclusion de mes analyses à la revue de la littérature sur le sujet afin de mieux se positionner.

Chapitre 7 – Discussion

Au fil de mon étude, en tant que patiente, j'en suis venue à me poser plusieurs questions, voire remettre en question mes propres recherches sur la communication lors de la relation médecin-patient. Pourquoi, moi, Marilou, suis-je à la recherche d'une relation avec mon médecin qui édifie le rôle de professionnel communicateur? Je cherchais à échanger avec un médecin qui ne comprenait pas simplement les symptômes de la polyarthrite, mais qui en considérait à la fois les effets sur ma perception de la vie et la cohabitation avec une maladie chronique.

Discutons, ensemble, de la manière dont j'ai abouti à ce constat.

Comme mentionné aux premières pages, ma recherche a été guidée par un intérêt personnel qui, lui, s'est développé rapidement en curiosité. J'y ai découvert des faits d'actualité, notamment l'augmentation des demandes de soutien pour les traitements des plaintes où la communication entre le médecin et le patient s'est révélée comme sous-jacent au problème initial. L'ensemble de ces découvertes m'a amené à en rechercher les causes contextuelles. Le système administratif a été une piste intéressante à approfondir. En ce sens, l'équation où nous rassemblons beaucoup de patients et peu de temps a été une cause-conséquence déjà explorée. Je voyais toutefois auprès du contexte d'éducation beaucoup de bilans mais peu de recherche sur la perception des acteurs sur le rôle de la communication dans un contexte franco-canadien, surtout en sachant que dès le début du parcours professionnalisant, les personnes à risque de recevoir des plaintes étaient déjà observables (Tamblyn et al., 2007).

En premier lieu, je cadrerais ma recherche sur la communication lors de l'entretien médical, ce qui m'a mené à l'exploration de différentes approches, chronologiquement présentées, soit l'EBM (evidence-based medicine, ou la médecine basée sur les données probantes), le PCM (patient-centered medicine, ou la médecine centrée sur le patient) et le PP (approche du patient partenaire). Imprévisiblement, à la suite de mes entretiens, mon focus autour de la communication s'est repositionné. Je ne questionnais, non plus, la communication au centre de l'entretien médical, mais bien la communication au centre du processus de professionnalisation. J'ai donc, en cours de route, modifié les concepts utilisés pour explorer les propos des

participants. Pour répondre à la question « Comment les futurs médecins intègrent-ils le rôle de communicateur à la formation de leur identité professionnelle? », j'ai posé le cadre de ma réflexion autour des concepts de professionnalisation et de formation d'identité professionnelle pour comprendre le développement des compétences communicationnelles chez des médecins en devenir. J'ai donc souhaité la questionner la pratique après avoir survolé la théorie.

Pour y arriver, j'ai interrogé les personnes sur le terrain, soit les acteurs de l'École de médecine à différentes étapes du processus de professionnalisation (externes, résidents et médecins superviseurs). Mon objectif principal était de cerner comment ceux-ci perçoivent l'intégration du rôle de communicateur à leur identité professionnelle. Dans un souci de justesse et précision, j'ai délimité ma recherche aux acteurs de l'Université de Montréal (qui y sont rattachés depuis plus de 2 ans). Une concentration vers une seule et même université m'a permis de traiter l'information sur les parcours plus facilement puisque le vocabulaire (nom des cours) était davantage homogène à travers les participants.

Au moment d'analyser les données, j'ai adopté une approche subjectiviste et interprétative. J'ai alors procédé à l'étude des entretiens à partir d'une analyse thématique inspirée de la théorie ancrée et qui s'est largement fondée sur le processus itératif de la recherche qualitative. C'est aussi lors de ce processus que j'ai peaufiné les concepts de la professionnalisation et du professionnalisme mobilisés en début de recherche.

À cette fin, où une approche centrée sur le patient semble être optimale, les qualités et comportements pour la mettre en pratique peuvent-ils être appris? En ce sens, le processus actuel de professionnalisation pour développer le rôle de communicateur est-il pertinent? Dans les prochaines pages, ces questions guideront mes réflexions autour des apports de la recherche et les angles morts d'une professionnalisation de la communication inspirée de celle de l'expert médical. Je reviendrai par la suite sur les limites de la recherche et des pistes d'exploration intéressantes pour poursuivre les questionnements.

L'apport de la recherche

D'un côté, je crois avoir contribué avec ma recherche à la mise en lumière d'une présence accrue de l'EBM (*evidence-based medicine*) dans le parcours de professionnalisation qui entraîne à un professionnalisme dont l'enseignement et l'évaluation sont basés sur les comportements. De l'autre côté, je crois avoir dévoilé l'absence d'une science plus sociale, pourtant pertinente au développement d'une identité professionnelle intégrale en tant que communicateur. L'apport des deux fortifie le bien-fondé du développement d'un savoir-être qui recentre l'individu au cœur de sa professionnalisation. Il s'agit notamment de conclusions similaires aux chercheurs Doukas et al. (2015) sur lesquelles j'appuie grandement le fil conducteur de ma discussion.

Ils sont des chercheurs occupant divers types de rôle de leadership dans des organisations à caractère médicale. Doukas, plus spécifiquement, est l'instigateur principal de « The Project to Rebalance and Integrate Medical Education ». Le projet de trois ans était divisé en trois grandes étapes et rassemblait chercheurs et éducateurs des sciences sociales et éthique et des leaders d'organisation accréditante. La mission de ce projet était de formuler une vision de l'avenir concernant l'intégration des sciences sociales et éthique dans l'éducation du professionnalisme.

De manière générale, leurs remarques positionnent « les compétences communicationnelles comme un aspect majeur du professionnalisme médical et la manière dont le public perçoit les médecins » [traduction libre] (Doukas et al., 2015, p. 739). Elles peuvent être apprises par l'entremise des arts et des sciences tant qu'elles ne sont pas évaluées de la même manière que les sciences physiques et naturelles. Pour obtenir des résultats optimaux, un mélange d'une approche basée sur la vertu et les comportements doit s'équilibrer. Je propose l'analogie du sucre et de l'amertume : ils peuvent cohabiter, et lorsqu'on ajoute du sucre, on balance l'amertume. De la même façon, en saupoudrant une approche basée sur la vertu, on vient rebalancer la présence d'une approche basée sur les comportements. De la même manière, mes conclusions portent sur le déséquilibre des approches : la communication est enseignée et évaluée à partir d'un professionnalisme basé sur les comportements. Il y a cependant une pertinence à intégrer un professionnalisme basé sur la vertu, notamment en intégrant davantage l'enseignement des arts et des sciences sociales.

À mon avis, dans le cas de l'apprentissage relatif aux compétences communicationnelles, la PIF (*professional identity formation*) offre l'équilibre entre le sucre et l'amertume, soit entre un professionnalisme basé sur la vertu et un autre basé sur les comportements. La PIF permet d'approcher l'enseignement et l'apprentissage du rôle de communicateur à partir de la socialisation – par laquelle il est question de socialiser les étudiants à «thinking, feeling, and acting like a physician» (Irby et Hamstra, 2016, p. 1608). Faisons un retour sur les manifestations et les absences des cadres du professionnalisme.

L'accent est sur l'EBM

D'entrée de jeu, mon étude explicite l'omniprésence de l'EBM dans la professionnalisation des futurs médecins. L'approche fait partie intégrante de la pratique de la médecine et s'est insérée dans le processus de professionnalisation du rôle de communicateur. Les données probantes encouragées par une telle approche sont plus faciles à évaluer comme le souligne le cadre basé sur les comportements (Irby et Hamstra, 2016). Ainsi, la médecine factuelle s'est immiscée dans la structure de la professionnalisation par l'importance accordée aux faits mesurables et aux données.

Devenir expert médical

L'évidence est que d'être un professionnel de la santé, comme un médecin, c'est d'abord et avant tout être un scientifique. La professionnalisation est titulaire d'une structure fondée sur ce même constat. Par fondement, j'entends aussi bien le fonctionnement du processus de sélection que la manière dont la communication s'installe dans le cursus repose sur l'EBM et donc sur le développement du rôle d'expert médical.

Le déséquilibre entre les rôles de communicateur et d'expert médical est tout aussi claire dans les statistiques présentées par Doukas et al. (2015). Dans un sondage présenté au public américain (États-Unis), 85% des répondants affirmaient que les médecins avaient de bonnes ou d'excellentes connaissances médicales. De l'autre côté, seulement 66% des répondants disaient que les médecins faisaient preuve d'un bon savoir-être tandis que les derniers 33% étaient insatisfaits à cet égard. À mon avis, ces statistiques ne font qu'illustrer ce qui a été révélé de mon étude. En effet, comme j'en conclus dans la présentation de mes résultats, le processus de sélection standardisé, la schématisation du rôle, les moments d'apprentissage par la simulation, les moments de

communication contextualisés, sont tous formatés selon une approche empruntant à l'évaluation et/ou à la contextualisation scientifique qui encourage les savoirs reliés au rôle de l'expert médical.

Cependant, l'ensemble des pratiques de la professionnalisation institutionnelle créent une distance avec la possibilité de vivre des expériences marquantes ancrées dans un contexte de soins réel qui, elles, incitent par exemple à l'autoréflexion et à la recherche d'accompagnement d'un mentor. Le cadre de la PIF (*professional identity formation*) souligne d'ailleurs l'importance de telles pratiques d'enseignement et d'évaluation. Toutefois, celles-ci ne sont pas nécessairement mises de l'avant puisque les compétences communicationnelles sont plutôt vues comme déjà acquises.

Être déjà bon communicateur

Si je reprends certains propos des participants, la communication est décrite comme apprise, soit comme un bagage obtenu à l'intérieur comme à l'extérieur de la professionnalisation. Ils sont capables d'exprimer que des situations réelles vécues avec des patients pendant leurs études et des expériences de leur vie personnelle forment la formation de leur identité de professionnel communicateur.

Cela marque une dissonance; vu que la communication est principalement perçue comme déjà acquise de la part de l'université au moment de l'entrée au programme, la professionnalisation institutionnelle se fonde sur des pratiques comme la sélection par la Cote R et fonde ses enseignements sur des contextes d'apprentissage précis et simulés.

Ce n'est pas étonnant que les étudiants, percevant aussi cette distance, recherchent des expériences authentiques. Ainsi, les pratiques de la professionnalisation institutionnelle soient en « conflit » avec ce que les étudiants souhaiteraient avoir comme enseignement. À cela, je crois que le cheminement actuellement en place n'octroie pas à la compétence transversale de la communication du CanMEDS sa juste place. Pour faire un retour sur la citation de mon introduction de Wells (2004) : « Remember throughout that everyone, even a scientist, thinks in narrative. Science is story. Tell it. » La science et l'art, ne sont pas exclusifs. La science raconte aussi une histoire, il suffit d'en offrir les outils et ressources pour en faire l'interprétation. Bref, la pertinence est aux arts et sciences sociales comme nous le verrons ci-bas.

La pertinence est aux arts et aux sciences sociales

En fonction des informations obtenues, l'angle mort du professionnel en devenir est, selon moi, l'absence de l'enseignement des arts et sciences sociales dans le programme de médecine. Actuellement, la communication vit conjointement à la médecine. Elle s'y greffe timidement à travers quelques cours (IMC et IDC) et évaluations. Elle agit exactement comme elle est représentée dans le CanMEDS, une compétence connexe (un pétale qui se rattache à un pistil). Elle devrait plutôt suivre un parcours continu à travers la formation des médecins. Exactement comme Doukas et al. (2015), le professionnalisme est un processus et doit être intégré sur un continuum étendu tout au long du cheminement scolaire : de l'admission jusqu'à la pratique continue. En guise de conclusion à ma recherche, j'applique les pistes suggérées par Doukas et al. (2015) pour l'insertion des arts et des sciences à l'École de médecine de l'Université de Montréal. La présentation des suggestions proposées suit cette même idée de continuum et suivent se suivent de l'admission au préclinique et à la résidence.

Admission

Dès les demandes d'admission, les étudiants sont sélectionnés à partir de critères appartenant à la fois à leur dossier scolaire et à leur dossier personnel. Le développement du rôle de communicateur a donc une case de départ qui précède le parcours en médecine. Pour être plus sensible, les membres du PRIME (Project to Rebalance and Integrate Medical Education) (Doukas et al., 2015) suggèrent d'équilibrer davantage les évaluations d'entrée, notamment en réduisant les évaluations basées sur les connaissances et en augmentant les évaluations plus subjectives comme les lettres de recommandations et les expériences des étudiants. Je tiens à noter de manière importante que le processus actuel exemplifie selon moi cette méthode. Doukas et al. (2015) révèlent des pistes intéressantes qui, selon moi, incitent à revisiter l'importance accordée à la cote R ou le renouvellement des MEM (mini-entrevues multiples) à l'École de médecine de l'Université de Montréal. Actuellement, le processus de sélection octroie une pondération de 50% au dossier scolaire et 50% au dossier personnel. Il serait pertinent de questionner la pertinence d'un troisième élément pour diffuser la pondération, par exemple une lettre de recommandation qui exemplifie le professionnalisme du candidat qui dépose une demande. Évidemment, les deux

éléments ci-haut permettent un filtre très important, mais extraient rapidement des étudiants avec une moindre Cote R qui, pourtant, font preuve de compétences essentielles à la pratique du professionnalisme médicale.

Préclinique

Dans mon corpus de participants, je ressentais la compréhension de l'apport de la communication en médecine, ce que je percevais comme une limite que j'aborderai plus tard. Par contre, j'entendais aussi très bien qu'elle s'insérait à des endroits peut-être plus ou moins spécifiques, comme dans les cours IMC et IDC (Introduction à la médecine clinique et Initiation à la démarche clinique) décrits comme des cours valises de type fourre-tout. Les étudiants m'expliquaient que les deux cours mentionnés regroupaient une quantité importante de matière diversifiée et pas toujours connectée. Une des raisons expliquant cette implication de plusieurs sujets dans un seul cours pourrait être le manque d'une entité propre à la communication dans l'École de médecine. Les recherches de Doukas et al. (2015) formulent que l'absence d'un département dédié aux arts et aux sciences sociales n'aide en rien à la compréhension de la pertinence des sciences et arts en médecine. En 2011, il n'y avait que 22,4% des écoles accréditées LCME¹⁴ qui détenait un département ou un centre dédié aux arts et aux sciences sociales à l'intérieur de leur programme de médecine (Doukas et al., 2015, p. 740). Sans la présence d'experts, la problématique n'est souvent pas le manque de contenu, mais la pauvre exécution de l'enseignement. À cet effet, l'instauration d'un département en communication de la santé pour l'ensemble de l'École de médecine de l'Université de Montréal pourrait permettre le rassemblement d'experts sous un même toit. Cela faciliterait non seulement le développement d'un curriculum continu, mais aussi une exécution plus aiguisée du contenu et potentiellement encourager la relève en recherche dans ce domaine bien précis.

¹⁴ Le LCME (*Liaison Committee on Medical Education*) est un processus d'accréditation volontaire qui assure le respect des standards en éducation médicale pour la diplomation en médecine (MD degree) aux États-Unis et au Canada.

Résidence

Une fois sur le terrain avec les patients, l'environnement médical freine ce type d'enseignement axé sur les arts et les sciences sociales, et ce, pour diverses raisons. Doukas et al. (2015) mentionnent en premier lieu le stress et le manque de sommeil comme enjeux rencontrés par les résidents. En deuxième lieu, les résidents font face à plusieurs manques de la part de l'École, notamment le manque de formation, d'engagement, de soutien et de récompenses. Cela étant dit, même quand les étudiants se font supervisés lors d'interaction avec les patients, ils sont rarement les récepteurs d'un enseignement qui traite de l'éthique ou du professionnalisme. Les éducateurs de telles disciplines compétitionnent avec d'autres médecins pour du temps précieux avec les étudiants qui ne fait que réduire au fil du temps. La gestion de cet enjeu demande effort et vigilance de la part des médecins superviseurs. En fait, plus que jamais ils doivent agir en tant que modèle répliquable par les résidents. Accolés aux contraintes découvertes plus tôt, comme le manque de temps et la difficulté à trouver des superviseurs prêts à s'engager, la présence de rétroaction sur la communication est un des plus gros défis rencontrés tout au long de la professionnalisation comme je l'exprime ci-dessous.

Défis

Les pistes suggérées se frappent à des défis de taille. Je rappelle à nouveau la définition de professionnel par R. L. Cruess et al. (2004) où les chercheurs partagent que le professionnalisme est en partie la pratique d'un art. La beauté de l'art est souvent présentée comme subjective, comme quoi elle vit dans les yeux de la personne qui la regarde. Il en est de même avec le professionnalisme. Des médecins étudiants de l'École de médecine du Nouveau Mexique font le même constat sur l'apprentissage du professionnalisme : « Our peers consistently report that they have learned that professionalism is in the eye of the beholder regardless of the written definitions » (Brainard et Brislen, 2007, p. 1011). Si tous ont une définition différente, ceux qui l'exemplifient auront aussi des comportements différents, ce à quoi j'accorde les propos Eitel et al. (2000) : « professionalism of students depends on educators's own ».

De ce fait, l'importance des modèles de rôle ne fait que se confirmer. Le référentiel CanMEDS sert de modèle conceptuel où les compétences attendues chez les médecins sont centralisées, et ce,

autant pour les médecins en devenir que les superviseurs agissant comme modèle de rôle. Malgré ses intentions, le référentiel est perçu comme une idéalisation qui perd son sens dans l'opérationnalisation de son modèle et qui n'est peut-être pas mis en pratique et/ou interprété par les modèles de rôle de la même manière. Pour contrer ce sentiment, le référentiel CanMEDS devrait comprendre plus que la définition et les compétences attendues. Chacun des rôles devrait contenir des guides d'opérationnalisation et d'évaluation pour accompagner les modèles dans l'enseignement des rôles non médicaux.

Limitations de mon étude

Je souhaite commencer en soulignant la complexité et les minutieux détails du programme en médecine, et ce, de la sélection des candidats jusqu'à la toute fin de leur résidence. Bien que je me sois renseigné de diverses manières, l'exactitude du parcours que je reflète dans mon étude n'est peut-être plus à jour, notamment par la durée de ma recherche qui s'est étendue sur plus de quatre ans, dépassant ainsi les limites habituelles d'un dépôt de mémoire.

Position de chercheuse

Je n'ai en aucun cas caché ma relation face au sujet de ma recherche. J'y suis même très impliquée. La position de chercheuse que j'ai occupée cohabitait à la fois avec ma position de patiente. En recherche qualitative, la subjectivité du chercheur peut être vue à la fois comme une limite et une force. Ma position de chercheuse nourrissait à la fois mon envie de compléter cette recherche, mais faisait aussi en sorte qu'elle était guidée par mes expériences personnelles et mes valeurs. Ce double rôle peut influencer l'interprétation des résultats, voir rendre moins alerte le chercheur à certains angles morts. C'est d'ailleurs pourquoi plutôt que de taire le rôle de patiente, j'ai voulu le faire cohabiter avec celui de chercheuse. J'ai souhaité faire vivre mes réflexions personnelles à travers une recherche en profondeur du sujet. Ainsi, j'ai pu utiliser les données obtenues pour soutenir le cheminement de mes réflexions de patiente.

Échantillon de la recherche

J'ajoute aux limitations la taille de mon échantillon. Bien que j'aie rencontré 12 personnes, leur catégorisation d'externe, résident et médecin superviseur circonscrit chaque catégorie à

seulement 4 participants. Vu ainsi, l'échantillon est plutôt restreint si nous comparons au bassin complet d'étudiants à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal estimé à plus de 6000 étudiants (tous programmes confondus).

Opinion et intérêt des participants

En faisant les démarches pour regrouper tous les participants nécessaires, le sujet de la recherche était présenté. Je crois donc que pour avoir pris contact avec moi après avoir vu l'affiche de recrutement, les participants ont un intérêt envers le sujet, ou du moins sentait qu'ils avaient ces propos à partager.

Il peut être intéressant de penser que les personnes rencontrées avaient une opinion qui favorisait la place de la communication. Des 12 personnes rencontrées dans le cadre de ma recherche, plusieurs proviennent de la médecine familiale ou planifiait s'y spécialiser. J'ai d'ailleurs démontré lors de la présentation des résultats que la médecine familiale offrait à la communication une place importante dans son enseignement. Il peut donc paraître peu surprenant que les participants avaient un attachement avec la médecine familiale.

Profil sociodémographique

Dans un autre ordre d'idée, quand je regarde le profil sociodémographique de mon échantillon, je suis dans l'impossibilité de dire qu'il est diversifié. Quand je suis arrivée à offrir des pseudonymes aux participants, j'ai d'abord voulu être dans l'adoption de prénom multiethniques. Toutefois, en faisant ainsi, je remarquais que je dénaturais le réel portrait des participants. Je le souligne comme une limitation au sens où mes observations et analyses se fondent sur une population plus que majoritairement caucasienne, de classe moyenne à élevée. Avec cette observation, je me rends compte que je n'ai pas dans ma recherche de participants porté une attention particulière au ciblage de profil sociodémographique spécifique (sexe, langue, nationalité, etc.) Mon échantillon n'est donc peut-être pas le plus représentatif de la communauté médicale, donc il est plus difficile de généraliser les propos partagés. En ce sens, si je devais refaire la sélection de participants, j'explorerais d'autres canaux de partage, notamment des associations ou communautés spécifiques au sein de l'Université de Montréal.

Le manque de représentation de minorités visibles m'amène à des questionnements et à des pistes d'exploration sur la relation médecin-patient et la pertinence d'une approche centrée sur le patient adoptée à l'extérieur de l'Amérique du Nord et à l'intérieur d'autres cultures. Pour inciter l'exploration de ces avenues, je propose des articles déjà ciblés sur la question de la communication et l'approche centrée sur le patient à l'extérieur du Canada et des États-Unis (Camara et al., 2020; Cubaka et al., 2018; Ribeiro et al., 2007). Les articles mentionnés ne sont que quelques-uns parmi tant d'autres, ils sont ciblés pour démontrer la pertinence du questionnement hors frontière et questionner non seulement le rôle du médecin, mais aussi celui du patient.

Désormais en tant que patiente

Le sujet et l'angle de ma recherche avaient pour intérêt le point de vue des étudiants et acteurs de l'École de médecine. Cependant, il ne faut pas oublier que pour danser le tango, il faut être deux. J'ai dansé dans ma recherche avec le rôle du médecin, mais le rôle de patient est tout aussi important. Je reconnaissais peu en début de mon parcours en tant que patiente la place que je devais prendre. En fait, je ne savais pas que je devais y faire ma place. J'approchais la relation d'une façon traditionnelle, voire paternaliste. J'ai rapidement compris que j'avais besoin de plus, mais que pour ce faire, j'avais des comportements et réflexes à développer.

La personne qui occupe le rôle de patient a tout autant intérêt à se familiariser avec les responsabilités qui lui reviennent, notamment par la préparation de la consultation pour éviter les discussions de poignée de porte (les éléments oubliés que l'on se rappelle au moment de quitter le bureau du médecin et pendant laquelle la main est posée sur la poignée de la porte).

Comme le médecin, le rôle de patient s'apprend à partir d'une éducation. Les ressources sont déjà existantes à cet effet. Une plateforme comme Discutons Santé (<https://portail.capsana.ca/site/cepps/home.html>) a justement été développée dans un désir d'informer, médecins comme patients, sur les bonnes pratiques d'une consultation.

Désormais, en tant que patiente, je suis consciente du rôle que je joue dans la relation que je souhaite établir avec les professionnels de la santé. Je suis sensibilisée au cheminement, mais

surtout aux multiples autres rôles auxquels les médecins doivent se plier pour réussir à accomplir leur profession au quotidien. C'est une admiration toute particulière que j'apporte aux acteurs rencontrés qui, à leur manière, m'ont fait part des changements qu'eux aussi souhaitaient apporter.

Chapitre 8 – Conclusion

Après avoir conduit l'ensemble de ma recherche, j'entends bien les gens me dire que tout au long de mon parcours en tant que patiente, ce dont j'avais vraiment besoin, c'est un psychologue. À cela, je leur réponds que oui, c'est ce que j'ai fait. Il n'empêche que j'avais besoin d'une relation d'aide et de confiance dès le début. Bref, une relation qui m'accompagnerait dans les doutes et les nuances, mais surtout la vulgarisation d'un savoir expert qui dépasse largement le cadre de travail de la psychologie.

En guise de discussion, j'offrais comme angle principal la promotion des arts et des sciences sociales comme avenue intéressante dans l'apprentissage du rôle de communicateur. Autant peuvent-ils être une avenue intéressante pour apprendre la communication, autant j'en conçois la pertinence pour les patients. Autrement dit, je crois plus qu'approprier la présence de l'art pour apprendre, mais aussi pour narrer et faire sens de ce qui se passe en tant que patient. Une méthode artistique de la mise en histoire de la maladie peut façonner une voix à faire entendre et créer du matériel pour enrichir le curriculum en médecine.

Dans l'exercice de l'art comme manière de raconter, je conclus ma recherche avec le dépôt d'une dernière réflexion personnelle : un poème généré à partir de conversations et de réflexions qui sont d'abord le fruit d'un travail de recherche-crédation intitulé Chronique d'une douleur.

Je vous accueille intimement dans l'expérience de la polyarthrite rhumatoïde.

Marilou,

Comme elle me disait,
ça se passait en matinée
c'était cette sensation de pied cassé

en après-midi,
à l'épicerie
avec les gens
«voyons y a-tu rentré le carosse d'dans?»

Pied cassé, anxiété
c'était cette sensation du freaky friday
avec la plus vieille des aînées

fatiguée, drainée
on rit pis on dit que
je récupère les heures non dormies
en tant que bébé

entre deux pleurs
à ne rien y comprendre
c'était cette sensation
d'être envahie par la peur

j'inspire, j'expire
on ne sait jamais quand s'attendre au pire

Références bibliographiques

- Association canadienne de protection médicale. (2021, mai). *Plaintes au Collège en hausse : importance d'une bonne communication*. <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2018/college-complaints-on-the-rise-better-communication-can-help>
- Bardes, C. L. (2012). Defining "patient-centered medicine". *The New England Journal of Medicine*, 366(9), 782-783. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1200070>
- Barritt, P. (2005). *Humanity in healthcare: The heart and soul of medicine*. Radcliffe Publishing.
- Bluhm, R. (2009). Evidence-based medicine and patient autonomy. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 2(2), 134-151. <https://doi.org/10.2979/FAB.2009.2.2.134>
- Boudreau, J. D., Cassell, E. et Fuks, A. (2007). A healing curriculum. *Medical Education*, 41(12), 1193-1201. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02905.x>
- Boudreau, J. D., Cassell, E. et Fuks, A. (2018). Teaching a clinical method adapted to contemporary medicine (vol. 1). Dans J. D. Boudreau, E. Cassell et A. Fuks (dir.), *Physicianship and the rebirth of medical education* (p. 163-182). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780199370818.003.0011>
- Brainard, A. H. et Brislen, H. C. (2007). Viewpoint: Learning professionalism: A view from the trenches. *Academic Medicine*, 82(11), 1010-1014. <https://doi.org/10.1097/01.ACM.0000285343.95826.94>
- Burke, P. J. (1991). Identity processes and social stress. *American Sociological Review*, 56(6), 836. <https://doi.org/10.2307/2096259>
- Camara, B. S., Belaid, L., Manet, H., Kolie, D., Guillard, E., Bigirimana, T. et Delamou, A. (2020). What do we know about patient-provider interactions in sub-Saharan Africa? A scoping review. *Pan African Medical Journal*, 37, article 88. <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.37.88.24009>

- Carretier, J., Bataillard, A. et Fervers, B. (2009). La place du patient dans la médecine factuelle. *Journal de chirurgie*, 146(6), 537-544. <https://doi.org/10.1016/j.jchir.2009.10.016>
- Charon, R. (2001). Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust. *The Journal of the American Medical Association*, 286(15), 1897-1902. <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>
- Cheney, G. et Ashcraft, K. L. (2007). Considering “the professional” in communication studies: Implications for theory and research within and beyond the boundaries of organizational communication. *Communication Theory*, 17(2), 146-175. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.2007.00290.x>
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2015, juin). *Le continuum de la compétence : la compétence par conception*. <https://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/cbd/cbd-competence-continuum-diagram-legal-f.pdf>
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2022). *Historique De CanMEDS*. <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/about/history-canmeds-f>
- Comité central de gestion des MEMFI. (2019). *Informations sur les MEM 2020*. <https://medecine.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/8/2018/10/MEM.pdf>
- Creswell, J. W. et Poth, C. N. (2017). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4^e éd.). SAGE Publications.
- Cruess, R. L., Cruess, S. R., Boudreau, J. D., Snell, L. et Steinert, Y. (2014). Reframing medical education to support professional identity formation. *Academic Medicine*, 89(11), 1446-1451. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000427>
- Cruess, R. L., Cruess, S. R., Boudreau, J. D., Snell, L. et Steinert, Y. (2015). A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: A guide for medical educators. *Academic Medicine*, 90(6), 718-725. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000700>

- Cruess, S. R. et Cruess, R. L. (2016). Professionalism as a social construct: The evolution of a concept. *Journal of Graduate Medical Education*, 8(2), 265-267.
<https://doi.org/10.4300/JGME-D-16-00102.1>
- Cruess, S. R. et Cruess, R. L. (2017). From teaching professionalism to supporting professional identity formation: Lessons from medicine. *Mercer Law Review*, 68(3), 665-686.
- Cruess, S. R., Johnston, S. et Cruess, R. L. (2004). "Profession": A working definition for medical educators. *Teaching and Learning in Medicine*, 16(1), 74-76. https://doi.org/10.1207/s15328015t1m1601_15
- Cubaka, V. K., Schriver, M., Kayitare, J. B., Cotton, P., Maindal, H. T., Nyirazinyoye, L. et Kallestrup, P. (2018). 'He should feel your pain': Patient insights on patient-provider communication in Rwanda. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 10(1), article 1514. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v10i1.1514>
- Dodier, N. et Darbon, S. (1985). Eliot Freidson, La profession médicale. *Sciences sociales et santé*, 3(1), 129-143.
- Dominicé, P. (2010). Du silence de la souffrance à la parole des patients. *Le sujet dans la cité*, 1(1), 107-119. <https://doi.org/10.3917/lsdlc.001.0107>
- Dornan, T., Pearson, E., Carson, P., Helmich, E. et Bundy, C. (2015). Emotions and identity in the figured world of becoming a doctor. *Medical Education*, 49(2), 174-185. <https://doi.org/10.1111/medu.12587>
- Doukas, D. J., Kirch, D. G., Brigham, T. P., Barzansky, B. M., Wear, S., Carrese, J. A., Fins, J. J. et Lederer, S. E. (2015). Transforming educational accountability in medical ethics and humanities education toward professionalism. *Academic Medicine*, 90(6), 738-743.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000616>
- Eitel, F., Kanz, K.-G. et Tesche, A. (2000). Training and certification of teachers and trainers: The professionalization of medical education. *Medical Teacher*, 22(5), 517-526.
<https://doi.org/10.1080/01421590050110812>

- Faculté de médecine. (2021, septembre). *Les compétences essentielles à l'étude de la médecine*. Université de Montréal, Vice-décanat aux études médicales du premier cycle. <https://medecine.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/8/2021/10/Compe%CC%81tences-essentielles.pdf>
- Faculté de médecine. (s.d.). *Préclinique*. Université de Montréal, Doctorat de 1^{er} cycle en médecine. <https://md.umontreal.ca/preclinique/>
- Fernandes, S. (2009). Wittorski, R., Professionnalisation et développement professionnel. *Questions vives*, 5(11), 315-316. <https://doi.org/10.4000/questionsvives.632>
- Fontes, N. et Guardalabene, N. (1976). Structural-functionalism: An introduction to the literature. *Human Communication Research*, 2(3), 299-310. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.1976.tb00489.x>
- Frank, J. R., Snell, L., Sherbino, J. et Boucher, A. (2015). *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. <https://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/CanMEDS/CanMEDS-full-framework-f.pdf>
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. Dodd, Mead.
- Gaboury, I., Ouellet, K., Xhignesse, M. et St-Onge, C. (2018). Strategies identified by program directors to improve adoption of the CanMEDS framework. *Canadian Medical Education Journal*, 9(4), e26-e34. <https://doi.org/10.36834/cmej.43049>
- Ganesh, S. et McAllum, K. (2012). Volunteering and professionalization: Trends in tension? *Management Communication Quarterly*, 26(1), 152-158. <https://doi.org/10.1177/0893318911423762>
- Garnier, E. (2007). Plaintes contre les médecins au cœur des dénonciations : les problèmes de communication. *Le Médecin du Québec*, 42(11), 15-17. <https://lemedecinduquebec.org/Media/95037/015-019%C3%89cho1107.pdf>

- Giroux, L. (2016). Les métaphores et les modèles de relation clinicien-patient. Dans C. Richard et M.-T. Lussier (dir.), *La communication professionnelle en santé* (2^e éd., p. 61-91). Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Goulet, D. (1994). L'enseignement médical à l'université de Montréal : du modèle européen au modèle américain (1843-1980). *Les cahiers du Centre de recherches historiques*, 12. <https://doi.org/10.4000/ccrh.2746>
- Goupy, F., Abgrall-Barbry, G., Aslangul, E., Chahwakilian, A., Delaitre, D., Girard, T., Lassaunière, J.-M., Roche, N., Szwebel, T.-A., Dantchev, N., Triadou, P. et Le Jeunne, C. (2013). L'enseignement de la médecine narrative peut-il être une réponse à l'attente de formation des étudiants à la relation médecin-malade ? *La Presse médicale*, 42(1), e1-e8. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2012.09.012>
- Ha, J. F. et Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: A review. *The Ochsner Journal*, 10(1), 38-43.
- Ibarra, H. et Barbulescu, R. (2010). Identity as narrative: Prevalence, effectiveness, and consequences of narrative identity work in macro work role transitions. *Academy of Management Review*, 35(1), 135-154. <https://doi.org/10.5465/AMR.2010.45577925>
- Irby, D. M. et Hamstra, S. J. (2016). Parting the clouds: Three professionalism frameworks in medical education. *Academic Medicine*, 91(12), 1606-1611. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001190>
- Lammers, J. C. et Barbour, J. B. (2006). An institutional theory of organizational communication. *Communication Theory*, 16(3), 356-377. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.2006.00274.x>
- Lewis, S. J. et Orland, B. I. (2004). The importance and impact of evidence based medicine. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 10(5 Supp A), S3-S5. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2004.10.S5-A.S3>
- Lichstein, P. R. (1990). The medical interview. Dans H. K. Walker, W. D. Hall et J. W. Hurst (dir.), *Clinical methods: The history, physical, and laboratory examinations* (3^e éd.). Butterworths. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK349/>

- Loiseau, M., Antoniadis, G. et Ponton, C. (2010). Pratiques enseignantes et « contexte pédagogique » dans le cadre de l'indexation pédagogique de textes. Dans F. Neveu, V. Muni Toke, J. Durand, T. Klingler, L. Mondada et S. Prévost (dir.), *CMLF 2010 - 2ème congrès mondial de linguistique française* (p. 479-492). Institut de linguistique française <https://doi.org/10.1051/cmlf/2010233>
- Lussier, M.-T. et Richard, C. (2008). Because one shoe doesn't fit all: A repertoire of doctor-patient relationships. *Canadian Family Physician*, 54(8), 1089-1092.
- Mylrea, M. F., Gupta, T. S. et Glass, B. D. (2015). Professionalization in pharmacy education as a matter of identity. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 79(9), article 142. <https://doi.org/10.5688/ajpe799142>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2016.01>
- Patton, M. Q. (1980). *Qualitative evaluation methods*. SAGE Publications.
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., Débarges, B., Clavel, N. et Jouet, E. (2015). Le « *Montreal model* » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé publique*, 51(hors série), 41-50. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0041>
- Real, K., Bramson, R. et Poole, M. S. (2009). The symbolic and material nature of physician identity: Implications for physician-patient communication. *Health Communication*, 24(7), 575-587. <https://doi.org/10.1080/10410230903242184>
- Ribeiro, M. M. F., Krupat, E. et Amaral, C. F. S. (2007). Brazilian medical students' attitudes towards patient-centered care. *Medical Teacher*, 29(6), e204-e208. <https://doi.org/10.1080/01421590701543133>
- Richard, C. et Lussier, M.-T. (2016). *La communication professionnelle en santé* (2 éd.). Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Riutort, P. (2013). La socialisation : apprendre à vivre en société. Dans P. Riutort (dir.), *Premières leçons de sociologie* (p. 63-74). Presses universitaires de France.

- Roquet, P. (2012). Comprendre les processus de professionnalisation : une perspective en trois niveaux d'analyse. *Phronesis*, 1(2), 82-88. <https://doi.org/10.7202/1009061ar>
- Sacristán, J. A. (2013). Evidence based medicine and patient centered medicine: Some thoughts on their integration. *Revista Clínica Española*, 213(9), 460-464. <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2013.09.002>
- Singh Ospina, N., Phillips, K. A., Rodriguez-Gutierrez, R., Castaneda-Guarderas, A., Gionfriddo, M. R., Branda, M. E. et Montori, V. M. (2019). Eliciting the patient's agenda- Secondary analysis of recorded clinical encounters. *Journal of General Internal Medicine*, 34(1), 36-40. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4540-5>
- Smith, R. et Rennie, D. (2014). Evidence based medicine—an oral history. *British Medical Journal*, 348, article g371. <https://doi.org/10.1136/bmj.g371>
- Szasz, T. S. et Hollender, M.H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: The basic models of the doctor-patient relationship. *A.M.A. Archives of Internal Medicine*, 97(5), 585-592. <https://doi.org/10.1001/archinte.1956.00250230079008>
- Tamblyn, R., Abrahamowicz, M., Dauphinee, D., Wenghofer, E., Jacques, A., Klass, D., Smee, S., Blackmore, D., Winslade, N., Girard, N., Du Berger, R., Bartman, I., Buckeridge, D. L. et Hanley, J. A. (2007). Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *Journal of the American Medical Association*, 298(9), 993-1001. <https://doi.org/10.1001/jama.298.9.993>
- Times Higher Education. (2022). *Rankings: University of Montreal*. <https://www.timeshighereducation.com/world-university-rankings/university-montreal>
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight “big-tent” criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851. <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- Tracy, S. J. (2013). *Qualitative research methods: Collecting evidence, crafting analysis, communicating impact*. John Wiley & Sons.

Université de Montréal. (2014, mars). *Faculté de médecine de l'Université de Montréal : une quête d'excellence au service de la santé!* <https://medecine.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/8/document-promotionnel.pdf>

Université de Montréal. (2021, janvier). *Rencontre pré-externat avec les 2^e année.* [présentation] https://md.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/47/2019/02/Presentation_generale_externat_fevrier.pdf

Wald, H. S. (2015). Professional identity (trans)formation in medical education: Reflection, relationship, resilience. *Academic Medicine*, 90(6), 701-706. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000731>

Wells, W. A. (2004). Me write pretty one day: How to write a good scientific paper. *Journal of Cell Biology*, 165(6), 757-758. <https://doi.org/10.1083/jcb.200403137>

Weston, W. W., Brown, J. B. et Stewart, M. A. (1989). Patient-centred interviewing part I: Understanding patients' experiences. *Canadian Family Physician*, 35, 147-151.

Worthen, M. (2021, 10 avril). A once-in-a-century crisis can help educate doctors. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2021/04/10/opinion/sunday/covid-medical-school-humanities.html>

Annexes

GRILLE D'ENTRETIEN POUR LES ÉTUDIANTS

Question de recherche :

Comment les futurs médecins intègrent-ils le rôle de communicateur à la formation de leur identité professionnelle?

Objectifs de recherche et consentement :

- Notre objectif général est d'interroger la formation des médecins en ce qui a trait à la compétence communicationnelle. Plus spécifiquement, nous désirons mieux comprendre comment les différents acteurs de la Faculté (étudiante.s, enseignant.e.s et superviseur.e.s) font sens des apprentissages et des enseignements de la communication entre le médecin et le patient.
- Le formulaire de consentement est remis en format papier à la personne au début de l'entretien, il a été auparavant remis par courriel pour une prélecture. Une signature est demandée avant le début de l'entretien.

Phrases de vulgarisation pour présentation à la personne :

- Par la recherche, je tiens à réfléchir sur l'importance accordée à la communication par les étudiants et la manière dont leurs apprentissages se font tout au long du cursus
- En tant qu'étudiante en communication, ce qui m'intéresse c'est de rencontrer plusieurs personnes de la Faculté de médecine pour connaître leur point de vue sur la place et l'enseignement de la communication, alors aujourd'hui je m'intéresse fortement à votre point de vue en tant qu'étudiant(e) en médecine à l'Université de Montréal.

Thèmes :	Questions :
Présentation	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles études ou expériences vous ont mené en médecine et à quelle année du doctorat en êtes-vous? <ol style="list-style-type: none"> a. Qu'est-ce qui vous a guidé aux études en médecine? b. À votre avis, quels sont les compétences et ou les qualités les plus importants d'un bon médecin ?
Les cours	<ul style="list-style-type: none"> • Comment qualifieriez-vous vos méthodes personnelles d'apprentissage ? (action, théorie, réflexivité, etc.) • Les apprentissages sur la communication se sont faits de quelles manières (personnes, cours, activités, approches, externats) ? <ol style="list-style-type: none"> a. Lequel/lesquels sont plus importants pour vous? Qu'est-ce que vous avez aimé de X ou Y ? • Pourriez-vous me parler de la dernière fois que la communication a été abordé en cours ? <ol style="list-style-type: none"> a. La communication peut parfois s'avérer difficile. Comment cette difficulté est-elle abordée dans vos cours ? dans vos stages? • Avec qui faites-vous des retours sur vos situations de communication, vos questions, vos expériences ?

	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui semble le plus important à votre avis en ce qui a trait à la communication avec le patient ? Le plus difficile ? Le plus (ir)réaliste ? • On parle souvent du médecin en tant qu'expert scientifique, mais on demande que le médecin soit également bon communicateur. Sentez-vous une tension entre ces deux exigences ? (par exemple, concernant le dialogue avec le patient). Est-ce que l'on aborde cette question lors des enseignements sur la communication ?
Résidence	<ul style="list-style-type: none"> • Combien de résidences (stages) avez-vous fait jusqu'à maintenant ? Dans quels contextes cliniques ? • De quelle manière les enseignements sur la communication avec le patient concordent (ou pas) avec vos expériences cliniques en résidence ? • Qu'est-ce que vos expériences cliniques vous ont enseigné.e en ce qui a trait à la communication avec le patient? • Quels enjeux de la communication semblent les plus importants ou valorisés ? Quels enjeux de la communication vous semblent moins importants ou valorisés? <ul style="list-style-type: none"> a. Est-ce que cela vous semble varier selon le contexte clinique (par exemple, en médecine de famille versus un autre spécialité) ? Si oui, comment ?
Opinion et suggestion(s)	<ul style="list-style-type: none"> • Quel moment (jusqu'à présent) a été le plus « révélateur » en termes d'apprentissage sur la communication pour toi ? (situations, personnes, cours, etc.) • Quels seraient les commentaires et les suggestions/modifications que vous aimeriez partager avec des personnes de la faculté sur l'enseignement de la communication ? <ul style="list-style-type: none"> • Si vous aviez une baguette magique pour améliorer l'enseignement de la communication entre patient et médecin, quels seraient vos souhaits ?
Conclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Autres choses sur le sujet que vous aimeriez partager et que nous n'avons pas pu traiter pendant notre rencontre?

GRILLE D'ENTRETIEN POUR LES ENSEIGNANTS/SUPERVISEURS

Question de recherche :

Comment les futurs médecins intègrent-ils le rôle de communicateur à la formation de leur identité professionnelle?

Objectifs de recherche et consentement :

- Notre objectif général est d'interroger la formation des médecins en ce qui a trait à la compétence communicationnelle. Plus spécifiquement, nous désirons mieux comprendre comment les différents acteurs de la Faculté font sens des apprentissages et des enseignements de la communication entre le médecin et le patient.
- Le formulaire de consentement est remis en format papier à la personne au début de l'entretien, il a été auparavant remis par courriel pour une prélecture. Une signature est demandée avant le début de l'entretien.

Phrases de vulgarisation pour présentation à la personne :

- Par la recherche, je tiens à réfléchir sur l'importance accordée à la communication par les étudiants et la manière dont leurs apprentissages se font tout au long du cursus
- Moi, je suis étudiante en communication et ce qui m'intéresse c'est de rencontrer plusieurs personnes de la Fa
- culture de médecine pour connaître leur point de vue sur la place et l'enseignement de la communication, alors aujourd'hui je m'intéresse fortement à votre point de vue en tant qu'enseignant.e ou superviseur.e à l'Université de Montréal.

Thèmes :	Questions :
Présentation	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles études ou expériences vous ont mené en médecine et quel poste occupez-vous actuellement? <ul style="list-style-type: none"> a. Où avez-vous complété vos études? Remarquez-vous des différences dans la manière dont la communication est promue ? b. À quel moment de votre scolarité croyez-vous avoir appris le plus sur la communication? • Qu'est-ce qui vous a guidé à l'enseignement ou à la supervision de la médecine? <ul style="list-style-type: none"> a. Un professeur, une expérience qui vous a marqué? b. Selon vous, qu'est-ce qui définit un bon médecin / une bonne médecine?
Les cours	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les outils ou le matériel pédagogique que vous utilisez pour les objectifs de communication dans vos cours/votre supervision? • Comment faites-vous le suivi de la compétence <i>communicateur</i> avec vos étudiants ? <ul style="list-style-type: none"> ○ De quelle manière la rétroaction est-elle partagée? • Qu'est-ce qui semble le plus important à votre avis en ce qui a trait à la communication avec le patient ? Le plus difficile ? Le plus (ir)réaliste ? <ul style="list-style-type: none"> ○ À quel genre de difficultés croyez-vous que les étudiants font face par rapport à la communication?

	<ul style="list-style-type: none"> • En fin d'année, recevez-vous de la rétroaction sur votre enseignement ? Si vous vous sentez à l'aise de partager, qu'en est-il?
Opinion et suggestion(s)	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle importance doit être accordée à la communication entre le médecin et le patient au cours de la formation ? • Quels seraient les commentaires et les suggestions/modifications que vous aimeriez partager avec des personnes de la faculté sur l'enseignement de la communication ? • Si vous aviez une baguette magique pour améliorer l'enseignement de la communication entre patient et médecin, quels seraient vos souhaits ?
Conclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Autres choses sur le sujet que vous aimeriez partager et que nous n'avons pas pu traiter pendant notre rencontre?