

Passer de l'Etudiant Médecin au Médecin Responsable : Malaise et problématiques éthiques des étudiants en Médecine

Etude transversale sur les étudiants en DCEM 3
de Paris Descartes

Présenté et soutenu par

Matthieu PICCOLI

Directeur de mémoire : Pr. Christian Hervé

Remerciements :

Au Professeur Christian Hervé, pour ses apprentissages quotidiens, son accompagnement indéfectible et ses encouragements à quitter les ténèbres.

Au Professeur Marcel-Louis Viallard, pour la finesse de ses enseignements.

Au Docteur Marie-France Mamzer-Bruneel, pour sa vision sur l'éthique de la recherche.

A Monsieur Jean-Christophe Coffin, pour sa bienveillance.

A tous les intervenants de l'enseignement EM2R, pour la merveilleuse aventure qu'ils me font vivre.

A Marie-Françoise Courteau et Marie-France Cano pour leur aide précieuse.

Aux Etudiants du Master 2, pour leur bonne humeur et leur solidarité.

Aux patients qui m'apprennent à découvrir qui je suis.

« Etudie, non pas pour savoir plus, mais pour savoir mieux ! »

Sénèque

« A vouloir enseigner trop de médecine, on n'a plus le loisir de former le médecin. »

Jean Hamburger¹

¹ Hamburger J, 1972, La puissance et la fragilité : Essai Sur Les Métamorphoses De La Médecine et De L'Homme, Flammarion, Paris, 206 p.

Sommaire

Remerciements :	3
I) Introduction & contexte :	7
A) Mission de relations entre la Faculté, les patients, les familles et le grand public – point de départ de l'étude :	7
B) Évolution de l'EA 4569 :	8
C) Construction d'un référentiel de compétences spécifique au DCEM :	8
D) Enseignement : De l'Étudiant Médecin au Médecin Responsable (EM2R) :	9
E) Problématique :	10
F) Analyse de la littérature :	10
II) Matériels et méthodes :	12
A) Population :	12
B) Définitions :	12
C) Objectifs de l'étude :	13
1) Objectifs primaires :	13
2) Objectifs secondaires :	13
D) Design de l'étude :	13
E) Construction du questionnaire :	14
F) Variables de réponses :	15
G) Outils pour établir la prévalence du malaise, du stress et d'éléments préfigurant du burnout :	15
H) Outils de création, diffusion, gestion et analyse des données :	17
I) Mode de recrutement :	17
J) Taux de participation minimal :	17
III) Résultats :	18
A) Nombre de réponses :	18
B) Résultats sur les objectifs principaux :	19
1) Prévalence du malaise, du stress, d'éléments préfigurant un burnout syndrom :	19
2) Identifier les tensions éthiques pouvant être responsables d'un malaise chez les étudiants :	21
C) Résultats des objectifs secondaires :	23
1) Établir un lien de corrélation entre le malaise ressenti par les étudiants et la plupart des facteurs de ce malaise identifiés comme tels par les étudiants de DCEM 3 sur les forums Moodle dédiés à EM2R et si possible, des facteurs « protecteurs » qui eux, n'avaient pas été évoqués en tant que tels par les étudiants sur ce Moodle.	23

2) Vérifier l'adhésion de la promotion de DCEM 3 à un référentiel de compétences et de valeurs éthiques et humaines, fourni aux étudiants de EM2R.	24
IV) Discussion :	26
A) Malaise, souffrance, éléments préfigurant un burnout syndrom :.....	26
B) Identifier les tensions éthiques pouvant être responsables d'un malaise chez les étudiants :	27
C) Etablir un lien de corrélation entre le malaise ressenti par les étudiants et la plupart des facteurs de ce malaise :	30
D) Vérifier l'adhésion de la promotion de DCEM 3 à un référentiel de compétences et de valeurs éthiques et humaines, fourni aux étudiants de EM2R.....	32
V) Conclusion :	34
Comment prévenir le malaise et le stress chez les étudiants en médecine ?.....	34
VI) Bibliographie	35
VII) Annexes :	37
A) Annexe n°1 : lettre de mission du Doyen Berche	37
B) Annexe n°2 : Programme de l'enseignement de l'Etudiant Médecin au Médecin Responsable 39	
C) Annexe n°3 : Contenus des forums moodle ayant servi à la construction du questionnaire	51
D) Annexe n°4 : Questionnaire diffusé aux étudiants :	97
F) Annexe n°5 : Résultats du questionnaire diffusé aux étudiants :	117
Résumé	145
Abstract.....	146

I) Introduction & contexte :

A) Mission de relations entre la Faculté, les patients, les familles et le grand public – point de départ de l'étude :

Le 10 octobre 2008, le Doyen de la Faculté de Médecine de Paris Descartes, le Pr. Patrick Berche, nommait le Pr. Christian Hervé responsable d'une mission de relations entre la Faculté de Médecine Paris Descartes et les patients, les familles et le grand public, afin de diffuser le savoir médical vers le grand public, de sensibiliser la population aux problèmes de santé publique et de faire vivre un embryon de démocratie sanitaire.²

S'inspirant de la Faculté de Médecine d'Harvard, la Faculté de Médecine Paris Descartes, s'est dotée d'un nouveau site Internet et a mis en valeur différemment des conférences qui étaient organisées par le Laboratoire d'Éthique Médicale, en les ouvrant davantage. Ces conférences, lieu de rencontre de toute la communauté universitaire (Enseignants-chercheurs, Étudiants, Médecins, autres disciplines universitaires, ...) avec la Cité, ont été baptisées « Les Rencontres d'Hippocrate ».

L'une des premières conférences avait pour thème « L'enseignement de la Médecine »³, et le débat y avait été particulièrement animé avec les étudiants. Il ressortait de ce dernier qu'une partie des attentes des étudiants vis-à-vis de leurs études ne trouvait pas d'écho dans l'organisation actuelle de celles-ci.

Dans le même temps, la prise de conscience collective d'une déshumanisation de la relation soignant-soigné, devenue conflictuelle dans certains cas, s'illustre par la publication d'un rapport par la Haute Autorité de Santé (« la maltraitance ordinaire dans les établissements de santé »⁴) et par la création, suite à la publication du Rapport annuel 2009 du Médiateur de la République⁵, d'un pôle spécifique à la Santé et à la Sécurité des soins au niveau de l'Institution du Médiateur de la République.

A la lumière de ces documents, une commission est formée dans le cadre de la Mission voulue par le Doyen Berche, comprenant des Enseignants-Chercheurs, des Médecins ambulatoires, des étudiants, des patients et leurs représentants, des membres de la société civile.

Cette commission se réunira une dizaine de fois en l'espace d'un an et demi, en se demandant « comment faire pour que la relation soignant-soigné au sein des hôpitaux du Groupement Hospitalo-Universitaire Ouest soit la moins reprochable possible ». Une partie de la réflexion qui sera menée conduira à reprendre une partie des enseignements proposés en Deuxième Cycle des Études Médicales (DCEM) et à la création d'un enseignement optionnel à visée éthique ajoutée, ouvert aux Étudiants de (3^{ème} année du DCEM) : « De l'Étudiant médecin au Médecin Responsable », EM2R, qui sera validé par la Commission de Pédagogie le 1^{er} Juillet 2010 et adopté par le Conseil de la Faculté le 6 septembre 2010.

² Voir lettre de mission – Annexe n°1.

³ [L'enseignement de la médecine](#), conférence prononcée par le Pr. Robert Nicodème, Président de la section « formation et compétences médicales » du Conseil National de l'Ordre des Médecins, le 15 janvier 2009

⁴ Compagnon C, Ghadi V, la maltraitance ordinaire dans les établissements de santé, HAS 2009.

⁵ Médiateur de la République, rapport annuel 2009, La documentation française, 2009

Le postulat qui met en route cet enseignement repose sur deux éléments. D'un côté, les comportements qui peuvent être amenés à être problématiques pour les patients, lorsqu'ils émanent des chefs de service ou des médecins en exercice depuis longtemps, ont été forgés par une réflexion éthique différente, dans un contexte différent et qu'il sera particulièrement difficile de faire évoluer. D'un autre côté, on peut agir précocement, sur les étudiants en formation, afin qu'ils mettent en œuvre une relation soignant-soigné la moins irréprochable possible voire même qu'ils puissent servir d'impulsion à un changement pour les « médecins séniors ».

B) Évolution de l'EA 4569 :

La construction du référentiel pédagogique de cet enseignement, par les apports à bon escient et à propos de la totalité des membres de la commission, s'est faite en parallèle de l'évolution de l'EA4569, en intégrant, à différents degrés, la plupart des priorités des 3 axes de recherche du Département Universitaire lié à l'EA⁶, au programme de cet enseignement :

- Révolution des formes pédagogiques (création de 3 masters) autour des nouvelles formes de médecine et de son enseignement (coordination des parcours de soins et de santé, soins palliatifs, recherche des preuves en médecine légale). Création d'un DIU en collaboration avec l'Université Paris III, dans le cadre du PRES Sorbonne Paris Cité : « Médecine et Humanités », récompensé par l'appel d'offres « Projets Pédagogiques Émergents », dans l'organisation d'une « Summer School »
- Nouvelles technologies appliquées à la personne humaine et régulation de la recherche, de la loi Huriet à la loi Jardé
- Violence, maltraitance, populations vulnérables : Droits de l'homme et dignité humaine

L'évolution transversale de ces 3 axes, avec des dynamiques pluriprofessionnelles grâce notamment aux apports de « Philépol » (philosophes, sociologues, ...) dans une thématique « Éthique, Politique et Santé », a pour objectif la construction d'une politique de santé nouvelle.

C) Construction d'un référentiel de compétences spécifique au DCEM :

Au passage, cela passe par la définition d'un référentiel de compétences propres à tout étudiant qui quitte le DCEM, qui s'est adapté d'un modèle canadien, CanMEDS⁷, transposé une première fois à la Faculté de Médecine d'Ottawa en 2008, puis une seconde fois par l'Association Nationale des

⁶ Procès-Verbal du Conseil de Faculté de Médecine de Paris Descartes du 31 janvier 2011 [en ligne] http://www.medecine.univ-paris5.fr/IMG/pdf/2011_31janvier.pdf, (consultée le 06/01/2012)

⁷ Frank JR, [le cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins, Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada](#), 2005

Etudiants en Médecine de France en février 2012⁸, avant d'être modifié en avril 2012 au niveau de la Commission Pédagogique Nationale des Études de Santé⁹.

Ce référentiel de compétences n'est pas anodin pour les étudiants en médecine, puisqu'il confirme formellement qu'ils doivent développer toutes les compétences d'un « acteur d'éthique médicale » (« Clinicien, Communicateur, Coopérateur - membre d'une équipe soignante, Acteur de Santé Publique, Réflexif et Scientifique »)¹⁰.

D) Enseignement : De l'Étudiant Médecin au Médecin Responsable (EM2R) :

Ce développement de compétences personnelles a également servi de trame dans la construction de l'enseignement EM2R. Les 6 objectifs fondamentaux de cet enseignement (*Susciter le questionnement, Développer l'esprit critique, Aborder certaines situations avec des patients, S'ouvrir sur d'autres disciplines pour apporter un regard nouveau, Repenser la Santé dans un cadre plus large, Aborder un soin transculturel*) sont déclinés en 70 objectifs pédagogiques répartis sur 10 modules de 3 heures d'enseignements.¹¹

Les différents intervenants ont pour consigne de mettre la forme, interactive, au service du fond, dans une éthique de la discussion, de type J. Habermas, vers une véritable démocratie sanitaire, en identifiant 3 temps dans la séance : Information (de manière à ce que chacun possède le sujet), Discussions des étudiants avec les patients, dirigée par un patient et synthèse, en tant que reprise des objectifs pédagogiques).

Un autre aspect de cet enseignement réside dans la rédaction d'un mémoire avec le tutorat d'un médecin et d'un patient, selon des préconisations du rapport Cordier.^{12,13}

Ce mémoire est le témoin d'une réflexion éthique construite à partir des apports des différents modules, sur une situation vécue personnellement par l'étudiant en médecine, et est soutenu devant un jury composé d'enseignants-chercheurs, de médecins et de patients.

Il vise également à servir de matériel à une banque de sujets sur plusieurs années, afin de servir de témoignage pour les « médecins séniors », voire impulser certains changements de comportements à la lumière de ces témoignages.

⁸ [Référentiel de compétences à acquérir lors du Diplôme de Formation Approfondie de Sciences Médicales](#), Association Nationale des Etudiants en Médecine de France, Février 2012

⁹ Le Référentiel Compétences en fin de second cycle des études médicales ou Grade master, CPNES Médecine, 2012

¹⁰ Le Référentiel Compétences en fin de second cycle des études médicales ou Grade master, CPNES Médecine, 2012

¹¹ Piccoli M, Hervé C et al, Mobilisation de la communauté universitaire de Paris Descartes Médecine pour sensibiliser les étudiants et les patients à une relation irréprochable à l'aide de formes pédagogiques nouvelles, Etats Généraux de la Formation Médicale, Paris, 2011

¹² Cordier A. Ethique et Professions de santé, Rapport remis au Ministère de la Santé, Commission Ethique et Professions de Santé, 2003

¹³ Comité Consultatif National d'Ethique, Avis n° 84 sur la formation à l'éthique médicale, 2004

Aussi cet enseignement est-il l'occasion d'une évaluation rigoureuse tant sur le plan quantitatif que qualitatif, autour de la manière dont les étudiants de DCEM 3 à Paris Descartes perçoivent l'enseignement de l'éthique médicale au sein du reste de leurs enseignements.

L'évaluation des enseignements de l'année 2010/2011 avait d'ailleurs permis de souligner l'importance pour les étudiants de bénéficier pour la première fois d'une libre parole afin d'exprimer les éléments de leur propre réflexion et de les partager avec leurs camarades, des médecins et des patients.

D'ailleurs, dans le cadre de l'appel à Projets Pédagogiques Émergents lancé par le PRES Sorbonne Paris Cité, cet enseignement a été étendu aux Universités Paris 7 Diderot et Paris 13 Nord, avec l'intégration d'un outil informatique collaboratif, permettant un forum d'échanges entre les étudiants de cet enseignement, c'est-à-dire renforçant la diffusion d'une libre parole des étudiants. Les éléments introduits sur ce forum par les étudiants y ont tous été enregistrés.

E) Problématique :

Ainsi, grâce aux expressions orales des étudiants en 2010 / 2011 et aux expressions écrites sur les forums en 2011 / 2012, s'est posée à nous une problématique éthique :

Les étudiants en DCEM 3 ayant participé en 2011/2012 à l'enseignement EM2R à la Faculté de Médecine Paris Descartes ont exprimé sur des forums internet dédiés sur l'espace un certain nombre d'opinions, à commencer par une forme de malaise dans leurs pratiques apprenantes, particulièrement en situation clinique. Sont-ce des opinions marginales, que seuls des étudiants qui recherchent un questionnement éthique ou sont-elles partagées par le reste de leur promotion ?

Ainsi, il s'agit bien de confronter les résultats de l'analyse des contenus des forums « moodle » de l'enseignement EM2R avec les opinions du reste de leur promotion et de savoir si les étudiants de cette promotion présentent un malaise, d'étudier les tensions éthiques qui peuvent en être responsable, avec, si possible, des liens de corrélation, et enfin, l'adhésion de cette promotion à un référentiel de compétences.

F) Analyse de la littérature :

Les prérequis dans ce domaine sont d'extrapolation délicate en France, et il s'agit :

- soit d'études Étatsuniennes, c'est-à-dire réalisées sur des populations évoluant au sein d'un système de santé et d'un système éducatif différents :

- Sur la prévalence du burnout chez les étudiants, soit en « pre-med school »¹⁴, avec une vision centrée plutôt sur la charge de travail en tant qu'étudiant, mais n'insistant pas sur la tension éthique entre pratique et principe, soit chez des internes¹⁵, avec une vision de l'interne comme un professionnel supervisé, mais n'insistant pas sur le modèle d'apprentissage, au sein d'un système de santé.
- Sur les causes et conséquences de la souffrance des étudiants¹⁶, basée sur une revue de la littérature, mais qui scinde d'un côté, la « charge de travail ressentie par les étudiants » en « pre-med school », l'équivalent de notre pré-externat, soit 3 ans avant la DCEM 3 en France et de l'autre des « tensions éthiques » ou la « découverte de la souffrance humaine », chez des « senior residents », c'est-à-dire des Internes avancés : il s'agit donc d'une population très hétérogène.
 - o Soit de thèses françaises :
 - Sur la prévalence du burnout chez les internes¹⁷, mais la méthode de construction de l'étude, basée uniquement sur un auto-questionnaire, ne partait pas d'un constat émis par les étudiants
 - Sur le vécu des étudiants durant leurs études¹⁸, à travers plusieurs focus groupes sur 24 étudiants, toutes promotions confondues, qui présente l'avantage de partir du vécu des étudiants, mais qui, par le mélange de promotions, ne prend pas en compte les réformes du système d'enseignement dans son ensemble, notamment la réforme des ECN de 2009 et aborde le côté « pratique » de l'enseignement sans rentrer dans le détail de la relation particulière qui lie un patient et un soignant, fût-il en devenir.

Ainsi, il nous apparaissait important de partir du vécu, exprimé librement, des étudiants assistant à l'enseignement EM2R, pour en faire un questionnaire diffusé à l'ensemble des étudiants de DCEM 3 de Paris Descartes et vérifier ainsi la corrélation entre les deux au sein de la population des répondants.

¹⁴ Young C and al, Burnout in premedical undergraduate students, Acad Psychiatry, 2012, 1;36(1):11-16

¹⁵ Thomas NK, Resident Burnout, JAMA, 2004;292(23):2880-9

¹⁶ Dyrbye LN and al, Medical Student Distress : Causes, consequences, and Proposed Solutions, Mayo Clin Proc., 2005;80(12):1613-22

¹⁷ Cauchard L. De l'évaluation du burn out à la promotion du bien-être des internes en Languedoc-Roussillon. Thèse d'exercice en médecine. Montpellier : Université de Montpellier 1, 2009, 155 p.

¹⁸ Tholin S. Les étudiants en médecine : entre accomplissement et épuisement. Thèse d'exercice en médecine. Lyon : Université de Lyon 1, 2008, 249 p.

II) Matériels et méthodes :

A) Population :

La population que nous avons étudiée est constituée d'étudiants de DCEM 3. Ainsi, les critères d'inclusion étaient :

- Etudiants volontaires
- Scolarisés en DCEM 3 à la Faculté de Médecine Paris Descartes

Et le critère d'exclusion était :

- Étudiant scolarisé dans une toute autre année du cursus médical

Ainsi, la population d'étude pouvait être comparée à la population des étudiants qui étaient inscrits à EM2R, et l'on pouvait vérifier si les vécus qu'ils transmettaient étaient partagés par des étudiants qui leur étaient comparables.

Il était demandé aux étudiants d'EM2R de ne pas répondre au questionnaire.

B) Définitions :

Nous avons utilisé les définitions suivantes :

- **Malaise** : État de mal-être, mécontentement social latent, souffrance morale.¹⁹ État, sentiment de trouble, de gêne, d'inquiétude, de tension²⁰.
On n'y retrouve ni la notion de pathologie psychiatrique, ni la notion de conséquence dans le travail ou l'épanouissement personnel. Il s'agit d'un sentiment subjectif plus ou moins passager.
- **Stress** : Déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face.²¹
Il s'agit d'un état pré-pathologique lié au travail, dans le sens où des conséquences pathologiques du stress peuvent apparaître dans son histoire naturelle, mais ces dernières ne servent pas à définir le stress, juste à qualifier son intensité. Il n'y a de plus, pas nécessairement de corrélation entre le stress et l'efficacité au travail.
- **Burnout** : « Syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de bas niveau d'accomplissement personnel aboutissant à une perte d'efficacité au travail »²².

¹⁹ Dictionnaire Littré, 2^{ème} édition, Paris, 1872-1877.

²⁰ Dictionnaire Larousse 2012, Paris, 2012.

²¹ Agence Européenne pour la Santé et la Sécurité au travail, [en ligne] http://osha.europa.eu/fr/topics/stress/definitions_and_causes (consulté le 06/01/2012)

²² Maslach C. Burned out. Hum Behav. 1976;5:16-22

Il s'agit donc totalement d'une pathologie médicale à part entière. La définition insiste en outre sur le retentissement du burnout sur la qualité du travail.

C) Objectifs de l'étude :

Afin de vérifier que les opinions exprimées par les étudiants de la promotion 2011/2012 de l'enseignement optionnel « De l'Étudiant Médecin au médecin Responsable » sont véritablement partagées par l'ensemble de la promotion de DCEM 3 de Paris Descartes, nous avons établi des objectifs primaires et secondaires à cette étude :

1) Objectifs primaires :

- Établir la prévalence d'un malaise chez les étudiants en DCEM 3 de la Faculté de Médecine Paris Descartes et en complément, d'un stress, et des éléments préfigurant un burnout syndrom.
- Le cas échéant, identifier les tensions éthiques pouvant être responsables d'un malaise chez les étudiants.

2) Objectifs secondaires :

- Établir un lien de corrélation entre le malaise ressenti par les étudiants et la plupart des facteurs de ce malaise identifiés comme tels par les étudiants de DCEM 3 sur les forums Moodle dédiés à EM2R et si possible, des facteurs « protecteurs » qui eux, n'avaient pas été évoqués en tant que tels par les étudiants sur ce Moodle.
- Vérifier l'adhésion de la promotion de DCEM 3 à un référentiel de compétences et de valeurs éthiques et humaines, fourni aux étudiants d'EM2R.

D) Design de l'étude :

Afin d'atteindre ces objectifs, une étude observationnelle transversale a été réalisée auprès des étudiants en DCEM 3 de la Faculté de Médecine de Paris Descartes.

Elle se déroulait en deux temps, le premier consistait à procéder à l'analyse des contenus fournis par les étudiants inscrits à l'enseignement EM2R sur les forums dédiés à cet enseignement, à procéder à l'évaluation de ces enseignements, puis, dans un second temps, à vérifier que les affirmations faites étaient ou non, partagées par le reste de la promotion de DCEM 3.

E) Construction du questionnaire :

Les enregistrements des éléments introduits par les étudiants sur les forums Internet dédiés à l'enseignement EM2R²³, c'est-à-dire les discussions libres, non directives et non orientées, auxquelles les enseignants ne répondaient que ponctuellement à des questions précises ont été analysés.

L'analyse de ces contenus a servi de matériel pour construire le questionnaire, où les questions ou thématiques issues des interventions des étudiants de l'enseignement EM2R, ont été regroupées suivant plusieurs parties, après une première question qui servait à exclure les réponses qui ne remplissaient pas les critères d'inclusion.

Dans chaque partie, au moins une question permettait d'aborder, soit directement, soit indirectement, au moins une des trois composantes sur lesquelles repose le syndrome d'épuisement professionnel, à savoir « l'épuisement », la « dépersonnalisation » et « l'accomplissement personnel »^{24,25}, que celui-ci soit perçu comme étant directement vécu par l'étudiant ou qu'il le ressent comme important dans les médecins qu'il côtoie et sur lesquels il est amené à se forger un modèle.

Ainsi, la première partie s'intéressait à l'image que les étudiants se faisaient du « médecin idéal ». Cette partie était également scindée en deux sous-parties, la première portait sur une vision globale de la profession, la seconde sur la confrontation des valeurs du « médecin idéal » selon le référentiel de compétences de la faculté de Médecine d'Ottawa²⁶.

Dans la seconde partie, les questions portaient sur la place que prend, selon les étudiants, le médecin, dans le système de santé actuel. Ces questions portaient à la fois sur des préconçus forts sur l'exercice professionnel comme sur des éléments concrets de financement de la protection sociale.

Dans la troisième partie, les questions portaient sur le ressenti des étudiants sur leurs propres études ainsi que le rôle de celles-ci dans l'apprentissage du métier de Médecin.

Enfin, dans une dernière partie, l'étudiant était amené à donner son ressenti sur la place de la réflexion éthique dans les études de médecine.

²³ Faculté de Médecine de l'Université Paris Descartes, espace moodle de l'enseignement EM2R, [en ligne] <http://moodle.univ-paris5.fr/course/view.php?id=3544> (consultée le 12/01/2012)

²⁴ Maslach C. Burned out. Hum Behav. 1976;5:16-22

²⁵ Maslach C, Jackson SE. The Maslach burnout inventory : manual edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1986.

²⁶ Faculté de Médecine de l'Université d'Ottawa, Programme MD : compétences et objectifs éducatifs, [en ligne] http://www.med.uottawa.ca/Students/MD/assets/documents/Competencies_and_Educational_Objectives_FR.pdf (consulté le 12/01/2012)

F) Variables de réponses :

Afin d'obtenir de la part des étudiants un véritable positionnement sur chaque question, posée de manière neutre et non orientée et afin de vérifier si l'affirmation d'un ou des Etudiants de EM2R proposée sur le forum est partagée par la majorité des étudiants de la promotion générale de DCEM 3 à Paris Descartes, seules quatre propositions leur ont été faites, avec un choix unique, entre ces propositions : « Totalement d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord, totalement en désaccord ».

Ceci permet de pouvoir classer d'un côté les positions favorables (totalement d'accord et plutôt d'accord) et de l'autre, les positions défavorables (plutôt pas d'accord, totalement en désaccord).

Il s'agissait donc d'un auto-questionnaire en ligne.

Certaines questions, jugées particulièrement importantes, soit par les étudiants sur le forum ou selon notre propre appréciation, ont été rendues obligatoires.

G) Outils pour établir la prévalence du malaise, du stress et d'éléments préfigurant du burnout :

- Malaise :

Nous avons utilisé les questions n°57 à 60 pour appréhender le malaise : « **Votre situation d'étudiant médecin vous permet d'échapper à ce malaise** », « Le médecin choisit de ne pas avoir de malaise : son propre exercice l'empêche et permet des solutions », « Je mets de côté le malaise, tant que je ne suis pas en situation » et « je mets en place une démarche de réflexion éthique qui me sert de rempart au malaise ».

La question n° 59 servait ainsi de contrôle à la question n°57, afin de savoir si les réponses à la question 57 étaient fiables et reflétaient bien une sensation de malaise des étudiants pendant leurs études.

Ainsi, nous étudierons le nombre d'étudiants pour lesquels, sur au moins 1 question, un sentiment de malaise est reconnu, en additionnant le nombre de réponses en faveur du malaise sur le nombre de réponses totales aux questions 57 et 59.

Cependant, la prévalence du sentiment de malaise parmi les étudiants sera établie par le nombre de réponses concordantes aux questions n°57 : « Votre situation d'étudiant médecin vous permet d'échapper à ce malaise » et n°59 « Je mets de côté le malaise, tant que je ne suis pas en situation ».

- **Stress :**

Pour l'appréhender parmi les étudiants, nous avons utilisé, en plus des 2 questions précédentes, les questions n°37 : « J'ai l'impression d'être dans un système qui broie les énergies parmi les soignants », n°64 : « L'organisation actuelle des études conduit à une souffrance chez les étudiants », n°66 : « L'organisation des études conduit les étudiants à négliger leur propre santé », n°80 : « on m'apprend à savoir demander de l'aide quand j'en ai besoin », n°82 : « j'ai un sentiment d'inutilité dans mes aspirations pour la médecine » et n°84 : « j'ai déjà connu des situations où je me suis senti personnellement en échec dans ma position d'externe ».

Ainsi, nous étudierons le nombre d'étudiants pour lesquels, sur au moins 1 question, un sentiment de stress est reconnu, en additionnant le nombre de réponses en faveur du stress sur le nombre de réponses totales aux questions 37, 57, 59, 64, 66, 80, 82 et 84.

Cependant, la prévalence du stress parmi les étudiants sera établie par le nombre de réponses concordantes aux questions n°37 : « J'ai l'impression d'être dans un système qui broie les énergies parmi les soignants », n°57 : « Votre situation d'étudiant médecin vous permet d'échapper à ce malaise », n°59 « Je mets de côté le malaise, tant que je ne suis pas en situation » n°64 : « l'organisation actuelle des études conduit à une souffrance chez les étudiants », n°66 : « L'organisation des études conduit les étudiants à négliger leur propre santé », n°80 : « on m'apprend à savoir demander de l'aide quand j'en ai besoin », n°82 : « j'ai un sentiment d'inutilité dans mes aspirations pour la médecine » et n°84 : « j'ai déjà connu des situations où je me suis senti personnellement en échec dans ma position d'externe ».

- **Burnout :**

Pour appréhender des éléments préfigurant le burnout parmi les étudiants, nous avons utilisé, en plus des 8 questions précédentes, les questions : n°5 : « être médecin offre davantage d'épanouissement personnel qu'un autre métier », n°67 : « L'organisation actuelle des études a un impact négatif sur la santé des étudiants » et n°83 : « j'éprouve une perte d'estime de moi, je me remets en question ».

Ainsi, nous étudierons le nombre d'étudiants pour lesquels, sur au moins 1 question, un élément préfigurant un burnout syndrom est reconnu, en additionnant le nombre de réponses en faveur d'éléments préfigurant un burnout syndrom sur le nombre de réponses totales aux questions 5, 37, 57, 59, 64, 66, 67, 80, 82, 83 et 84.

Cependant, la prévalence d'éléments préfigurant le burnout parmi les étudiants sera établie par le nombre de réponses concordantes aux questions n°5 : « être médecin offre davantage d'épanouissement personnel qu'un autre métier », n°37 : « J'ai l'impression d'être dans un système qui broie les énergies parmi les soignants », n°57 : « Votre situation d'étudiant médecin vous permet d'échapper à ce malaise », n°59 « Je mets de côté le malaise, tant que je ne suis pas en situation » n°64 : « l'organisation actuelle des études conduit à une souffrance chez les étudiants », n°66 : « L'organisation des études conduit les étudiants à négliger leur propre santé », n°67 : « L'organisation actuelle des études a un impact négatif sur la santé des

étudiants », n°80 : « on m'apprend à savoir demander de l'aide quand j'en ai besoin », n°82 : « j'ai un sentiment d'inutilité dans mes aspirations pour la médecine », n°83 : « j'éprouve une perte d'estime de moi, je me remets en question » et n°84 : « j'ai déjà connu des situations où je me suis senti personnellement en échec dans ma position d'externe ».

H) Outils de création, diffusion, gestion et analyse des données :

Le logiciel Google Documents²⁷ a été utilisé pour élaborer, diffuser et gérer le questionnaire. Il a également été utilisé pour une partie de l'analyse des données, en complément du logiciel Microsoft Office Excel 2007²⁸.

Les analyses statistiques ont été réalisées, à chaque fois que cela était possible, en utilisant le test exact de Fischer, disponible via BiostaTGV²⁹ (avec un seuil de significativité de 5%, soit $p \leq 0,05$).

I) Mode de recrutement :

Le questionnaire était envoyé par mail, par la responsable de la scolarité des DCEM 3, à tous les étudiants de DCEM 3 régulièrement inscrits à la Faculté de Médecine pour l'année 2011/2012. Un rappel a été fait à 15 jours du premier envoi.

Par ailleurs, les étudiants de Deuxième cycle s'étant constitué une liste de diffusion électronique (mailing-list), l'envoi du questionnaire a également été fait sur ce support, par l'intermédiaire d'un étudiant de DCEM 3 qui a également procédé à un rappel à 15 jours du premier envoi.

J) Taux de participation minimal :

Nous avons jugé comme taux de participation minimal un taux de réponse voisin du taux de participation des Etudiants aux dernières élections des représentants étudiants au Conseil de Faculté de l'UFR de Médecine de Paris Descartes les 29 et 30 novembre 2010, soit 8 %.³⁰

²⁷ Google Documents, [en ligne] <http://www.docs.google.com>, © Google Inc., Mountain View, USA, 2011

²⁸ Microsoft® Office Excel® 2007 (12.0.6661.5000), © 2008 Microsoft Corporations.

²⁹ BiostaTGV, projet INSERM-UPMC U707, [en ligne] <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/> (consulté le 16/04/2012)

³⁰ D'après calcul effectué sur le Procès Verbal de Promulgation des élections partielles au Conseil de Gestion de l'UFR de Médecine Paris Descartes du 29 et 30 novembre 2010.

III) Résultats :

A) Nombre de réponses :

Entre le 31 mars 2012 et le 16 avril 2012, 61 étudiants ont répondu au questionnaire. 3 étudiants ne remplissent pas les critères d'inclusion, et ont donc été sortis de l'étude. Les 58 étudiants restant constituent donc la population à l'étude.

Sur ces 58 réponses, 2 étudiants rapportent (oralement, le questionnaire étant anonyme) faire partie de la promotion 2011/2012 de l'enseignement EM2R.

La promotion de DCEM 3 de 2011/2012 comportant 422 étudiants, l'échantillon représente 13,7 % de la promotion de DCEM 3, ce qui, d'après notre méthodologie, suffit pour être considéré comme représentatif de la promotion.

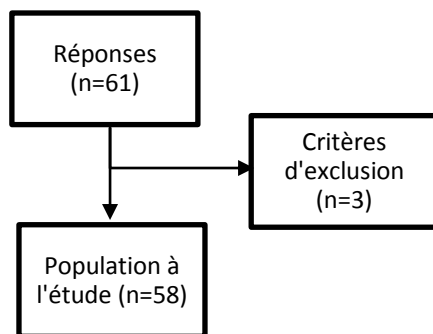


Figure 1 : Diagramme de flux

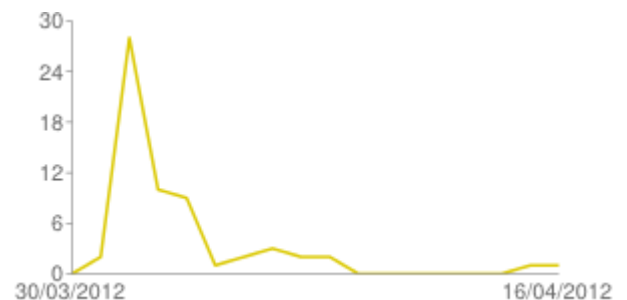


Figure 2 : Nombre de réponses quotidiennes

On peut observer sur la figure 2 le nombre de réponses quotidiennes, en gardant à l'esprit que la relance a eu lieu à 15 jours de l'ouverture du questionnaire. Pour rappel, au-delà du 16 avril 2012, il n'y a plus eu de réponse au questionnaire et aucune relance non prévue antérieurement n'a été effectuée.

B) Résultats sur les objectifs principaux :

1) Prévalence du malaise, du stress, d'éléments préfigurant un burnout syndrom :

- Malaise :

En ce qui concerne l'appréciation du malaise, les réponses à la question n°57 montrent 15 étudiants qui ne ressentent pas de malaise dans leur situation d'étudiant (26 %) contre 43 (74 %) qui en ressentent un.

Pour la question n°59, 25 étudiants qui répondent en accord en déclarant mettre le malaise de côté tant qu'ils ne sont pas en situation (43 %), contre 33 qui ne le mettent pas de côté (57 %).

Enfin, bien que **66 % des étudiants présentent au moins 1 réponse en faveur du malaise, il y avait une concordance pour 28 étudiants sur les 58 (48 %), soit une prévalence significative du malaise, estimée à presque la moitié de la population (p= 0.039).**

Question	Intitulé	Réponses en faveur du malaise (n/N)	%
57	<i>Votre situation d'étudiant médecin vous permet d'échapper à ce malaise</i>	43/58	74
59	<i>Je mets de côté le malaise, tant que je ne suis pas en situation</i>	33/58	57
	Concordance entre les 2 questions	28/58	48
	Au moins 1 réponse en faveur du malaise	76/116	66

- Stress :

Pour ce qui est de l'appréciation du stress, les réponses à la question n°37 montrent 39 étudiants sur 57 (**68 %**) qui ont l'impression d'être dans un système qui broie les énergies parmi les soignants.

Pour ce qui est de la question n°64, **83 %** des étudiants (n=48/58) pensent que **l'organisation des études conduit à une souffrance chez les étudiants.**

Pour la question n°66, 39 étudiants sur 58 (**67 %**) pensent que l'organisation des études conduit les étudiants à négliger leur propre santé.

Pour la question n°80, 36 étudiants sur 58 (**62 %**) pensent qu'on ne leur apprend pas suffisamment à demander de l'aide lorsqu'ils en ont besoin.

Pour la question n°82 : 32 étudiants sur 56 (**57 %**) ont un **sentiment d'inutilité** dans leurs aspirations pour la médecine.

Enfin, pour la question n°84, **91 % des étudiants qui ont répondu au questionnaire se sont déjà senti personnellement en échec** (n=51/56)

Enfin, bien que **68 % des étudiants présentent au moins 1 réponse en faveur du stress, il y avait une concordance sur 8 étudiants sur 56, soit une prévalence du stress chez 14 % des étudiants.**

Question	Intitulé	Réponses en faveur du stress (n/N)	%
37	<i>J'ai l'impression d'être dans un système qui broie les énergies parmi les soignants</i>	39/57	68
64	<i>L'organisation actuelle des études conduit à une souffrance chez les étudiants</i>	48/58	83
66	<i>L'organisation actuelle des études conduit les étudiants à négliger leur propre santé</i>	39/58	67
80	<i>On m'apprend à savoir demander de l'aide quand j'en ai besoin.</i>	36/58	62
82	<i>J'ai un sentiment d'inutilité dans mes aspirations pour la médecine</i>	24/56	43
84	<i>J'ai déjà connu des situations où je me suis senti personnellement en échec dans ma position d'externe</i>	51/56	91
	Concordance entre les 8 questions	8/56	14
	Au moins une réponse en faveur du stress	313/459	68

- **Burnout :**

Pour la question 5, 64 % des étudiants interrogés pensent qu'être médecin ne permet pas plus d'épanouissement personnel qu'un autre métier (n=37/58).

Pour la question 67, **72 % des étudiants ont l'impression que l'organisation des études a un impact négatif sur la santé des étudiants (n=42/58).**

Pour la question 83, **42 étudiants sur 57 (74 %) éprouvent une baisse d'estime de soi ou se remettent en question.**

Enfin, bien qu'il y ait **68 % des étudiants qui aient au moins une réponse affirmative aux questions sur les éléments préfigurant un burnout syndrom, il n'y a une concordance sur les 11 questions que pour 5 étudiants sur 56, soit une prévalence des éléments préfigurant un burnout chez 9 % des étudiants.**

Question	Intitulé	Réponses en faveur du burnout (n/N)	%
5	<i>Être médecin offre davantage d'épanouissement personnel qu'un autre métier.</i>	37/58	64
67	<i>L'organisation actuelle des études a un impact négatif sur la santé des étudiants</i>	42/58	72
83	<i>J'éprouve une perte d'estime de moi, je me remets en question</i>	42/57	74
	Concordance entre les 11 questions	5/56	9
	Au moins une réponse en faveur du burnout	434/632	68

2) Identifier les tensions éthiques pouvant être responsables d'un malaise chez les étudiants :

1) Place du médecin dans la société : 70 % des étudiants (n=37/53), pensent que **le métier de médecin a été dévalorisé sur le plan social**, 66 % qu'il l'a été **sur le plan financier** (n=35) et enfin 47 % qu'il l'a été **sur le plan intellectuel** (n=25)³¹. Enfin, pour la quasi-totalité (91 %) de la population étudiée (n=53/58), le médecin soit s'intéresser à d'autres domaines que la médecine³².

2) Au sein du système de santé, les moyens mis en regard de la demande de soins et de l'exigence de qualité des soins enseignée en Faculté de Médecine, sont des points sur lesquels les étudiants sont sensibilisés : pour 93 % des étudiants qui ont répondu à la question n°30 (n=54/58), il y a une tension entre les principes éthiques de qualité de la relation médecin – patient et les pratiques qui ne valorisent pas le temps de la relation.

En effet, 68 % de la population (n=39/57) pensent que **l'évolution du système de santé ne permet pas d'effectuer une prise en charge globale adaptée au patient**³³. Ils sont même 84 % à penser que **la tarification à l'acte ne valorise pas une médecine personnalisée** (n=47/56)³⁴.

3) Le rapport au juridique semble également important pour les étudiants, puisque pour 91 % de la population d'étude (n=53/57), les normes juridiques sont responsables chez les médecins d'une peur du médico-légal³⁵, qui se traduit, **pour 67 % d'entre eux (n=39/58) par la peur d'être confronté, un jour, à une poursuite judiciaire**³⁶.

La conclusion est, pour environ 2 étudiants sur 3 (67%), que la légalisation induit une **transition de la médecine d'investissement humain à une médecine de risque**³⁷ (n=35/52).

4) Sur le rapport avec les patients, 91 % de l'échantillon, s'accorde sur le rôle du médecin de **proposer une prise en charge que le patient peut refuser** (n=53/58)³⁸, ils accordent une place importante à l'écoute des patients, qu'ils admettent à 91 % comme permettant de faire penser différemment au médecin (n=53/58)³⁹. En retour, ils jugent la communication difficile, puisque pour 79 % de l'échantillon (n=46/58), le langage des médecins peut devenir non compréhensible par les autres⁴⁰.

³¹ Question 38.

³² Question 7.

³³ Question 29.

³⁴ Question 31.

³⁵ Question 39.

³⁶ Question 43.

³⁷ Question 42.

³⁸ Question 44.

³⁹ Question 50.

⁴⁰ Question 35.

- 5) Sur l'organisation de leurs études, les étudiants placent des exigences au moins aussi importantes que celles de la société à leur endroit : en effet, ils déplorent que l'organisation actuelle des études **conduise à un bachotage pour 93 % d'entre eux** (n=54/58)⁴¹, pire, pour presque 3 étudiants sur 4 (71 %), **la formation initiale ne permet pas d'apprendre ce qu'est véritablement le métier de médecin (n=41/58)**⁴² !

S'ils reconnaissent être formés à la pathologie, 76 % d'entre eux avouent manquer de formation sur la santé globale (n=44/58)⁴³.

Ils identifient également plusieurs manquements dans les contenus de leurs enseignements, comme par exemple celui de l'épuisement professionnel, pour 93 % d'entre eux⁴⁴, le manque de simulation médicale, pour 88 % d'entre eux⁴⁵ ou enfin qu'ils puissent aborder sur des temps spécifiques les grands tabous médicaux que sont la mort, l'argent, le sexe, le pouvoir et les conflits d'intérêts, pour 69 % d'entre eux.⁴⁶

Sur la forme de leurs enseignements, un peu plus de 8 étudiants sur 10 (81 %), ont l'impression que de nouvelles formes de pédagogie les aideraient à mieux apprendre (n=47/58)⁴⁷.

Ils sont dans une proportion similaire, 79 %, à demander à discuter de leurs études sous forme d'un compagnonnage avec des enseignants, des patients et d'autres étudiants⁴⁸, ce qui n'est pas sans rappeler la forme d'éthique de la discussion de l'enseignement EM2R⁴⁹.

Enfin, sur leur place pendant les stages hospitaliers, ils déplorent d'avoir parfois à faire des choses qu'ils n'approuvent pas : ainsi, **20 % des étudiants qui sont en désaccord avec le fait de confier à un externe le rôle d'annoncer l'aggravation du pronostic d'une maladie grave**⁵⁰, **ont pourtant déjà effectué une telle annonce** (n=11/53)⁵¹.

Paradoxalement, parmi ces 11 étudiants, 73 % sont « totalement en désaccord » avec le fait que ce soit dans leur fonction en tant qu'étudiant.

- 6) Sur la place d'une réflexion éthique, tant dans leurs études que dans leur vie professionnelle future, ils sont **81 % à juger nécessaire d'évoquer la fin de vie avec les patients**, avant qu'ils ne soient à un stade avancé de leur maladie (n=46/57).

⁴¹ Question 61.

⁴² Question 62.

⁴³ Question 63.

⁴⁴ Question 74.

⁴⁵ Question 76.

⁴⁶ Question 72.

⁴⁷ Question 79.

⁴⁸ Question 69.

⁴⁹ Cf. Annexe n°5

⁵⁰ Question 85.

⁵¹ Question 86.

La quasi-totalité, 97 % de l'échantillon (n=56/58) juge essentiel d'avoir une démarche de réflexion éthique⁵², construite, pour 98 % (n=57/58), à partir de situations concrètes problématiques, afin d'aider les professionnels dans leurs pratiques⁵³ et n'est surtout pas réservée qu'aux philosophes, pour 93 % de l'échantillon (n=53/57)⁵⁴.

Cependant, bien que 93 % reconnaissent essentiel un enseignement autour de la relation médecin-patient dans lequel interviendraient des patients (n=54/58)⁵⁵, ils sont 71 % (n=41/58) à déplorer que seule une minorité d'étudiants recherchent un questionnement éthique⁵⁶.

Enfin, ils savent montrer leur optimisme et **leur croyance en la perfectibilité de l'homme et de la société**, puisque pour 50 étudiants sur 55 (91 %), une médecine plus ouverte, plus humaine, multidimensionnelle et adaptée aux besoins de chaque patient peut exister !⁵⁷

C) Résultats des objectifs secondaires :

1) Établir un lien de corrélation entre le malaise ressenti par les étudiants et la plupart des facteurs de ce malaise identifiés comme tels par les étudiants de DCEM 3 sur les forums Moodle dédiés à EM2R et si possible, des facteurs « protecteurs » qui eux, n'avaient pas été évoqués en tant que tels par les étudiants sur ce Moodle.

Parmi tous les facteurs identifiés, les deux seuls dont on puisse établir de manière statistiquement significative l'association avec le malaise est l'identification d'une minorité d'étudiants qui recherchent un questionnement éthique.

En effet, l'association entre le fait de penser qu'une minorité d'étudiants recherchent un questionnement éthique⁵⁸ et le sentiment de malaise en tant qu'étudiant en médecine est statistiquement significative avec un Odds Ratio à **4,1903**, IC 95% [1.0273 ; 18.0439], **p=0.02**.

De plus, **68 % des étudiants qui pensent que la tarification à l'acte ne valorise pas une médecine personnalisée** expriment un malaise **et 78 % des étudiants qui expriment un malaise pensent que la tarification à l'acte ne valorise pas une médecine personnalisée (p=0,094)**.

Pour les autres résultats, il n'y a pas de chiffre statistiquement significatif, bien que, pour certaines convictions, il y ait une tendance statistique à diminuer l'expression du malaise, comme pour les étudiants qui ont la conviction que la légalisation induit une transition de la médecine

⁵² Question 88.

⁵³ Question 93.

⁵⁴ Question 92.

⁵⁵ Question 89.

⁵⁶ Question 90.

⁵⁷ Question 98.

⁵⁸ Question 90.

d'investissement humain à une médecine de risque, avec un **Odds Ratio à 0.2971**, (IC 95 % [0.0282 ; 1.6571] ; **p=0.178**).

C'est également le cas pour les étudiants qui reconnaissent avoir appris à demander de l'aide lorsqu'ils en ont besoin⁵⁹, pour lesquels on observe une tendance statistique à être protégé du malaise (Odds Ratio = **0.402**, IC 95 % [0.0975 ; 1.537], **p=0.143**) ou **pour ceux qui ont la conviction qu'une démarche de réflexion éthique est essentielle** (Odds Ratio = 0.1259, IC 95 % [0.0015 ; 10.7633] ; p=0.225).

D'ailleurs, **69 % des étudiants qui pensent qu'une démarche de réflexion éthique est essentielle pensent qu'il n'y a qu'une minorité d'étudiants qui recherchent un questionnement éthique**, en sachant que 95 % des étudiants qui ressentent un malaise pensent qu'une démarche de réflexion éthique est essentielle. De plus, **parmi les étudiants qui pensent qu'une minorité d'étudiants seulement recherchent un questionnement éthique, 95 % (n=39/41) s'accordent pour dire que cette réflexion est essentielle**.

En ce qui concerne l'expression de symptômes marqués de stress, **88 % des étudiants présentant des symptômes de stress aimeraient pouvoir discuter de leurs études avec des enseignants, des patients et des étudiants (p=0,672)**. Ce chiffre passe à **100 % pour les étudiants qui présentent des éléments préfigurant un burnout syndrom (p=0,573)**.⁶⁰ Il s'agit d'une tendance statistique et non d'un résultat statistiquement significatif.

De plus, nous avons deux tendances statistiques sur des éléments protecteurs à l'égard du stress et du burnout syndrom : d'un côté, le fait qu'une réflexion éthique soit essentielle pour les étudiants, et de l'autre le fait qu'un enseignement sur la relation soignant-soigné avec des patients soit essentiel.

En effet, à l'égard du stress, que ce soit le fait qu'une démarche de réflexion éthique soit essentielle ou qu'un enseignement sur la relation soignant-soigné avec des patients soit essentiel, les Odds Ratios sont égaux à **0.1576** (IC 95% [0.0019 ; 13.3491], p = **0.267**).

Pour ces deux éléments, la tendance statistique à des facteurs de protection vis-à-vis du burnout syndrom se confirme, puisque les Odds ratios sont égaux à **0.0886** (IC 95%[0.001 ; 7.839], p = **0.172**).

2) Vérifier l'adhésion de la promotion de DCEM 3 à un référentiel de compétences et de valeurs éthiques et humaines, fourni aux étudiants d'EM2R.

Ce système de valeurs était présenté dans les questions 15 à 28. Nous présentons ici dans l'ordre décroissant d'adhésion, les compétences reconnues comme fondamentales par les étudiants :

- **Clinicien (100 %, n=58/58)**

⁵⁹ Question 80.

⁶⁰ Question 69.

- Coopérateur (97 %, n=56/58)
- Déontologue (96 %, n=55/58)
- Communicateur (96 %, n=55/58)
- Scientifique (87%, n=50/58)
- Acteur de Santé Publique (87 %, n=50/58)
- Défenseur des droits des patients (83 %, n=48/58)

Cette hiérarchie est particulièrement importante à comparer avec le sentiment qu'ont les étudiants, que ces compétences sont suffisamment abordées, ou non, dans la formation initiale.

On retrouve alors la hiérarchie suivante, avec seulement 2 compétences qui semblent être suffisamment abordées dans la formation initiale :

- **Scientifique : suffisant pour 79 % des étudiants (n=46), soit 21 % des étudiants pour lesquels cette compétence est insuffisamment abordée pendant la formation initiale.**
- **Clinicien : suffisant pour 64 % des étudiants (n=37), soit près d'un tiers des étudiants pour lesquels cette compétence est insuffisamment abordée pendant la formation initiale.**
- Déontologue : insuffisant pour 53 % des étudiants (n=31)
- Acteur de santé publique : insuffisant pour 59 % des étudiants (n=34)
- Défenseur des droits des patients : insuffisant pour 69 % des étudiants (n=40)
- Coopérateur : insuffisant pour 83 % des étudiants (n=48)
- **Communicateur : insuffisant pour 90 % des étudiants (n=52)**

Ainsi, les étudiants adhèrent à au moins 83 % à la totalité des compétences du référentiel de compétences présenté dans l'enseignement EM2R.

IV) Discussion :

A) Malaise, souffrance, éléments préfigurant un burnout syndrom :

A notre connaissance, aucune étude antérieure n'avait tenté de séparer les 3 entités que sont malaise, stress et burnout syndrom chez les étudiants et d'en calculer la prévalence parmi des étudiants en DCEM 3 en France.

La prévalence du malaise, estimée à 48 % dans notre travail, est comparable aux chiffres de prévalence du burnout syndrom retrouvés dans la littérature soit chez des médecins (chez qui ce taux atteint environ 40 %⁶¹, identique chez les internes⁶²), soit avec les études américaines, qui situent le taux de burnout aux alentours de 50 %⁶³.

Après, le taux de stress chez les étudiants, dans notre travail, estimé à 14 %, est relativement similaire au pourcentage d'étudiants reportant une consommation excessive d'alcool dans une étude américaine⁶⁴.

Enfin, nous retrouvons également un taux d'éléments préfigurant un burnout syndrom chez 9 % des étudiants, ce qui est comparable au taux d'étudiants qui présentaient des idées suicidaires dans une étude américaine⁶⁵.

Ainsi, nous observons tout de même des chiffres beaucoup plus faibles que dans le reste de la littérature, à la réserve près que les populations dont nous parlons sont différentes, tant dans leur vie professionnelle, apprenante que personnelle.

Cependant, plusieurs éléments peuvent expliquer ces différences : les étudiants de DCEM 3, bien que reconnus comme « agents publics participant à l'activité hospitalière », comme tout étudiant en médecine à partir de la DCEM 2, par le Code de la Santé Publique⁶⁶, n'ont pas de responsabilité médicale à proprement parler, ils n'exercent à l'hôpital qu'à temps partiel, en tournant tous les 3 mois de service hospitalier et ils ne sont confrontés à la pratique que depuis environ une année universitaire. Ainsi, ces changements fréquents dans leur activité hospitalière peuvent-ils expliquer une faible prévalence du stress et du burnout syndrom parmi les étudiants.

⁶¹ Romero-Vidal E. L'épuisement professionnel : l'évaluer et le comprendre par une étude épidémiologique auprès des médecins généralistes héraultais [Thèse d'exercice] ; 2010.

⁶² Cauchard L. De l'évaluation du burn out à la promotion du bien-être des internes en Languedoc-Roussillon [Thèse d'exercice]. 2009

⁶³ Dyrbye LN, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. Ann. Intern. Med. 2008 sept 2;149(5):334-41.

⁶⁴ Dyrbye LN and al, Medical Student Distress : Causes, consequences, and Proposed Solutions, Mayo Clin Proc., 2005;80(12):1613-22

⁶⁵ Dyrbye LN, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. Ann. Intern. Med. 2008 sept 2;149(5):334-41

⁶⁶ Article R6153-46 du Code de la Santé Publique [en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006918845&dateTexte=&categorieLien=cid> (consulté le

De plus, les étudiants de cette année ne sont pas encore complètement concernés directement par les Épreuves Classantes Nationales (ECN), dont le classement conditionne la spécialité et le lieu dans lequel l'étudiant sera amené à exercer son Internat.

Cependant, peut-être pouvons-nous également remettre en cause l'association entre les définitions sur lesquelles nous nous sommes accordés et les questions que nous avons utilisées, à partir de l'analyse de contenus des étudiants, pour les vérifier chez les étudiants de la promotion. Cependant, les contenus exprimés sur les forums ne faisaient probablement pas la même distinction sémantique que celle que nous avons proposée. En sortant beaucoup plus de l'analyse de contenus, nous aurions probablement pu utiliser une traduction de l'échelle MBI⁶⁷ (Maslach burnout inventory) ou de l'échelle BMS-10 (Burnout Measure Short version)⁶⁸.

Ainsi, la principale force de travail consiste en la construction du questionnaire à partir de l'analyse des contenus des messages laissés par les étudiants sur la plate-forme de forums dédiés « Moodle » par les Etudiants de l'enseignement EM2R.

Cependant, le grand nombre d'éléments à vérifier a rendu le questionnaire assez long, avec une période de réponses assez courte, un nombre de relances limité pouvant conduire à limiter la puissance de ce travail, qui recueille cependant un taux de participation supérieur aux élections étudiantes du Conseil d'UFR de la Faculté de Médecine en novembre 2010, seuil de significativité que nous avons choisi.

B) Identifier les tensions éthiques pouvant être responsables d'un malaise chez les étudiants :

Deux études^{69,70} s'intéressent particulièrement aux difficultés des étudiants en médecine dans leur appréhension de la relation médecin-patient. Il y est particulièrement intéressant d'observer que de nombreux facteurs qu'ils identifient comme responsables d'une érosion de l'empathie chez les étudiants se retrouvent être les mêmes que ceux que nous identifions comme pouvant être responsables d'un malaise chez les étudiants.

On cite notamment, la peur de faire des erreurs, un programme d'études exigeant, le manque de temps, le manque de sommeil et un environnement hostile. Nous n'avons, pour notre part, pas abordé ni le manque de temps, ni le manque de sommeil, car les étudiants n'avaient pas abordé ces

⁶⁷ Maslach C, Jackson SE. The Maslach burnout inventory : manual edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1986.

⁶⁸ Lourel M, Gueguen N, Mouda F, l'évaluation du burnout de Pines : adaptation et validation en version française de l'instrument Burnout Measure Short version (BMS-10), Pratiques Psychologiques, 2007, 13,3, 353-64

⁶⁹ Hojat M et al, The Devil is in the Third Year : A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School, 2009, 84-9, 1182-91

⁷⁰ Mahood SC, Formation médicale : prenez garde au curriculum cache, Canadian Family Physician, 2011, 57, e313-5

problèmes dans les forums, qu'ils ont préféré l'utiliser pour tenter de trouver une véritable place en tant qu'étudiant, qu'ils ont du mal à trouver pendant leurs stages.

C'est ainsi que les étudiants se retrouvent à devoir parfois faire des choses pour lesquelles ils ne sont pas d'accord : **20 % des étudiants qui sont en désaccord avec le fait de confier à un externe le rôle d'annoncer l'aggravation du pronostic d'une maladie grave⁷¹, ont pourtant déjà effectué une telle annonce⁷²**, alors que paradoxalement, **parmi ces étudiants, 73 % sont « totalement en désaccord » avec le fait que ce soit dans leur fonction en tant qu'étudiant.**

On peut raisonnablement penser, vue la faible prévalence de ce comportement, qu'il s'agirait d'un comportement marginal du à un manque d'encadrement. Il faudrait pouvoir le vérifier, car cette pratique est totalement contraire aux recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé en matière d'annonce⁷³: il s'agit bien d'un « médecin thésé », en charge du patient, qui doit le faire, et ne pas dégager sa responsabilité sur celle de l'étudiant, qui se retrouve à ne pas se rebeller contre une pratique qu'il estime anormale.

Cette donnée se retrouve avec l'appréhension du « curriculum caché⁷⁴ », où les auteurs montrent qu'en plus du programme d'études, il existe un programme d'apprentissage cognitif masqué, qui récompense des étudiants « *qui ne font pas de vagues, (sont) subordonnés* », et dont les conséquences, à terme, sont que « *les jeunes médecins peuvent devenir des caméléons sur le plan de l'éthique, en se redéfinissant lentement comme des techniciens primaires, en amenuisant l'identité professionnelle et en rejetant le professionnalisme explicite au profit du détachement professionnel* ». Il s'agit exactement de ce que dénoncent les étudiants sur les forums de moodle, où les étudiants trouvent enfin un espace dédié pour s'exprimer, et insistent sur plusieurs éléments, que nous n'avons pas retrouvé sur d'autres références :

- La place du médecin dans la société, avec soit la dévalorisation sociale du métier de médecin qu'ils perçoivent pour 70 % d'entre eux
- L'évolution du système de santé, avec la tension qu'elle produit : 84 % des étudiants pensent que **la tarification à l'acte ne valorise pas une médecine personnalisée**
- De manière totalement inattendue, pour presque 3 étudiants sur 4 (71 %), **la formation initiale ne permet pas d'apprendre ce qu'est véritablement le métier de médecin.**

En ce qui concerne la dévalorisation sociale du métier de médecin, est-ce le renforcement de l'autonomie du patient qui en est responsable (bien qu'elle soit reconnue par 91 % des étudiants) ? En effet, peut-on réellement dire, avec les apports de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé, qui est autonome ? Le patient, tout comme le médecin, n'est-il pas vulnérable ?

⁷¹ Question 85.

⁷² Question 86.

⁷³ Annoncer une mauvaise nouvelle, guide professionnel « amélioration des pratiques », Haute Autorité de Santé, mai 2008.

⁷⁴ Mahood SC, Formation médicale : prenez garde au curriculum cache, Canadian Family Physician, 2011, 57, e313-5

De plus, en voulant rééquilibrer l'autonomie du patient face au paternalisme médical, le législateur n'a-t-il pas horizontalisé, à défaut d'avoir mis sur un même plan, le savoir du médecin, du domaine de la raison et la culture du patient, du domaine de la conviction ?

Enfin, penchons-nous sur le développement d'une médecine technicisée, d'ingénierie de la santé, allant jusqu'à une vision très matérialiste du corps, séparé de l'esprit, dans les thématiques du dopage, de la médecine de performance ou plus globalement du « méliorisme ». Cette médecine faisant la place exclusive du « CURE » (la guérison), avec en écho une négation de toutes les compétences liées au « CARE », (l'accompagnement), est un corolaire du renforcement de l'autonomie du patient : si le médecin est réduit, par son peu de compétence du « CARE » à un rôle de prestataire de service, il perd sa spécificité de médecin, contribuant à dévaloriser le médecin sur les plans sociaux et intellectuels.

Ainsi, pour nous, le nombre élevé d'étudiants qui pensent que le métier de médecin a connu une dévalorisation sociale impose à la fois au médecin et au patient de se reconnaître dans leurs vulnérabilités respectives, pour que le médecin puisse « convaincre le patient et non pas le contraindre ».

En revanche, de nombreux éléments, identifiés comme protecteurs dans les deux études précédentes, sont retrouvés dans notre travail avec des proportions très élevées :

- 8 étudiants sur 10 (81 %), ont l'impression que de nouvelles formes de pédagogie les aideraient à mieux apprendre (n=47/58)
- Ils sont dans une proportion similaire, 79 %, à demander à discuter de leurs études sous forme d'un compagnonnage avec des enseignants, des patients et d'autres étudiants⁷⁵, ce qui n'est pas sans rappeler la forme d'éthique de la discussion de l'enseignement EM2R⁷⁶.
- **La quasi-totalité, 97 % de l'échantillon (n=56/58) juge essentiel d'avoir une démarche de réflexion éthique⁷⁷, construite, pour 98 % (n=57/58), à partir de situations concrètes problématiques, afin d'aider les professionnels dans leurs pratiques⁷⁸ et n'est surtout pas réservée qu'aux philosophes, pour 93 % de l'échantillon (n=53/57) ;**

Lorsqu'on compare les résultats de notre étude ou du programme de l'enseignement EM2R, avec les préconisations de l'article sur l'érosion de l'empathie chez les étudiants en médecine⁷⁹, on y retrouve tout sauf l'expérience de l'hospitalisation et la participation à des groupes « Balint », bien que les étudiants se retrouvent pour des petits groupes de discussion, tous les autres se retrouvent dans notre étude :

- « L'amélioration des compétences interpersonnelles
- L'analyse d'entretiens avec des patients sous forme audio-vidéo

⁷⁵ Question 69.

⁷⁶ Cf. Annexe n°5

⁷⁷ Question 88.

⁷⁸ Question 93.

⁷⁹ Hojat M et al, The Devil is in the Third Year : A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School, 2009, 84-9, 1182-91

- Être exposé à des modèles de rôle
- Jeu de rôle - simulation
- L'observation d'un patient-témoin
- Études de la littérature et des arts
- L'amélioration des compétences narratives
- Regarder des représentations théâtrales
- En s'engageant dans la méthode Balint de petits groupes de discussion
- Prêter attention à l'importance des modèles, des patients et l'environnement dans lequel les soins sont donnés.

On y voit ainsi que ce qui importe est bien de développer ou de faire prendre conscience aux étudiants, que la vie n'appartient pas à l'homme, mais il s'agit d'une vie commune, en altérité, dans laquelle le lien social est l'investissement que met l'humanité en chacun des hommes.

C) Établir un lien de corrélation entre le malaise ressenti par les étudiants et la plupart des facteurs de ce malaise :

Nous avons été confrontés à un résultat inattendu : il n'y avait pas, contrairement à ce qui pouvait nous être suggéré par les contenus des forums, de lien statistique entre le malaise des étudiants et leur appréciation de la pédagogie médicale s'appuyant sur la correction d'erreurs (Zéros aux dossiers, oublis cliniques, ...) permet de mieux apprendre. D'ailleurs, nous avons été étonnés que pour 52 % des étudiants, cette pédagogie s'avère efficace pour leur mémorisation.

Le fait que ce soient des étudiants qui sont bien ancrés dans le dispositif de préparation à l'ECN, dont la correction (et donc la réussite) est pleinement conditionnée à cette pédagogie aura pu jouer, mais cela signifie que d'autres facteurs de confusion nous échappent, et il s'agit là d'un point, minime, compte tenu de la proportion (52 %) d'étudiants en accord avec cette affirmation, de divergence entre notre population d'étude et la population des étudiants d'EM2R.

Est-ce divergent parce que, dans EM2R, les « institutions » ont déjà changé, avec une expression possible de tous les étudiants via le forum, une remise en question de certaines formes de hiérarchie ?

D'ailleurs, cette divergence contraste par ailleurs avec les 81 % d'étudiants en accord sur le fait que de nouvelles formes de pédagogie les aideraient à mieux apprendre ce qui est attendu lors du DCEM. Nous avons par ailleurs vu qu'aucun lien statistique ne pouvait être fait entre cette proposition et le malaise ressenti par les étudiants.

Nous pouvons malgré tout identifier quelques facteurs de risque de malaise auprès des étudiants, comme celui de penser que les étudiants qui cherchent une démarche de réflexion éthique sont une minorité ou celui de penser que la tarification à l'acte ne valorise pas une prise en charge globale des patients.

De même en a-t-il été pour les étudiants qui reconnaissaient l'échec de la formation initiale à leur apprendre ce qu'est véritablement le métier de médecin, qui avaient une tendance à être 1,8 fois plus à risque d'être en situation de malaise que les autres ($p=0,519$).

Nous pouvons également identifier des facteurs protecteurs, comme la nécessité, pour les étudiants, de mettre en place un enseignement de la relation soignant-soigné avec des patients.

Enfin, l'idéalisme des étudiants est très important, comme le confirme la réponse à la question n°98 : une médecine plus ouverte, plus humaine, multidimensionnelle et adaptée aux patients est possible pour 91 % d'entre eux, même si c'est associé à une tendance à un plus haut niveau de risque de malaise.

Comme la perte de l'idéalisme est également un élément important définissant le burnout syndrom⁸⁰, ceci peut également expliquer pourquoi nous retrouvons des niveaux un peu plus faibles en termes de stress et de burnout que dans d'autres études.

Dans l'ensemble, nous avons eu du mal à établir des liens statistiquement significatifs entre le malaise et les facteurs de risque identifiés, principalement de 2 faits : la prévalence élevée de malaise parmi les étudiants interrogés et le manque de puissance.

En effet, sur certains calculs, les rapports de cote ne pouvaient être calculés, faute d'un nombre d'étudiants suffisant dans les étudiants « asymptomatiques ».

Par ailleurs, nous n'avons eu que 2 réponses, confirmées oralement, des étudiants de EM2R, au questionnaire, ce qui limite leur poids dans les résultats totaux, et évite ainsi un « biais de sélection » des étudiants ayant déjà entrepris une démarche de réflexion éthique.

Toutefois, si l'on souhaite identifier des facteurs de risques et/ou protecteurs à l'égard du malaise, du stress et/ou du burnout des étudiants en Médecine de DCEM 3, l'on pourrait le faire par une étude qui utiliserait le questionnaire spécifique au burnout, avec un questionnaire complémentaire à destination des étudiants qui en souffrent et des étudiants « asymptomatiques », qui évalueraient, selon un schéma « cas-témoin » plus développé que dans cette étude, les différents facteurs de risque.

Nous voulions également faire une analyse précise des caractéristiques (genre, âge, ...) de la population, mais cela n'a pas été possible à cause d'un problème technique avec le questionnaire en ligne.

Enfin, en analysant avec précision les questions relatives à la place de la réflexion éthique, on peut avancer qu'il ne manque pas à ces étudiants une démarche de réflexion éthique, bien qu'ils la jugent essentielle et même l'utilisent parfois comme rempart face au malaise.

Ils réclament plutôt l'altérité, un véritable moment de reconnaissance, avec des pairs, des enseignants, des patients qui ont pris du recul sur leur prise en charge, et de vivre un rapport à

⁸⁰ Maslach C, Jackson SE. The Maslach burnout inventory : manual edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1986.

l'autre protégé et rassurant, dans lequel ils peuvent véritablement s'approprier des normes différentes, une posture de professionnel de santé qu'ils doivent se construire par la révélation d'un certain nombre de valeurs ascrées au médecin responsable.

D) Vérifier l'adhésion de la promotion de DCEM 3 à un référentiel de compétences et de valeurs éthiques et humaines, fourni aux étudiants de EM2R

L'intensité de l'adhésion au référentiel de compétences développé dans l'enseignement EM2R contraste avec les faibles perceptions qu'ont les étudiants d'avoir abordé ces compétences dans leurs formations initiales.

Nous citons notamment l'insuffisance ressentie pour environ 36 % des étudiants d'apports pédagogiques relatifs à la compétence de clinicien, et l'insuffisance de formation à la compétence de communication pour 90 % des étudiants.

Comparons ces données avec les résultats de l'évaluation de l'enseignement 2011/2012 de EM2R, réalisée par des questionnaires qualitatifs anonymes : 65 objectifs pédagogiques sur les 68 (95 %) ont été atteints à au moins 50 %, sur une échelle qualitative, la médiane de « réponse aux attentes de l'enseignement » est à 6/6, une médiane « d'appréciation globale de l'enseignement » est à 5/6 et une « recommandation de l'enseignement à des camarades » est à 6/6.

Cela tend à montrer l'importance des nouvelles formes de pédagogie, association des patients, des médecins, des représentants de la société civile, en pluridisciplinarité, afin d'appréhender les problématiques sous un angle plus complet et de développer davantage l'autonomie des étudiants.

Cela pose également le problème épineux du rôle des CHU et des Facultés de Médecine, qui assurent leur triple mission de service public : la continuité des soins, la recherche et l'enseignement. A l'heure des restrictions budgétaires et des financements d'excellence de la recherche, peut-on toujours assurer cette triple mission en 2012, avec les mêmes schémas d'organisation que lors de la création des CHU en 1958 ? Des avancées, notamment pointées par le rapport Gaillard⁸¹, avec, notamment, la création de postes intermédiaires entre le statut de MCU-PH et de PU-PH, devraient permettre de faire bouger les choses.

De plus, si l'on considère que les stages hospitaliers sont véritablement des transmissions et non pas uniquement des apprentissages d'éléments techniques, il nous apparaît important de développer davantage la simulation, pour les acquisitions de « savoirs-faires », en parallèle du compagnonnage pour développer les « savoirs-être » et d'une pédagogie où la relation étudiant-enseignant (développant des « savoirs ») est pensée différemment, en se posant la question de la transformation de l'étudiant au contact de l'autre, c'est-à-dire la question de l'ipséité.

⁸¹ Gaillard R, Mission sur l'évolution du statut hospitalo-universitaire, Rapport remis au Ministère de l'Enseignement Supérieur, 2011

Ainsi, nous aurons, avec ces trois savoirs (savoirs, savoir-faire, savoir-être) une appropriation totale de responsabilité par les étudiants.

V) Conclusion :

Nous avons vu la prévalence importante du malaise (48 %) chez les étudiants en médecine de DCEM 3 de la Faculté de Médecine Paris Descartes, à la frontière de leurs représentations et de leurs réflexions éthiques, témoin des tensions entre leurs principes et les pratiques qu'ils côtoient à l'hôpital, et la volonté d'altérité qu'ils ne trouvent pas, à l'heure actuelle, sur les bancs de la Faculté de Médecine.

Les étudiants, « comme les bonnes plantes »⁸², ont besoin d'un terreau sur lequel pousser (des savoirs, les valeurs ascrées), ils ont besoin de nourriture (des savoir-être, appris grâce à des enseignements réalisés avec des patients, des savoir-faire appris en compagnonnage avec un modèle fort), de tuteur (avec un référentiel de compétences clair et des objectifs pédagogiques de formation), de soutien (tant émotionnel que professionnel, avec des enseignants avec qui discuter de leurs troubles) et de temps.

Leur optimisme et leur croyance en la perfectibilité leur fait espérer des modifications profondes des causes de leur souffrance en tant qu'étudiant lorsqu'ils seront en situation, voire même les inciteront à faire changer les choses.

Comment prévenir le malaise et le stress chez les étudiants en médecine ?

- 1) Lutter contre la dépersonnalisation, et faire discuter les étudiants entre eux, avec l'encadrement d'un enseignant et d'un patient, afin de répondre à leur demande d'altérité : ne pas laisser l'étudiant seul face à ses doutes ou ses apprentissages
- 2) Aider à leur définir une identité, avec un véritable référentiel de compétences auquel ils puissent se référer, tout en pouvant vérifier qu'ils sont bien en train de s'approprier de nouvelles normes
- 3) Encadrer l'étudiant en responsabilité : en ne le laissant pas, par exemple, faire une annonce d'aggravation de pronostic alors qu'il est totalement en désaccord avec l'idée même de le faire et en lui donnant une figure autoritaire de modèle, qui l'aide à conquérir son autonomie

Ainsi, l'on répondra à la visée éthique selon Paul Ricoeur, celle de « la vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes »⁸³.

⁸² L'expression imagée est tirée de Mahood SC, Formation médicale : prenez garde au curriculum cache, Canadian Family Physician, 2011, 57, e313-5

⁸³ Ricoeur P. *Soi-même comme un autre*. Le Seuil, 1990


VI) Bibliographie

- Annoncer une mauvaise nouvelle, guide professionnel « amélioration des pratiques », Haute Autorité de Santé, mai 2008.
- Cauchard L. De l'évaluation du burn out à la promotion du bien-être des internes en Languedoc-Roussillon. Thèse d'exercice en médecine. Montpellier : Université de Montpellier 1, 2009, 155 p.
- Comité Consultatif National d'Éthique, Avis n° 84 sur la formation à l'éthique médicale, 2004
- Compagnon C, Ghali V, la maltraitance ordinaire dans les établissements de santé, HAS 2009.
- Cordier A. Éthique et Professions de santé, Rapport remis au Ministère de la Santé, Commission Éthique et Professions de Santé, 2003
- Dyrbye LN and al, Medical Student Distress : Causes, consequences, and Proposed Solutions, Mayo Clin Proc., 2005;80(12):1613-22
- [Faculté de Médecine de l'Université d'Ottawa, Programme MD : compétences et objectifs éducatifs, \[en ligne\]](http://www.med.uottawa.ca/Students/MD/assets/documents/Competencies_and_Educational_Objectives_FR.pdf)
http://www.med.uottawa.ca/Students/MD/assets/documents/Competencies_and_Educational_Objectives_FR.pdf (consulté le 12/01/2012)
- [Frank JR, le cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins, Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2005](#)
- Gaillard R, Mission sur l'évolution du statut hospitalo-universitaire, Rapport remis au Ministère de l'Enseignement Supérieur, 2011
- Hojat M et al, The Devil is in the Third Year : A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School, 2009, 84-9, 1182-91
- Lourel M, Gueguen N, Mouda F, l'évaluation du burnout de Pines : adaptation et validation en version française de l'instrument Burnout Measure Short version (BMS-10), Pratiques Psychologiques, 2007, 13,3, 353-64
- Mahood SC, Formation médicale : prenez garde au curriculum cache, Canadian Family Physician, 2011, 57, e313-5
- Maslach C, Jackson SE. The Maslach burnout inventory : manual edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1986.
- Médiateur de la République, rapport annuel 2009, La documentation française, 2009
- Piccoli M, Hervé C et al, Mobilisation de la communauté universitaire de Paris Descartes Médecine pour sensibiliser les étudiants et les patients à une relation irréprochable à l'aide de formes pédagogiques nouvelles, États Généraux de la Formation Médicale, Paris, 2011
- Référentiel Compétences en fin de second cycle des études médicales ou Grade master, CPNES Médecine, 2012
- [Référentiel de compétences à acquérir lors du Diplôme de Formation Approfondie de Sciences Médicales, Association Nationale des Etudiants en Médecine de France, Février 2012](#)
- Ricœur P. *Soi-même comme un autre*. Le Seuil, 1990
- Romero-Vidal E. L'épuisement professionnel : l'évaluer et le comprendre par une étude épidémiologique auprès des médecins généralistes héraultais [Thèse d'exercice] ; 2010.
- Tholin S. Les étudiants en médecine : entre accomplissement et épuisement. Thèse d'exercice en médecine. Lyon : Université de Lyon 1, 2008, 249 p.
- Thomas NK, Resident Burnout, JAMA, 2004;292(23):2880-9

- Young C and al, Burnout in premedical undergraduate students, Acad Psychiatry, 2012, 1;36(1):11-16

VII) Annexes :

A) Annexe n°1 : lettre de mission du Doyen Berche

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS DESCARTES 

+ COCHIN PORT - ROYAL
+ SAINT VINCENT DE PAUL
+ CORENTIN CELTON
+ HÔPITAL EUROPÉEN
+ GEORGES POMPIDOU
+ HÔTEL - DIEU
+ INSTITUT CURIE
+ INSTITUT MONTSOURIS
+ NECKER - ENFANTS MALADES
+ SAINTE ANNE
+ SAINT JOSEPH

15 RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
75270 PARIS CEDEX 06
www.medecine.univ-paris5.fr

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Monsieur le Pr Christian Hervé
Chargé de mission de la faculté de médecine Paris Descartes
Laboratoire d'Éthique Médicale
UFR biomédicale des Saints-Pères
45 rue des Saints-Pères
75270 Paris Cedex 06

LE DOYEN
Tél : +33 (0)1 53 10 46 01
Fax : +33 (0)1 53 10 46 03
Courriel : patrick.berche@parisdescartes.fr
PB/CT n° 325 2008

Paris le 10 octobre 2008

Cher Christian,

Comme suite à notre conversation, je vous nomme Chargé de Mission, responsable des relations avec les patients, leur famille, et le grand public.

Vous savez combien je suis attaché au rayonnement de notre faculté, auquel vous concourez pour une grande part à travers les enseignements d'éthique. Vous savez aussi combien je suis attaché à développer la formation continue des médecins et des professionnels médicaux et paramédicaux, à travers notamment les nouveaux outils de communication que nous offre Internet. J'ai nommé le Pr Pierre-Henri Jarreau, pour s'occuper des nouveaux développements de la formation continue.

Cependant, je pense qu'il nous faut diffuser le savoir aussi vers les patients et leurs familles, et d'une façon plus générale vers le grand public. En d'autres termes, je souhaite que nous sensibilisions la population aux grands problèmes de santé publique, notamment aux maladies chroniques, à l'alcoolisme et autres addictions, aux handicaps, au vieillissement, aux problèmes des populations vulnérables..., mais aussi aux grandes innovations thérapeutiques, ou à la diffusion de résultats d'enquêtes socio-économiques ou autres, développées dans notre institution, l'université Paris Descartes.

Je souhaite que nous valorisions les conférences ou toutes autres interventions, sous quelque forme que ce soit, en les filmant et en diffusant sur Internet, en leur donnant de la publicité, y compris par Google par exemple.

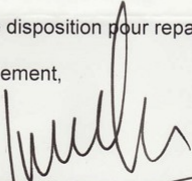
Il faudrait mettre en place un plan de quatre ans prévoyant une organisation thématique autour de mots-clés, par exemple : handicap, alcoolisme, prévention des maladies, diabète, vieillissement, addictions, exclusion, infections à l'hôpital, tabac... Pour chacun de ces thèmes, on pourrait rassembler les documents existants, et susciter éventuellement des intervenants qui pourraient faire des conférences « grand public », utilisant des mots simples, compréhensibles par les patients et leurs familles et répondant à leurs questions. Des tables rondes pourraient être organisées associant médecins et patients. Tout ceci pourrait être filmé et mis en ligne sur notre site.

Ce ne sont que des pistes et vous avez évidemment toute liberté de réfléchir et de rassembler autour de vous un petit groupe qui, progressivement, fera des propositions pour accomplir une telle mission d'enseignement pour le grand public. L'objectif est de servir le progrès médical et de contribuer à donner une image forte de notre faculté de médecine, et par conséquent de l'université Paris Descartes.

Je souhaite que cette mission s'accomplisse en coopération avec les principaux responsables pédagogiques, notamment Serge Poirauudeau, Claire Le Junne, Pierre-Henri Jarreau, et bien sûr notre chargée de communication, Aude Fernez.

À votre disposition pour reparler de tout cela, si vous le désirez.

Cordialement,


Doyen Patrick Berche

Copie : Serge Poirauudeau
Claire Le Junne
Pierre-Henri Jarreau
Aude Fernez, chargée de communication



B) Annexe n°2 : Programme de l'Étudiant Médecin au Médecin Responsable

De l'étudiant-médecin au médecin responsable

DCEM 3 : Enseignement optionnel (30 heures + projet en tutorat) 2^{ème} et 3^{ème} trimestres 2012

Introduction :

L'enseignement optionnel « De l'étudiant médecin au médecin responsable », créé en 2010-2011, est accessible aux étudiants de DCEM 3 des Facultés de Médecine Paris Descartes, Paris Diderot et Paris 13. Il débutera le 5 janvier 2012. Cet enseignement accueillera 45 étudiants cette année, et reçoit un accueil extrêmement favorable de la part des Instances du PRES Sorbonne Paris Cité.

Loin d'être un obstacle, la fréquentation de cet optionnel est à voir plutôt comme une inclination à une expérimentation de qualité, et doit servir à concrétiser les objectifs de cet enseignement pour les Etudiants.

Des conclusions de cette expérimentation dépendront son extension l'année prochaine, à l'ensemble de la promotion selon la volonté du Doyen de Paris Descartes, le Pr. Patrick Berche, selon un schéma¹ qu'il conviendra de préciser par la suite, mais sur lequel des pistes prometteuses ont été émises, notamment grâce aux apports de la littérature.²

Dans ce document figurent les comptes-rendus succincts des différentes réunions préparatoires (pour chaque partie et pour le tutorat).

Il a été convenu que les intervenants seraient présents, sauf obligation, pendant toute la durée de la plage horaire du module, soit de 14h à 17h, et que chaque module fera l'objet d'un compte-rendu de la part d'un étudiant (ou d'un rapporteur dans les sessions en groupes restreints), sous la forme d'une dizaine de points hiérarchisés, qui sera mis en ligne, le but étant que la tâche incombe successivement à tous les étudiants.

Le programme détaillé des enseignements vous est fourni avec ce document ; les éléments bibliographiques cités dans ce compte-rendu, se trouvent sur le site internet de la Mission Berche : <https://sites.google.com/site/missionberche/>. Ce site est en cours de mutation vers la plate-forme Moodle, qui reprendra les films de chaque séance et l'évaluation des enseignements.

¹ L'idée d'un cheminement sur 3 ans, entre la DCEM 1 et la DCEM 3, prenant la forme d'une validation de 10 h d'enseignements annuels, permettrait d'appréhender, avec la maturité croissante des Etudiants, des retours d'expériences de plus en plus réfléchis ; plusieurs nouveaux modules pourraient être créés.

² Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, Veloski J, Gonnella JS. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine*. 2009;84(9):1182-1191

Il est important, pour les Etudiants, qu'ils puissent se remémorer, grâce au rappel d'un document écrit, les éléments qui seront abordés lors des 10 séances de cet enseignement. **Les intervenants sont conviés à rédiger une page synthétique qui fera l'objet d'une compilation, ouvrage inédit pour cette tranche d'âge.**

De plus, les attentes des Etudiants, très ciblées sur la préparation aux ECN, pourraient être satisfaites en proposant des Cas-Cliniques de Dossiers, rédigés de concert avec le Laboratoire d'Ethique Médicale, afin d'alimenter, éventuellement, la banque du CNCL. Le module 4 servira, cette année, d'illustration de ce propos.

Le Laboratoire d'Ethique Médicale et de Médecine Légale et le Pr. Christian Hervé vous remercient chaleureusement de l'intérêt que vous portez à cet enseignement et pour votre implication dans la réussite de ce projet multidisciplinaire inédit, permettant, par l'expression des différents regards de chacun, Professionnels de Santé, Patients, Etudiants, d'identifier et de comprendre des phénomènes qui recouvrent la même réalité de terrain.

PREMIERE PARTIE : LE MEDECIN, QUI EST-IL ?

Salle du Conseil, salles 112 et 114

5 JANVIER 2012

Durée	Effectif	Intitulé	Objectifs pédagogiques	Contenus	Intervenants
45 minutes	45	Présentation des objectifs de l'enseignement, démarche l'ayant initié, apports attendus pour l'étudiant, modalités d'évaluation	Ancrer une dynamique de groupe Aspect interactif de l'enseignement Enjeux de l'enseignement	Présentations et légitimités	Christian Hervé, Alexandre Mebazaa, Elie Azria, Sadek Beloucif, Matthieu Piccoli, Claude Rambaud, Patrice Marvanne, Catherine Vergely, Antoine Guggenheim
1 heure	3 x 15 ⁽¹⁾ rapporteur dans chaque groupe)	Clarification, écoute des attentes et des motivations personnelles de chacun	Créer une dynamique de groupe : dégager des solidarités Identifier un ensemble de motivations complémentaires	Expression libre de chacun et synthèse : ce qu'ils attendent de la médecine, pourquoi ils entreprennent et continuent ces études, raisons du choix et attentes vis-à-vis de cet enseignement, ...	Jean-Philippe Mousnier, présente sa grille puis 3 groupes avec Claude Rambaud, Patrice Marvanne, Catherine Vergely
1 heure 15	45	Débat et synthèse (restitution)	Expression orale libre de chacun Faire émerger la pluralité des motivations médicales, dans un débat Correspondance entre les attentes des étudiants, les objectifs et la proposition pédagogique	Restitution croisée à l'aide d'un rapporteur (étudiant) dans chaque groupe Restitution des motivations (mythe, fantasmes, réalité) Résumé du cours par les rapporteurs étudiants, validé et mis en ligne	Jean-Philippe Mousnier, Sadek Beloucif, Claude Rambaud, Patrice Marvanne, Catherine Vergely, Christian Hervé, Alexandre Mebazaa, Elie Azria, Matthieu Piccoli

Module 1 : être étudiant-médecin, quels projets ? (5 Janvier 2012)

Les 45 premières minutes sont consacrées à une présentation de l'enseignement : les apports que les Etudiants peuvent en attendre, les attentes qu'ils formulent à son égard et les aspects concrets de validation, du tutorat, de l'évaluation des enseignements...

L'heure suivante est consacrée, en 3 groupes, à une animation puis une introspection visant à identifier les attentes et les motivations personnelles de chacun, en laissant libre la parole de chacun, en prenant soin de confier à un rapporteur Etudiant dans chaque groupe, le soin de présenter, lors de la dernière partie de la séance, un compte-rendu oral en quelques points hiérarchisés, les éléments importants identifiés dans chaque groupe, avant que la synthèse ne soit faite.

Chaque étudiant rédigera, pour la session suivante, une lettre d'impressions succincte sur ses motivations, qui pourra servir de base à la présentation en tutorat (ce qu'ils attendent de la médecine, pourquoi ils entreprennent et continuent ces études, raisons du choix et attentes vis-à-vis de cet enseignement, ...).

Module 2 : L'éveil aux fondamentaux de l'art d'être médecin : l'étudiant acteur de son développement professionnel

12 JANVIER 2012

Durée	Effectif	Intitulé	Objectifs pédagogiques du module	Contenus	Intervenants
15 minutes	45	Introduction	Construire progressivement un inventaire des fondamentaux exigibles pour être un « bon médecin »	Remise de la lettre d'impressions sur les motivations (2 premières diapos du projet ?)	Jean-Philippe Mousnier
1 heure	3 X 15 (1 rapporteur dans chaque groupe)	Fondamentaux d'après les étudiants (découverts au fur et à mesure)	Mettre en situation les valeurs et comportements Identifier les fondamentaux que les Etudiants attendraient d'un médecin Identifier le rôle social du médecin, les attentes qu'il suscite auprès des patients Rédaction d' ½ page par les enseignants sur leur perception d'un nouveau modèle de comportement ; identifier les challenges du professionnalisme et présenter les éventuelles critiques ou nécessités de rectification par rapport à ce nouveau modèle.	Expression	Catherine Vergely, Patrice Marvanne, Claude Rambaud
15 minutes		Pause	Synthèse (intervenants)		
1 heure 30	45	Débat et synthèse : de l'implicite à	Mettre un modèle dans son contexte	Confronter les propositions à la	Jean –Philippe

		<p>l'explicite : vers quel modèle de médecin ?</p>	<p>Soutenir des opinions dans un débat contradictoire Développer un esprit critique par rapport à des comportements à reproduire</p>	<p>vision idéaliste ci-dessus, le compléter et/ou le simplifier (Humain : d'abord se connaître et connaître ses limites, avant d'envisager la relation avec les autres (réfléchir sur le semblable et la réciprocité, l'estime de soi) ; Créateur de confiance, capable d'empathie et de remise en question Clinicien : savoir proposer les meilleures réponses diagnostiques et thérapeutiques Communiquant : savoir manier une communication axée sur son interlocuteur : le patient, la famille, les autres soignants ... Collaborateur : connaître les rôles de chaque soignant, savoir « passer la main » Professionnel : veiller à la confidentialité des données recueillies, reconnaître ses limites ou fautes, se remettre en question Avocat-défenseur de la santé : reconnaître les besoins individuels mais prendre en compte les priorités de santé publique Erudit : poursuivre sa formation continue, évaluer, avec esprit critique, les connaissances nouvelles Gestionnaire : comprendre les systèmes de santé à tous les paliers, prescription efficiente) Introduction à l'Intelligence médicale</p>	<p>Mousnier, Marcel-Louis Viallard, Claude Hamonet, Michel Detilleux, Catherine Vergely, Patrice Marvane, Claude Ramnaud, Antoine Guggenheim</p>
--	--	--	--	---	---

DEUXIEME PARTIE : LE PATIENT, QUI EST-IL ?

Module 3 : Conscience et responsabilités dans la relation de soin

19 JANVIER 2012

Durée	Effectif	Intitulé	Objectifs pédagogiques	Contenus	Intervenants
30 minutes	45	Incivilités et maltraitance ordinaire	Comprendre les manifestations, les causes et les conséquences des incivilités et de la maltraitance ordinaire pour ne pas les alimenter	Explication criminologique des incivilités et de la maltraitance ordinaire	Julien Piednoir
30 minutes (un peu plus)	3 x 15 (1 rapporteur dans chaque groupe)	Analyse critique de cas cliniques, remis à chacun	Comprendre la différence entre bien-traitance et bien-être Repérer des comportements, attitudes et propos qui peuvent être perçus comme maltraitants Montrer qu'il suffit parfois de peu de choses pour qu'une interaction de soin dysfonctionnelle devienne fonctionnelle et satisfaisante (du moins comprise).	Présentation des fondamentaux vus par le patient Présentation de cas réels, où les soignants apportent une prise en charge médicalement adaptée, mais socialement inacceptable « Pour quelle raison avez-vous déjà fermé les yeux sur une situation ? » / « Si ça avait été sur un proche, est-ce que vous auriez réagi de la même manière ? »	Claude Rambaud Patrice Marvane, Catherine Vergely
1 heure	45	Le patient dans son parcours de vie	Mobiliser des vécus et expériences subjectives dans le cadre d'une relation thérapeutique Identifier les étapes d'un parcours de soin qui sont vécues comme difficiles par le patient Introduire la réciprocité, la négociation dans la décision, voire les co-décisions basées sur la sollicitude.	Comment adapter une prise en charge à un cadre de vie et ne pas la briser avec une prise en charge inadaptée	Patrice Marvane, Catherine Vergely, Claude Rambaud
1 heure	45	Les modes de vie des patients et le soin ; les aspects culturels	Présenter différentes cultures, dont la connaissance peut être une aide dans la relation thérapeutique et le rapport à l'institution	Prise en compte des différences culturelles, de genre et des modes de vie dans l'expression et la compréhension des responsabilités	Rachid Benmegadi, Rachid Mendjeli, Sadek Beloucif, Gérard Pelé, Antoine Guggenheim

Module 4 : De l'écoute au dialogue vers un partenariat durable

SAINTS PERES – 5^{ème} étage

24 (P13), 25 (P7) et 26 JANVIER 2012 (P5)

Durée	Effectif	Intitulé	Objectifs pédagogiques	Contenus	Intervenants
30 minutes	3 x 15	Les indices, les signes et le sens de la parole	Identifier les indices d'une souffrance non dite, les manifestations non verbales et le choix d'une réponse adaptée au patient	Approche sémiolinguistique	Dominique Desmarchelier, Valérie Brunetière
2 heures 30	3 x 15 (1 rapporteur dans chaque groupe)	Ecoute des personnes avec des comportements difficiles	Mobiliser des subjectivités sans effectuer de jugement Utiliser les événements de vie comme un outil dans la relation thérapeutique Présenter l'usage de la parole et de l'écoute au service des situations complexes Simulation et analyse des comportements autour d'une prise en charge reconnue comme étant un partenariat, dans une situation difficile	Intégration de l'élément « comportemental » dans des situations cliniques, à travers des simulations, par le biais des programmes I-Lumens, avec une mise en situation des Etudiants et des Intervenants, Débriefing	Pour les débriefings, analyses et réflexions possibles de : Serge Poiraudou, Frédéric Bloch, Claire Le Jeune, Marcel-Louis Viillard, François Goldwasser, Patrice Marvanne, Claude Rambaud, Catherine Vergely, Antoine Guggenheim En collaboration avec le projet I lumens (Antoine Tesnière, Alexandre Mignon)

Module 4 : De l'écoute au dialogue vers un partenariat durable (24, 25 et 26 Janvier 2012)

Objectifs pédagogiques supplémentaires :

- Présentation et prise en charge de l'angoisse, la douleur, la peur de la mort
- Processus de décision, analyse du rapport bénéfice/risque
- Discussion sur le bien fondé d'une stratégie médicale
- Discussion avec les équipes sur un grave accident ou échec
- Annonce d'une mauvaise nouvelle
- Mobiliser des compétences techniques au profit d'un savoir-être
- Ancrer des comportements d'*Etiquette Based Medicine*

4 parties du scénario :

- Personne âgée agitée
- Evènement indésirable lors d'un examen complémentaire
- Annonce du dommage
- Annonce du cancer

TROISIEME PARTIE : LA PAROLE ET L'ECOUTE EN MEDECINE

Module 5 : Des mots qui tuent aux mots qui font du bien

Salle du Conseil, salles 112 et 114
2 FEVRIER 2012

Durée	Effectif	Intitulé	Objectifs pédagogiques	Contenus	Intervenants
30 minutes	45	Impact émotionnel des informations médicales (dont débat avec les Etudiants)	Analyser le point de vue des patients sur leur prise en charge, savoir écouter avant de parler Etre capable de se remettre en question lorsqu'on estime qu'une parole est positive alors qu'elle ne l'est pas Identifier les mots pour renseigner, rassurer, faire réagir, mobiliser, ...	5 minutes d'extraits du film des comités de patients de l'Institut Curie / film envoyé pour visionnage ultérieur Dépliant sur les mots forts	Patrice Marvanne
1 heure	45	Auditions de (cas-)témoins	Identifier la différence de perception entre le sentiment de « bien faire » et le résultat obtenu	Témoignage de patients issus du milieu associatif, atteints de cancers, victimes d'infections nosocomiales, ayant reçu un traitement de réanimation, ...	Aline Strebler et Mme Coudy, Maïté Garrouste, Benoit Misset et leurs témoins
1 heure	3 x 15 (1 rapporteur dans chaque groupe)	Présentation de situations cliniques, de courriers de patients positifs et/ou négatifs Débriefing et synthèse	Identifier la différence de perception entre le sentiment de « bien faire » et le résultat obtenu	Rédaction d'une synthèse par 1 rapporteur	Catherine Vergely, Patrice Marvanne, Claude Rambaud
30 minutes	45	Synthèse par le rapporteur et présentation des éléments fondamentaux	Valoriser un travail collectif en public Identifier les faiblesses et les forces de la communication médicale et les attentes des patients	Les mots pour s'engager dans un projet de soins L'impact émotionnel de la communication médicale	Silla Consoli, Philippe Jaury, Serge Poiraudau, Marcel-Louis Viillard, Claire Le Jeune, Evelyne Malaquin-Pavan, Antoine Guggenheim

Module 6 : Annonce des bonnes et mauvaises nouvelles

Salle du Conseil, salles 112 et 114

9 FEVRIER 2012

Durée	Effectif	Intitulé	Objectifs pédagogiques	Contenus	Intervenants
1 heure 30	3 x 15 <small>(1 rapporteur dans chaque groupe)</small>	Jeux de rôle sur scénarii (diagnostic de maladie chronique, ex: Diabète, cancer, traitement délabrant, dommage, placement en institution, la « bonne nouvelle » qui déstabilise, ...)	Anticiper l'effet d'une parole Identifier la communication non-verbale, savoir faire preuve d'empathie Donner des pistes pour sortir d'une situation difficile	Comment avez-vous vécu l'annonce d'une bonne/mauvaise nouvelle, personnelle, non médicale (résultats, rencontre, rupture, incident, ...) Définition d'une bonne et d'une mauvaise nouvelle, ce qui rend traumatique l'annonce : attitude, langage, contexte, environnement Impact émotionnel des informations médicales Techniques de communication et pratiques de l'altérité en clinique	Claude Rambaud, Catherine Vergely, Patrice Marvanne
1 heure 30	45	« Les soignants face à l'annonce d'une mauvaise nouvelle » Les stratégies défensives de l'« annonceur » Synthèse	Dégager les conditions requises pour que l'annonce soit la moins traumatisante Identifier les mécanismes de protection pour s'en servir dans le sens du patient Identifier les répercussions et réactions que suscite l'annonce chez les soignants et les membres d'une équipe, accompagnant dans l'annonce, la mobilisation d'une équipe autour de l'annonce	Présentation de plusieurs séquences extraites du film (Le professionnel face à l'annonce d'une mauvaise nouvelle, fourni par Gilles Queva), qui répondraient aux questions suivantes (Enseignants et étudiants) - Qu'avez-vous appris des patients ? - Qu'est-ce qui vous a changé à leur contact ? - De quelle manière expliquez-vous les changements de votre comportement dans votre pratique ? - Quel est le malade qui vous a le plus « scotché » ? - Quels sont les éléments qui favorisent l'appropriation de nouvelles prévenances ?	Gilles Queva (film), Philippe Hubert, Serge Poiraudreau, Philippe Jaury, Frédéric Bloch, Evelyne Malaquin-Pavan, Marcel-Louis Viillard, Silla Consoli, Antoine Guggenheim

QUATRIEME PARTIE : LE MEDECIN ET LE PATIENT DANS LE SYSTEME DE SANTE

Module 7 : La relation médecin-malade : places du soin, de la recherche et de l'enseignement

29 MARS 2012

Durée	Effectif	Intitulé	Objectifs pédagogiques	Contenus	Intervenants
30 minutes	45	Introduction	Prendre conscience de la différence entre la recherche et le soin	2 Cas cliniques	Gérard Pelé, Claude Rambaud, Elie Azria
15 minutes	45	L'essai clinique : cadre légal et procédures : régulation de la recherche (protection des personnes, consentement, autorisations, relations avec l'AFSSAPS, le cas des essais internationaux, ...)	Sensibiliser au respect des règles juridiques	Présentation d'un cadre (juridique, institutionnel, ...)	Claire Le Jeunne, Claude Rambaud
15 minutes	45	Inclusion d'un patient dans un essai thérapeutique	Identifier les enjeux du placebo dans un essai thérapeutique (y compris en chirurgie)	Placebo : problématiques économiques, thérapeutiques, éthiques et sociales	Sadek Beloucif
1 heure	45	Table ronde : les procédures (information, consentement, résultats, personne de confiance, balance bénéfice/risque, effets indésirables, populations vulnérables...)	Comprendre les limites des procédures en regard des enjeux éthiques de la recherche sur la personne : l'esprit introduit par le cadre légal ?	L'exemple de la recherche en situation d'échec thérapeutique : en quoi les patients sont-ils vulnérables ?	Gérard Pelé, Claire Le Jeunne, Philippe Amiel, Catherine Vergely, Antoine Guggenheim
1 heure	45	L'enseignement clinique	Identifier les bienfaits et méfaits du compagnonnage Place d'un étudiant dans le système de soins actuel (exemple en Gynéco Obs) Prendre conscience de la multitude des « enseignants » Secret professionnel et enseignement	Analyse de la Visite, le « patient-expert », partage des connaissances en équipe, la notion de « secret partagé »	Claire Le Jeunne, Elie Azria, Matthieu Piccoli

Module 7 : La relation médecin-malade : places du soin, de la recherche et de l'enseignement (29 mars 2012)

Cas cliniques en Gynéco-Obstétrique. De la difficulté du compagnonnage et de la place de l'étudiant.

Puis, débats et discussions, sur les ressentis, rééquilibrer la part de l'enseignement par rapport à la recherche... Avec une introduction d'éléments socio-politiques...

Module 8 : Le Médecin et le Patient dans l'évolution du système de santé

5 AVRIL 2012

Durée	Effectif	Intitulé	Objectifs pédagogiques	Contenus	Intervenants
30 minutes	45	Le médecin et le patient face au management	Comprendre les nouvelles stratégies de management de la santé Connaître les asymétries (management, hiérarchie), pour pouvoir établir une synergie et un partenariat et éviter les blocages	Exemples de synergies hospitalières au sein d'un système de management : <u>autour de quels enjeux se font les choix politiques du système de santé ?</u>	Jean-Pierre Thierry, Patrice Marvane
1 heure	45	Les médecins, la Santé publique et la maladie chronique. <u>Parcours de soins entre les professionnels (15 équivalent temps-plein dans la prise en charge d'un patient)</u>	Maîtriser les concepts de maladie chronique, d'éducation thérapeutique et de Santé Publique Clinique Identifier les apports d'un réseau de santé	L'expérience acquise par les années SIDA, l'Être en Santé d'une personne : autonomie / bien-être Les outils de la loi HPST (repérage, dépistage, diagnostic, thérapeutique et suivi), Médecine de Premier recours et coordination des acteurs de santé.	Malade au sein d'un réseau (M. Lacroix ? cf Catherine Vergely), Christian Hervé, Elie Azria, Sadek Beloucf, Philippe Jaury, Gérard Pelé, Marcel-Louis Viillard, Gérard Réach, Silla Consoi (sur la non prise des médicaments), Antoine Guggenheim
1 heure	45	Informatisation, Internet et Médecine : comportements et enjeux <u>México-Judiciaire : Comment travailler avec les patients sans faire prévaloir le comportement médico-légal</u>	Reconnaître les métiers et les actions médicales de chacun dans leur spécificité Prendre en compte les nouvelles données apportées par les TIC.	Réflexion sur le DMP, le DPl, le dossier pharmaceutique et l'informatisation des données médicales : intérêt dans la prévention de la iatrogénie La relation médecin-patient et Internet	Claire Le Jeunne, Jean-Pierre Thierry, Hubert Marcueyz Claude Rambaud
30 minutes	45	Médecine de remplacement, notion du corps de la personne	Identifier les nouveaux enjeux des prélèvements d'organe, des transplantations et de la modification du corps ...	Débat autour des évolutions techniques et enjeux éthiques	Elie Azria, Bernard Andrieu

CINQUIEME PARTIE : SYNTHESE

Module 9 : Etiquette Based Medicine

12 AVRIL 2012

Durée	Effectif	Intitulé	Objectifs pédagogiques	Contenus	Intervenants
45 minutes	45	Etiquette Based Medicine : Professionalisme et situations difficiles en clinique : les grands tabous médicaux : (pouvoir, sexe, argent, mort)	Maîtriser les aspects éthiques des relations avec le patient, son entourage, les autres médecins Identifier les tensions entre bienfaisance et autonomie Aborder un concept de « vulnérabilité » Gestion d'une équipe de soins	Situations spécifiques : fin de vie, démarches palliatives, grand âge et maltraitance, précarités Textes des usagers permettant les réactions des étudiants Erosion de l'empathie chez les Etudiants	Sadek Beloucif, Jean Wils, Philippe Jaury
1 heure	45	Prise en charge médicale interculturelle, (Ethno-Médecine & précarité)	Prendre conscience des différentes acceptions du concept de dignité Faire la différence entre la sympathie et l'empathie Respecter les règles mais savoir les transgresser : principes vs pratiques	Normes Ethiques Universelles, relativisme culturel ou pluralisme négocié ? Présentation d'une oeuvre d'art	Sadek Beloucif, Claire Georges, Aline Strebler, Claude Valentin, Marie-Rose Moro / Sara Skandrani, Marcel-Louis Viillard, Antoine Guggenheim
1 heure 15	45	Qu'est-ce que prendre soin ?	Découvrir l'autre à travers une meilleure connaissance de soi Initiation à la réflexion éthique	Comment décider ? Qu'est-ce que gouverner ? Comment transmettre ? Qu'est-ce que le Bien pour l'autre ?	Philippe Jaury, Evelyne Malaquin-Pavan, Patrice Marvanne, Catherine Vergey, Claude Rambaud

Module 9 : Etiquette Based Medicine (12 Avril 2012)

Dans la première partie, 2 objectifs principaux sont à identifier : montrer que le médecin doit gérer ce qu'il fait vis-à-vis du patient et des autres médecins, car le rapport médecin-malade se fait désormais face à plusieurs médecins et identifier les tensions entre la bienfaisance et l'autonomie, et que ces tensions augmentent avec la vulnérabilité.

Les grands tabous peuvent s'intégrer facilement dans ce module, notamment la question de la sexualité après un événement cardio-vasculaire.

Module 10 : Emotion Based Medicine

Salle du Conseil, salles 116 et 124

19 AVRIL 2012

Durée	Effectif	Intitulé	Objectifs pédagogiques	Contenus	Intervenants
1 heure 30	45	Quelles émotions déclenche, parfois à leur insu, la rencontre médecin / patient ? Témoignages sur les pratiques médicales Approche synthétique	Identifier les facteurs émotionnels liés au malade et ceux liés au médecin Gestion émotionnelle de la consultation Moyens de défense et de protections pour les soignants Burn Out	Présentation de cas cliniques Diversité des émotions ressenties ; sont-elles maîtrisables ? Se mettre à la place du patient, du médecin Exemples de situations à plus fort potentiel de mobilisation émotionnelle Qu'est-ce qu'une vie de médecin réussie ? En quoi avez-vous réussi votre vie ? Problématiques de la souffrance des Etudiants	Aline Strebler, Claude Valentin (avec les œuvres d'art d'une sculptrice), Philippe Jaury, Claire Le Jeune, Marcel-Louis Viillard, Cédric Lemogne, Gilles Queva, Antoine Guggenheim
1 heure	45	Discussion sur l'éloge de la médecine, entre les 3 doyens des Facultés de Médecine du PRES Sorbonne Paris Cité	Apporter une vision positive de la médecine d'aujourd'hui, à travers son évolution depuis l'Antiquité		Patrick Berche, Benoît Schlemmer, Jean-Luc Dumas
30 minutes	45	Questions des Etudiants – Synthèse	Etablir une synthèse globale, répondre aux questions et attentes des Etudiants		Christian Hervé, Elie Azria, Sadek Beloucif, Mathieu Piccoli, Claude Rambaud

Module 10 : Emotion Based Medicine (19 Avril 2012)

Dans la première partie, les intervenants présentent un cas, une situation (première rencontre avec un patient qui ressemble à son frère, ...) qui peut illustrer une forme d'absence de neutralité émotionnelle du médecin dans de nombreuses situations.

D'ailleurs, dans certaines annonces, pour être moins exposés émotionnellement, le message délivré est modifié.

La souffrance médicale est un élément important dans ce module, et les étudiants sont amenés à identifier certaines formes de souffrance, pouvant conduire à l'épuisement professionnel (Burn-Out).

Enfin, un débat entre les 3 doyens autour de la vision positive de la médecine actuelle, en regard de son évolution à travers l'histoire aura lieu. Le débat portera sur une interpellation autour des objectifs pédagogiques de cet enseignement, sur le futur : comment peuvent-ils assurer cet enseignement à tous les étudiants, avec le PRES ?

Un temps de questions diverses et de synthèse globale sera réservé à la fin de l'enseignement.

C) Annexe n°3 : Contenus des forums moodle ayant servi à la construction du questionnaire

Ceci est la compilation, rendue anonyme, des interventions sur le forum dont l'analyse de contenus a permis de détailler les questions présentées dans le questionnaire.

Le Non Agir médical en Occident par Ariane S., mardi 17 janvier 2012, 15:45

Voilà une des questions que m'a amené l'échange de jeudi dernier...

Quelle place à cette pensée "le non agir" dans la proposition thérapeutique? dans la collégialité hospitalo-universitaire?

Je vois venir tout un tas de réponses toutes faites.

Pourquoi ça me pose question :

Faut-il tout traiter? Et pourquoi?

Le proposer à chaque fois serait-il nécessaire? Si non, pourquoi? et pourquoi est-ce qu'on le voit si peu en pratique?

Pourquoi se sent-on toujours obligé de proposer quelque chose? Pourquoi je perçois du malaise chez mes médecins enseignants quand ils n'ont rien à proposer?

Qu'est ce que le patient attend par rapport à ça?

Re: Le Non Agir médical en occident, par Christian H., mardi 17 janvier 2012, 23:44

Décidemment Ariane, encore une loi. Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et de la qualité du système de santé, l'on sait que le malade peut refuser un soin ou acte médical sans encourir aucune responsabilité. Déjà la loi du 20 décembre 1988, relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales avaient ce droit de refus en cad de recherches cliniques et ce dans les mêmes conditions. La collégialité est entré dans le code de santé publique grâce à la loi de février 2005 sur la fin de vie, ou loi Léonetti, mais déjà le Code de déontologie prônait le recours à un deuxième avis. Ici c'est amplifié, c'est l'équipe multiprofessionnelle et un collègue n'ayant pas de hiérarchie avec celui qui prend la décision. Avec tout cela on serait depuis quelques temps plutôt dans une visée éthique du "non-agir" entrevu comme une possibilité de décision du médecin. Et cela contre l'acharnement thérapeutique. Mais toutes ces notions tu les sais, tu les as étudiées en P1 ce me semble....le fait que cela soit peu appliqué en pratique est regrettable, l'application devient l'affaire des nouvelles générations comme la tienne, c'est à vous qui avez suivi l'enseignement qui présente actuellement de telles notions, de faire évoluer les pratiques médicales....amitiés, christian h.

Re: Le Non Agir médical en occident, par Jonathan I., mercredi 18 janvier 2012, 10:24

J'ai une petite anecdote la-dessus.

En ce moment, je suis en service mobile de soins palliatifs:

Nous avons été appelé en cardiologie et l'interne nous raconte qu'un patient refuse le pontage, refuse la coro. On l'a averti que son espérance de vie est catastrophique (Coronaire droite bouché à 95% et une autre bouché aussi à 95%). Mais le patient qui a "toute sa tête" persiste: "Je sais que je vais mourir mais je préfère mourir en paix que mourir sur la table ou me faire un AVC". Le cardiologue, embêté nous appelle.

Nous allons donc voir ce patient qui était conscient de son état, de son espérance de vie mais qui nous dit préférer mourir chez lui, dans le calme avec son compagnon. Tout ce qu'il y a de plus normal quoi. Nous lui proposons donc une HAD.

En sortant de la chambre, nous retournons voir l'interne en lui faisant part de nos remarques. Et là, l'interne nous confie: "En même temps, il a raison de refuser..." Le cardiologue qui a essayer de le convaincre de faire ces interventions pensaient que ces mêmes interventions n'étaient pas forcément utiles...

Bref, en conclusion, Que se serait-il passé si le patient avait été un peu plus confus? Si il était sous traitement "psy" (car les infirmières l'avaient mis dans la case psy)?

Re: Le Non Agir médical en occident par Marcel Louis V., jeudi 26 janvier 2012, 19:43

Juste un mot

Parfois ne pas faire un examen, ne pas prescrire un médicament, c'est aussi "faire", en sagesse uniquement ce qui est utile, justifié et accepté (donc qui a sens pour le patient lui-même)

Faire est clairement parfois simplement écouter et être en capacité d'entendre le patient. Lui sait ce qu'il ressent comme un bien ou comme bon pour lui. Dans le "Phédon" ou dans "le banquet" de Platon, (je vais vérifier) il y a un petit passage sur ce qu'est le "bien" ou le "bon".

C'est toute ce qui vous est transmis dans votre formation me semble-t-il quand mes collègues vous enseignent "l'éthique de la discussion" qui appelle l'éthique de la responsabilité et peut être aussi une dimension supplémentaire que certains appellent éthique de finitude (au sens d'éthique "des limites" ou "des possibles et impossibles")

Sur ce sujet un livre : Jean-François Malherbe : "Objet de soin ou sujet de vie ?" Edition FIDER (Il faut du temps car gros livre, si vous intéressé je vous propose "des notes de lecture" qui pourront vous épargner sueurs et temps)

La mort et la France par Ariane S., mardi 17 janvier 2012, 15:54

Grosse question pour moi que la mort.

L'allongement de la vie, le refus de la vieillesse, sortir les vieux et la mort des maisons, de la société en institutionnalisant les gens en fin de vie (hôpital, maison de retraite). Pourquoi? A quel prix? pour qui? Choix ou négligence? Quels arguments des 2 côtés?

La mort, la faucheuse. La science respecte-t-elle la mort?

Est-ce une dérive sociétale de ne plus intégrer cette question de la Mort dans les pensées collectives?

Pourquoi n'ai-je donc jamais eu en 5ème année de médecine de réflexion commune profonde sur cette question terriblement humaine proposée par l'équipe pédagogique. Avec des médecins, ces passeurs, ces réanimateurs, ces légistes?

L'acceptez vous, la mort personnellement? La rencontrez-vous à l'hôpital?

Re: La mort et la France, par Christian H., mardi 17 janvier 2012, 23:30

Merci Ariane de cette belle question. En tant que médecin légiste je le regrette comme toi. Un optionnel existait sur la mort violente et des cours désormais insistent sur la fin de la vie et l'arrêt des soins avec la loi Léonetti puis sur la médecine palliative avec Marcel Louis V. Il t'en parlera. Rien ne remplace par contre d'y assister à l'hôpital ou à la maison. As-tu des remarques sur la mort à l'hôpital? Christian H.

Re: La mort et la France par Ariane S., mercredi 18 janvier 2012, 12:51

J'ai hésité à censurer ma réponse fleuve, et puis... tant pis.

L'endroit où finalement j'ai le plus approché la mort (et c'est d'ailleurs aussi l'endroit qui a enclenché ma décision de finir la médecine d'ailleurs), c'est en maison de retraite, en job étudiant.

La mort est sur toutes les lèvres tremblantes, elle rode dans les couloirs, elle passe de temps en temps pour faire son office tant attendu : par les vieux, par le personnel, par les médecins des hôpitaux qui attendent qu'une place se libère. Morbide.

C'est là que j'ai le mieux compris le caractère fragile, vibrant, éphémère de la vie, d'un rayon de soleil, d'un matin sans douleur. Ça m'a fait en définitive beaucoup de bien. Je me suis même considérée comme une privilégiée d'avoir eu accès à ça. En sortant du travail, je réhabitais un peu plus ma jeunesse et mon organisme en santé, qui ne me rappelle jamais à lui.

Puis, je suis retournée le lendemain à mon stage aux urgences, en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée, et que je confrontais de nouveau

- à des légumes dans des lits, que la famille ne vient plus voir depuis 2 ou 3 semaines, et pour qui on attend toujours qu'une place se libère en maison de retraite,

- ou encore, un papi arrivé dans la nuit avec un AVC ischémique majeur qui se fait triplé son ordonnance en quelques heures et qui sombre dans une dépendance presque totale.

Le verdict tombe, annonce à la famille debout dans un couloir (pas un mot au patient, bien sûr), "il faut le mettre en institution, on a commencé les démarches mais il faut que vous cherchiez aussi de votre côté pour que ça aille plus vite"....

"mais je veux mourir chez moi", "voyons monsieur, ça n'est pas raisonnable, il faut que vous alliez en institution (+petit regard condescendant du médecin en blouse, qui tapote l'épaule de son patient)".

Comme si c'était une fatalité, comme si à 84 ans, le projet d'une maison de retraite était le plus beau, le plus adapté, le plus souhaitable pour lui et pour tout le monde.

Au programme de la journée des grabataires : debout 7h, habillé, savonné, torché, emballé, mis au fauteuil roulant, emmené au petit déjeuner, ramené dans sa chambre, mis devant la télé, fait son coloriage avec quelqu'un qui lui secoue la main, amené déjeuner, ramené dans sa chambre, changé, sieste, ramené au goûter, ramené dans sa chambre, ramené à diner, ramené dans sa chambre, mis en pyjama et couché (toujours leur meilleur moment d'ailleurs). Le médecin y passe surtout pour renouveler les ordonnances, sans reparler de cette décision et des choix du résident.

La plupart des choses étaient bien faites, par des bonnes personnes, et dans chaque instant pathétique et sans aucun sens, il y avait toujours une pointe de beauté, de tendresse, d'humour... un peu d'humain quoi.

Ça me soulève des questions avant tout en tant que futur médecin :

- Comment organise-t-on ce cloitrement de la mort comme une évidence, un dogme presque? Pourquoi dans l'urgence?

On va me dire, les lois, les textes, mais la pratique! Si ça ne marche pas, c'est que c'est mal fait, mal pensé, le fond est réfléchi mais pas la forme.

- Pourquoi tout le monde ne pense qu'à allonger la durée de vie, tout le temps, comme une course folle, contre la mort?

- Pourquoi voit-on la mort comme un élément négatif, un échec, au lieu de le voir comme un moment positif, un aboutissement, une délivrance ou simplement comme quelque chose de naturel, évident?

- Pourquoi quand je pense ça, je me sens en fracture avec le discours officiel de l'équipe pédagogique? Pourquoi j'ai l'impression qu'il y a un tabou? Pourquoi ne l'aborde-t-on donc pas?

Les cours, oui, sont toujours très bien. Comme les textes de loi.

Mais je crois que, pour la réflexion philosophique de chacun des futurs médecins que nous sommes, la forme pédagogique d'un cours classique est à revoir. Comment peut-on réfléchir et se poser des questions sans avoir la parole, sans avoir le lieu pour ça, ni le temps donné? Je crois que vous l'avez bien compris, vu la forme de cet optionnel.

A l'hôpital, il m'a toujours semblé que toutes les chambres de mourants étaient mystérieusement désertées par la totalité du personnel. C'est la fille d'un patient (VIH/VHC cirrhotique décompensé qui est finalement parti sur ses 2 pieds avec un sourire radieux,) qui m'avait vivement fait remarqué le sentiment d'abandon qu'elle avait perçu de notre part, au moment où son père était au plus mal. Sentiment que j'avais perçu et vécu aussi de mon côté.

Quoi lui dire, comment? "Mais on a peur Madame, on est pas préparé, j'avais peur de toucher votre père, peur de n'avoir rien à lui dire". Non, on ne dira pas ça. Pourquoi?

Mais aussi, ça me pose des questions en tant qu'individu :

- La mort recule dans la rue, dans les maisons, elle n'intervient que dans les lieux où on lui "laisse la place".

"Je suis allée en Inde, il y a des morts dans la rue, c'est atroce, j'ai été très choqué".

Les SDF qui sont comme morts, allongés le long des bouches chaudes d'aération, tout le monde leur est plus ou moins indifférent. Mais dès qu'il meurt, il est vite vite enlevé, et ça fait la 1 des journaux en mars. Cet hiver, encore tant de morts dans la rue... et tout le monde, "ah oui, c'est scandaleux" "tu trouves ça scandaleux?" "ah oui moi aussi, je trouve ça scandaleux"... etc, et etc, et l'hiver suivant pareil.

- On vit avec la peur en permanence, peur de la mort finalement (sois prudent, fais attention, sors pas tard, mange pas gras, ne bois pas trop).

Quand je vois des connaissances à moi de campagne, qui détestent voir le médecin, qui l'appelle au dernier moment, quand il n'y a plus rien à faire. Qui semblent, par leurs excès et leurs démesures, avoir toujours valsé avec la mort, pour le meilleur prix qu'elle donnait à la vie. Et qui meurent dignes, fauchés jeunes mais avec leurs idées. Tout le monde les respecte pour ça, malgré la tristesse.

Je me dis que nous les médecins, nous avons une responsabilité grande dans tout ça.

Nous l'organisons, nous organisons les dépenses humaines, matérielles, culturelles, financières que le refus de la mort dans notre société, crée.

On ne se pose pas les questions en groupe. J'ai l'impression que c'est une dérive de la philosophie médicale. C'est à nous d'amener ce débat à chaque patient, dans chaque famille, dans chaque cercle de citoyen ou politique, dans chaque réunion de staff interdisciplinaire, non?

Si non, à qui de le faire? C'est le rôle de l'homme de foi.

Parce que oui, il y a les textes, les lois, et le regrettable fait qu'en pratique, rien ne se passe comme l'avaient dit ceux qui ont pensé pour nous.... Comme c'est étrange.

Pour moi, le silence de la pédagogie médicale organise cette dérive.

On en parle en option, pour quelques poignées d'étudiants, qui lutteront toute leur vie face à leurs confrères, qui n'ont pas eu la place de développer cette réflexion. Et qui préfèrent se taire plutôt que se tromper. On a même réussi à faire une spécialité médicale pour ça, comme si c'était un organe à part... Je ne comprends pas à qui profite ce système établi.

Re: La mort et la France par Marcel Louis V., jeudi 26 janvier 2012, 19:31

Je suis épaté de la qualité des réflexions que je lis.

Il faudrait un livre entier pour répondre mais voici quelques pistes rapidement, et nous pourrons en discuter plus et j'espère à travers le module 6, et d'autres enseignements, avec mes collègues vous offrir à penser, mais aussi vous préciser comment la médecine (donc nous les médecins) peut permettre à chacun d'entre nous d'être en capacité de ne pas abandonner le coeur de notre métier.

Oui la mort est un problème. Problème médical sans doute aucun, problème social et sociétal sans doute non plus, philosophique, psychologique tout ce que l'on veut sans doute aucun aussi. Bref c'est avant tout le problème de l'homme. Au fond la mort est un phénomène naturel inhérent à la vie. On meurt parce que l'on est vivant. Si j'osais, je dirais que l'on ne peut mourir que de son vivant. La spécificité de l'humain est qu'il pense, qu'il raisonne. La mort est de l'ordre de l'impensable, de l'indicible car cela nous plonge dans l'inconnu le plus absolu que l'on ne peut qu'imaginer, que fantasmer, que mythifier, ..., un peu qui nous oblige au pari de Pascal : soit je mise sur l'idée qu'il y a quelque chose après la vie donc que la mort est plus qu'un évènement individuel, est en quelque sorte un "objet" ou un "sujet" que l'on pourrait étudier, penser, modéliser, maîtriser partiellement ou plus encore. Soit la mort est simple phénomène inéluctable, condition même du vivant, et n'est rien d'autre, n'a aucun contenu et alors est de l'ordre de la seule "spéculation".

L'homme a un problème avec la mort depuis qu'il existe. Donc la société a un problème avec la mort. Donc la médecine a un problème avec la mort.

On demande au médecin, à la médecine de maîtriser ce qui n'est pas maîtrisable. La science ne peut pas résoudre le problème de la mort. Elle ne peut que s'intéresser à ce qui est objectivable. La science médicale dit du vivant sain ou malade, du processus du mourir mais rien de la mort. Le médecin légiste ne dit rien sur la mort il dit sur le processus qui a provoqué la mort, il dire donc du mourir. Son objet d'étude, lors de l'autopsie est le cadavre non la mort pour faire simple. Il "fait parler ce que les tissus morts peuvent encore dire, se souvenir, du temps du vivant" pour faire simple.

Au fil des siècles, l'homme s'est penché sur le mourir, il a accompagné la personne en fin de vie de différentes manières. Aujourd'hui la problématique s'acutise car on imagine que vivre c'est être (je caricature pour l'image) "jeune, beau, grand, fort, en bonne santé, riche, intelligent, puissant, ..." bref être un "sur-homme" voire un "au-delà de l'homme" (cela marche aussi pour les filles j'ai imaginé votre froncement de sourcil).

On demande au médecin, à la médecine, parfois même à l'état, de nous garantir cette puissance rêvée en nos lieux et place. Nul ne mourra à ma place mais pour autant chacun mourra à son moment. Le médecin peut contrôler en partie des choses, mais pas tout, même techniquement performant, il sera à un moment donné confronté au mourir du patient (mais aussi, à la sienne, à celle de celles et ceux qu'il aime)

Notre médecine nous permet aujourd'hui et nous permettra encore plus demain, de reculer l'instant de l'échéance de la mort. Elle guérit pas mal, soulage et donc prolonge souvent, mais ne peut prétendre à offrir l'éternité. On vit plus vieux, avec des pathologies chroniques contrôlables en partie avec un confort de vie fort appréciable, elle prolonge la vie active souvent parfois de façon plus limitée. Et puis il y a ses situations inédites, que l'homme n'a pas encore su ou pu apprivoiser, à appréhender, à gérer (au sens de : à faire avec). Elle génère aussi parfois des situations inédites : exemple ces nouveaux-nés, ces enfants, ces adultes, ces personnes âgées pour qui nous prenons par souci d'humanité la décision de d'arrêter un traitement actif qui n'a comme effet que de prolonger, artificiellement, la vie, et qui selon nos données d'analyse ne devraient pas survivre et qui pourtant survivent ou mettent un temps long pour finir par mourir (on ne les tue pas, on ne les empêche pas de mourir de façon déraisonnable mais simplement on les laisse vivre jusqu'à leur capacité de vivre, autrement dit on les laisse mourir sans pour autant les abandonner et en veillant à leur confort). C'est plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte. Les personnes en état végétatif chronique sont un résultat inattendu de la réanimation, le grand vieillissement est aussi une réalité qui a surgie brutalement et participe à nos questionnements, à nos difficultés, à nos malaises.

On a inventé la médecine palliative mais elle non plus ne résoudra pas le problème de la mort, elle permettra simplement de concilier le souci d'une médecine scientifique et performante et la réalité humaine. Sa performance sera d'autant plus importante qu'elle sera proposée tôt dans l'évolution d'une maladie évolutive ou au plus tôt que possible dans des pathologies d'évolution rapide, ... Elle n'a d'autre prétention que de permettre de proposer à chaque patient concerné le panel le plus complet des possibilités de la médecine (j'essaierai de vous convaincre en vous le démontrant que la visée palliative est compatible avec la visée curative de la médecine car simplement la médecine est soignante elle guérit tout ce qu'elle peut et pallie au mieux au reste pour faire simple).

Les lieux qui seraient destinés à accueillir les mourants, sont une invention sociétale par défaut. Les USP ne sont pas des mouiroirs mais des lieux de vie, les équipes mobiles font en sorte que le lieux de vie soit là où le patient est situé géographiquement d'une part et là où il reçoit les soins les plus adaptés à ses besoins.

Le médecin n'a pas une responsabilité plus grande dans ces problèmes que tout autre citoyen, en fait sa responsabilité est d'abord humaine et s'ajoute à celle-ci sa responsabilité professionnelle de faire au mieux qu'il peut avec les moyens dont il dispose)

On en reparle car là c'est déjà long

Les bavards et le temps informel, par Ariane S., mardi 17 janvier 2012, 15:59

Ah! Encore des questions.

Me plaçant volontiers dans la catégorie des bavards sur les 17 étudiants de l'option, je regarde les non-bavards.

Comment faire?

Peut-être une quinzaine de minutes de temps informel serait nécessaire à la fin des séances pour laisser la place aux échanges entre étudiants, avec les patients, avec les professeurs (ce qui se fait naturellement à la fin pour les plus "accros", d'ailleurs).

Ce serait comme officialiser un pré-forum, mais en vrai.

Comme un espace de libre échange supplémentaire.

Qu'en pensez-vous? Est-ce nécessaire?

Re: Les bavards et le temps informel par Christian H, mardi 17 janvier 2012, 23:23

Ariane, heureusement qu'il y a des bavards...au moins l'on peut en faisant un effort vers l'autre, communiquer avec lui. Le tout est que ces bavardages ne soient pas stériles. Nous avons 30h pour un programme soutenu. S'il passe comme obligatoire l'an prochain, le doyen voudrait qu'il ne fasse que 20h. Les objectifs doivent être réalisés; chacun peut se sentir frustré (j'ai vu un professeur n'avoir parlé que 3 minutes, regretter d'être venu 3 heures... Et, il y a nombreuses choses autres à faire. Pourquoi ne pas profiter de la bonne disposition des enseignants à discuter à la fin du cours? Et surtout ici, sur ce moodle, quelles question de fond aimerais-tu poser Ariane? Christian H.

Re: Les bavards et le temps informel par Ariane S., mercredi 18 janvier 2012, 12:51

Ahah. Je réfléchis. J'ai encore le temps, je crois.

Re: Les bavards et le temps informel par Chloe R., mercredi 18 janvier 2012, 14:01

Bonjour,

Je viens de découvrir ce forum florissant, j'ai mis du temps à tout lire ! Je voudrais parler des non-bavards car il me semble important dans l'esprit de cet enseignement.

Ces discussions soulèvent en nous tellement d'émotions, nous avons si peu l'occasion de nous exprimer devant des enseignants sur ces sujets, qu'il me semble que nous perdons parfois de vue les autres étudiants tant il nous brûle de faire partager nos réflexions jusqu'ici internes.

J'ai peur que le débat perde sa richesse, alors qu'il suffirait, en se basant sur les connaissances que nous avons des autres étudiants via les sous-groupes et l'après-option, de nous tourner vers eux lorsque le problème abordé nous fait penser à eux.

Peut-être certains ne parlent-ils pas car leur point de vue a déjà été exprimé par un autre; d'autres peut-être ont un point de vue approchant et ont peur des redites; d'autres encore sont plus timides et n'osent pas demander activement la parole dans un débat déjà bien animé.

Dans tous les cas, je trouve ça dommage car une partie de l'originalité consiste non pas à assister à des débats, si proches de nos opinions soient-ils, mais à les animer nous-même, tous ensemble, comme un groupe et non comme une somme d'individus.

J'espère ne froisser personne et je regrette moi-même d'avoir réalisé trop tard que le temps de parole n'était pas assez partagé, mais je crois que nous devons apprendre à nous connaître et à nous solliciter les uns les autres, car je suis sûre que les "non-bavards" ont autant à dire que les "bavards"!

A jeudi,

Chloé

Le mal-être ou le nouveau paradigme de la médecine par Jonathan I., vendredi 13 janvier 2012, 00:19

Chose promis, chose dû, je lance enfin cette discussion.

Beaucoup de questions, comme vous l'avez peut-être vu, me rongent...

Comment pouvons-nous à l'heure actuelle réaliser cette médecine de qualité dont nous parlons depuis maintenant deux séances, médecine se plaçant à l'écoute du patient, en prenant le temps qu'il faut, basé sur des compétences, un savoir à adapter pour chaque patient.

En effet, des obstacles qui me paraissent insurmontable nous barrent la route:

- La loi T2A par exemple qui va à l'encontre, il me semble, des perspectives de santé publique qu'on nous enseigne; d'autant plus que la prévention de maladie chronique (pardon pour le gros mot) coûte, je crois, moins cher que la prise en charge d'une complication de la dite maladie.

- Une technicité de la médecine qui prend le pas sur le côté humain: La course vers la compétence et l'ultra-spécialisation des savoirs passe en priorité face à la connaissance de l'esprit (je ne parle pas de psychiatrie) de l'être humain en face de soi avec ses rapports à la maladie prenant en compte sa culture, sa personnalité...

N'est-ce pas une aberration de laisser ces thématiques au domaine de l'expérience et non de l'enseignement (ou plutôt de l'accompagnement, terme que je préfère)

- Sans parler de la peur! La peur qui baigne notre société! Que l'on retrouve dans toutes les thématiques actuelles.

La peur du médico-légal dans un premier temps qui enferme les médecins dans un carcan procédural

La peur de l'échec, sinon je ne peux m'expliquer les réactions de certains médecins quand des patients n'ont pas une confiance aveugle en leur traitement

- La peur de la mort, de la maladie que l'on retrouve chez les malades, les médecins étant aussi des malades en puissance.

J'ai entendu percé une phrase aujourd'hui: "il existe des médecins heureux"

sous-entendu la majorité sont malheureux.

Reprenons la définition de la santé de l'OMS: La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Les médecins seraient donc malades à cause de leur métier?

Voir plus, la médecine serait-elle malade? Et comment une médecine malade peut-elle pouvoir et avoir la légitimité de soigner?

J'aurais encore beaucoup à écrire mais il se fait tard. J'espère avoir été clair.

Bonne soirée

Re: Le mal-être ou le nouveau paradigme de la médecine par Christian H., samedi 14 janvier 2012, 00:18

Jonathan,

Merci pour votre réponse. En fait, je voulais un peu discuter avec vous sachant qu'il n'est pas très productif d'uniquement se plaindre que l'exercice de la médecine n'est pas au mieux actuellement. C'est la vérité et mon discours même, je crois, vous montre bien toutes les critiques que je fais.

Il n'empêche que la critique est facile et l'art est difficile, toujours plus difficile que le logos...Et les deux sont nécessaires. Prenons ce qu'il s'est passé hier. Beaucoup se plaignent - dont moi-même - de ces normes qu'il faut appliquer sous forme de médecine, dont celles qui imposent des actes et des pratiques en plus limitées dans le temps, au lieu de celle qui consisterait à innover. L'un d'entre nous a judicieusement fait remarquer que ce n'est qu'une fois les normes bien connues qu'il est possible d'innover. En cas de sport les figures imposées et les figures libres sont toutes deux nécessaires. Il n'empêche que toutes les normes sont criticables: c'est le travail même de la réflexion éthique du médecin de les faire bouger, tout d'abord en soignant en clinique individuelle une personne singulière, ensuite en évaluant leurs pratiques sur de gros effectifs de manière quantitative (evidence based médecine par exemple) et sur des matériels adaptés de manière qualitative par des méthodologies de sciences humaines et sociales, enfin en proposant de nouvelles normes (collectives de type santé publique) qui répondent à des valeurs que l'on veut atteindre par des comportements nouveaux que l'on veut atteindre dans la relation entre le patient et le malade (une sorte de santé publique clinique) pour que cette dernière soit la moins reprochable possible.

Quant aux médecins eux-mêmes, ils ne sont pas malades, ni malheureux: il suffit de vivre la médecine pour savoir qu'avec les bénéfices secondaires 'aider l'autre, arriver à le sauver, à la secourir, à l'assister et mieux à l'accompagner..' sont des situations qui emplissent de joie, de bonheur - quand cela arrive - les cliniciens, les réanimateurs. Ceux qui font plus de la technologie dans leurs pratiques participent au résultat et ceux qui font plus de la recherche sont dans des monde spécifiques d'où procèdent les innovations... Ces professionnels sont heureux, cependant la réflexion éthique ne leur a pas été enseignée pour la plupart. Le temps leur est compté par des systèmes de valorisation des actes ou de leurs travaux que je qualifie de réducteurs d'une belle profession, d'une vocation même, normes qui sont sans force en termes de légitimité qui, dans ce domaine, dépend de l'humain qui est mis par chacun en jeu, notamment par le médecin. La compétence pourrait-elle se développer sans l'humain! Alors que les deux sont indispensables chez le même professionnel si l'on veut que la confiance qui est faite par le patient au médecin puisse perdurer.

Dois-je vous confier que tout cela va être traité à la marge dans cet enseignement et développé dans des masters (dont le master 1 d'éthique est ouvert à Paris Descartes dès P2). Demandez à Mathieu P., il est passé par ce cursus. J'ai bien entendu l'impression de n'avoir pas complètement répondu à vos questions, surtout les personnelles, mais vous apprendrez que l'on ne parle en fait souvent que de soi, tellement la communication est difficile, d'où l'excellence d'une écoute que nous essayons d'avoir au mieux dans ce cursus. N'hésitez pas à poser d'autres questions si mes réponses ne vous satisfont pas, mais sachez que ma volonté n'est pas de vous convaincre mais de vous exposer les pensées que me procurent vos questions.

A bientôt, à jeudi; christian H.

Re: Le mal-être ou le nouveau paradigme de la médecine par Oriane R., samedi 14 janvier 2012, 19:42

Quel pessimisme ! D'où te vient tant d'amertume ?

Il est encore un peu tôt pour conclure à quoi que ce soit à notre niveau non ?

Et pourtant nous apprenons tous les jours, nous évoluons très vite...mais laissons nous le temps de découvrir ces difficultés (administratives, politiques, patients informés par internet...) au moment voulu, nous qui avons déjà tant à faire avant mai 2013.

Tu me répondras probablement que tu as besoin d'espoir et de réponses pour continuer... Pour ma part je vois tous les jours en stage de beaux moments de partage, des situations très touchantes, et des médecins épanouis, et cela me suffit... rares sont ceux pour qui - c'est l'impression que j'en ai - les problèmes rencontrés limitent réellement leur plaisir d'exercer.

La rencontre de médecins charismatiques, brillants, et d'une rare finesse sur le plan relationnel, me remotive pour un petit moment en général.

Tu auras toujours le choix de faire valoir tes idées et de combattre ce que tu dénonces, par ton mode d'exercice tout d'abord.

Il ne faut pas tout voir en noir ! Il y a du bon et du mauvais partout (réformes, mode de tarification...)

A nous de façonner notre travail à notre image, dans le respect des règles. C'est nous les médecins et les citoyens de demain !

Remarque à part, pourrait-on se procurer un dictionnaire pour les prochaines séances ? Afin de ne pas malmenager les mots, ça me semble un bon moyen d'enrichir nos discussions.

A jeudi !

Oriane R.

Re: Le mal-être ou le nouveau paradigme de la médecine par Christian Herve, samedi 14 janvier 2012, 22:01

Jonathan, Oriane a raison, ben sûr. Cependant il est des moments où le doute est salutaire. N'oublions pas de Descartes que "Cogito ergo sum" est couplé à "dubito ergo sum". C'est le doute qui remet en question et qui fait progresser... même la science (le doute sur la viabilité de résultats présentés comme définitifs, la voie vers une autre hypothèse quelquefois contradictoire à celle antérieurement exprimée par un autre ou par soi-même...) La faculté d'interrogation est utile, ce qui ne l'est pas, en effet, c'est de caractériser de manière

pessimiste une profession, un métier. nombreux sont les collègues qui travaillent bien, d'ailleurs la plupart des malades sont contents de leurs médecins, ce qu'ils critiquent est plus l'organisation des soins et les autres médecins que le leur. La confiance dans une relation ne se donne pas si facilement, l'avis des patients également importe.

D'ailleurs, les médecins qui font les cours, tout en critiquant le système pour le faire évoluer, jamais ne remettent en cause le bien fondé des pratiques, seules des dérives individuelles toujours possibles sont prises pour exemple pour mieux objectiver ce qu'il ne faut pas faire. Et surtout d'un modèle paternaliste dont les actuels médecins sont les héritiers, nous sommes dans un autre qui fait une grande part à l'autonomie et à la responsabilité de la personne et il faut savoir ce que le malade désire. C'est affaire de longue expérience pour ne pas se tromper en permettant toujours au malade de l'exprimer. Les deux attitudes doivent correspondre au désir du malade qu'il veuille ou non savoir, puisque le refus d'information est aussi possible.

Enfin, Oriane, au delà du psychologique pour argumenter, de l'enthousiasme pour exprimer une profession extraordinaire, il est nécessaire de tempérer ses propos non pas par de l'espoir mais par des actions, la pensée critique permet cela. Je veux dire que la seule réponse qui soit valide et qui tienne aux remarques pessimistes de Jonathan c'est l'action pour plus de justice, ce que Paul Ricoeur appelait l'estime de soi, qu'actuellement il me semble élaborer. Nous sommes tous appelés à ce travail, vous rappelez vous de la petite éthique de Paul Ricoeur étudiée en P1, c'est celle à laquelle je fais référence maintenant. Seule l'estime de soi dans une recherche de plus de justice dans ses propres actes permettra la sollicitude, la réciprocité, le respect envers l'autre jusqu'à la mutualité et fera que l'institution se fonde dans ses missions éthiques pour aboutir que qu'en médecine hospitalière notamment l'acte juste se déroule dans des institutions justes.

C'est par une expression critique modérée mais argumentée, par une mobilisation de nos convictions de ce qu'est en santé la justice (pour que l'accès aux soins et que ces derniers expriment nos valeurs de justice et d'égalité) que le système hospitalier ou de santé sera plus ou moins juste, en sachant qu'il ne sera jamais complètement satisfaisant dès lors qu'en dehors de la France nombreux sont les pays qui n'ont pas déjà intégré les actes que nous critiquons malgré cela. Mais l'enthousiasme est fécond et il porte à l'action, c'est pourquoi je vous remercie de votre intervention, à jeudi. Christian H.

Re: Le mal-être ou le nouveau paradigme de la médecine par Jonathan I., dimanche 15 janvier 2012, 14:51

Je crois m'être mal fait comprendre, mon topic n'était en aucune façon un quelconque procès de la médecine mais plutôt plusieurs questions que je me poses. Mes questionnements ne sont pas une remise en cause de toutes les pratiques, une critique sans but ni solution, un point de non retour.

Mon pessimisme n'est que l'expression d'une envie, d'une passion, d'un plaisir de cette relation qui, tous les jours m'étonne. J'ai continué et je continue les études de Médecine uniquement pour avoir ce contact si particulier.

Je comprend votre enthousiasme mais à mon sens, il est loin de la réalité sociétale que j'aperçois quand je parle aux patients, aux gens autour de moi, aux médecins, aux "paramédicaux"... Ce que je décris est un sentiment que je retrouve chez beaucoup d'étudiants, de praticiens avec qui j'ai eu l'occasion de parler de par mes engagements associatifs depuis quelques années;

C'est ce qui me pousse aujourd'hui à agir et chercher des solutions.

J'ai rencontré certains médecins humains, certaines personnes, usées, fatiguées, en proie à un intense sentiment de lassitude, dans un système qui les broie, que ce soit à l'hôpital ou en ville, dans une obligation de rendement pour pouvoir vivre; Ces médecins d'une grande qualité qui ont l'impression de sacrifier leur vie pour une profession qui le leur rend mal. Et ça, ça me fait mal.

J'ai rencontré des médecins qui à l'opposé sont loin des patients, détachés, d'une grande qualité technique et qui s'en contente.

J'ai rencontré des pontes, des grands chefs qui ont réussi, une fois arrivés à ces hauts postes à réussir à travailler de leur passion. Je parle de vous, professeurs que je vois le jeudi en salle du conseil. Mais combien êtes-vous à être "intouchables", "à part"... Très peu...

De plus, le bonheur des médecins est un thème difficile à analyser d'autant plus que chaque bonheur est individuel et dépend de facteurs propres à chacun. Pour certaines personnes, "vous avez raté votre vie si vous n'avez pas une rolex avant l'âge de 50 ans"; c'est facile, je sais mais c'est pour illustrer une différence de conception de vie majeure. Cette conception de vie est un thème intéressant car comme nous l'avons dit, le métier de médecin n'est pas juste un métier mais un acte d'engagement qui s'ouvre plus loin que la sphère purement professionnelle. Ainsi, je pense que ces conceptions de vie influencent grandement notre pratique. Les bénéfices secondaires dont vous parlez Monsieur H. ne dépendent-ils pas de la conception qu'on les médecins de la médecine?

Maintenant, parlons des patients. Ces patients qui selon vous aiment leur médecin. Certains oui, d'autres non.

D'un point de vue totalement objectif, nous voyons la montée en puissance d'autres médecines, basées sur une approche radicalement différente, complémentaire peut-être. Ces médecines sont-elles l'expression d'un besoin d'autre chose, d'une autre pratique? D'une pratique plus proche des patients? Cela voudrait-il dire que la médecine actuelle ne promeut pas cette forme d'approche?

Bon, voilà, c'est fait, vous allez encore me dire que je suis d'un profond pessimisme donc je vous propose de passer à autre chose. J'entend bien vos remarques et je les comprend, Il me

reste malgré tout des questions qui me taraudent. Je m'excuse d'être si terre à terre mais je me dis que votre expérience peut m'aider.

Donc je vous pose une question Monsieur H., autres professeurs, une question claire:

Est-il possible pour un médecin généraliste, gériatre en ville, de réaliser une médecine de qualité comme vous l'entendez, qui nécessite de prendre son temps avec chaque patient? Quelles sont les différentes manières d'y aboutir? Quelles obstacles rencontreront-nous? Y a-t-il des moyens de continuer en complémentaire une pratique hospitalière que ce soit en éthique, en mission de santé publique? Que sera selon vous l'évolution du rôle de médecin généraliste?

Re: Le mal-être ou le nouveau paradigme de la médecine par Christian H., dimanche 15 janvier 2012, 15:52

Cher Jonathan,

Je ne te trouve pas personnellement pessimiste, je répondais à Oriane et je disais comment, en effet, sa réflexion était juste selon certains points mais aussi je parlais de l'enthousiasme qui permet d'entrer dans une logique de l'action, tel que Paul Ricoeur le développe dans "Soi-même comme un autre" Le Seuil, 1990. Au contraire en lisant bien, j'apportais du crédit à ce que tu évoques maintenant: que ta force que tu sens en toi est d'améliorer le système et je rajoutais que tout système en a besoin car le système idéal n'existe pas. Nos maîtres avaient les mêmes constatations et ont changé le système médical, la société a voulu faire évoluer le système sanitaire également. Tu t'inscris et c'est heureux dans ce mouvement que Paul Ricoeur appelle l'estime de soi, ce qui permet de forger des convictions et s'engager dans une action dès lors qu'une sensation d'injustice est perçue. C'est ton approche. Je la décris en PAES, ancien P1. Notamment dans "la consultation" que tu peux aller consulter, je décris comme toi les distances dans les relations qui sont permises et qui témoignent de l'empathie, de celles qui évoquent une indifférence voire d'une fusion, ces deux dernières étant condamnables.

En ce qui concerne l'appel vers les médecines alternatives, c'est la médecine qui doit en effet changer son champ, le faire évoluer. Dans des cours de master éthique que je te conseille de suivre (www.ethique.inserm.fr) tu verras que l'on parle avec les philosophes et les anthropologues "d'anthropotechnie", de "médecine de l'amélioration" (en anglais enhancement): à ce propos vient à la Rencontre d'Hippocrate sur le dopage le lundi 14 mai à la faculté Paris Descartes à 18h, amphi Portier. Enfin, peu sont les collègues de toutes disciplines qui ne vont pas actuellement en Chine et une action à l'assistance publique (APHP) est ciblée sur les thérapeutiques alternatives justement. Donc, beaucoup d'actions se font et il faut cesser de rester sur un point de vue trop globalisant de la médecine et de ses failles. La médecine et la santé, dans leurs nouvelles définitions répondent à une vision multiple:

physique, psychique et sociale, voire spirituelle pour certains. Un économiste Amartya Sen, prix nobel, fonde la santé sur l'éducation et l'environnement , les autres et plaide pour l'accès aux droits et non simplement à donner des droits bien souvent inatteignables, comme l'accès aux soins dans certains pays.

Je te conseille comme les étudiants de P5 de t'inscrire en master d'éthique et je te rappelle néanmoins l'objet de notre enseignement. La finalité de cet enseignement réside en l'appropriation sous une forme pratique et concrète d'éléments qui participent à la réflexion éthique, en correspondance avec les vécus pratiques (à l'hôpital ou en ville) des étudiants de troisième année du deuxième cycle des études médicales (DCEM 3).

Au plaisir de t'avoir lu et répondu ainsi, à bientôt de te voir, christian h.

Re: Le mal-être ou le nouveau paradigme de la médecine par Lin C., dimanche 15 janvier 2012, 17:58

Bonjour tout le monde !

Il y a du bon et du mauvais dans chaque métier mais je pense que la médecine offre plus d'épanouissement personnel tout de même sur le plan humain, intellectuel, social...

Le cursus est difficile à cause de la masse de connaissance et de compétences pointilleuses qu'il faut acquérir en peu de temps. La perte d'estime de soi est fréquente chez les étudiants ,des remises en question sur ses capacités cognitives, des doutes, des peurs , des échecs à surmonter même chez les médecins.

Le système est un peu rigide, les protocoles standardisés, les critères de consensus difficiles à apprendre, ainsi que le stress quotidien à gérer.

Mais n'oublions pas les bons moments vécus, des événements marquants, la rencontre de personnalités brillantes et de professeurs excellents incarnant mon modèle idéal , la satisfaction de procurer du bien aux patients, .. on se raccroche à l'idée de faire de la bonne médecine et de laisser le temps suivre son chemin .

On est bien d'accord que tout le monde est bouleversé par la rapidité du progrès médical, par les découvertes scientifiques fulgurantes dans tous les domaines , même les patients ont dû mal à nous suivre de temps en temps quand on oublie de traduire dans leur langage des termes médicaux en des mots simples, compréhensibles et appropriés en prenant en compte leur langage corporel .

Mais je crois également à une médecine plus humaine, plus ouverte, multidimensionnelle qui saura satisfaire le besoin de chacun.

c'est justement grâce aux différentes réflexions lors de la dernière séance que je suis convaincue que l'émergence de nouveaux médecins va encore bouleverser la vision de la médecine .

c'est donc avec plaisir de vous retrouver jeudi !

Lin C.

Re: Le mal-être ou le nouveau paradigme de la médecine par Christian H., dimanche 15 janvier 2012, 19:02

Lin, voici une très bonne réflexion. Il faut savoir que l'on est ensemble dans une profession qui se transforme, notamment à la demande des patients. C'est tout l'objet de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Les évolutions technologiques ont ébloui, par leurs efficacités respectives, nombre de nos prédécesseurs et il est temps de repositionner un équilibre d'une médecine qui ré-introduise l'humain de la relation médecin-malade mais aussi qui se re-définisse comme elle se fait continuellement sans que nous en ayons l'impression. Cela s'appelle aussi le progrès et en ce qui nous concerne c'est d'un progrès en humanité dont il s'agit de promouvoir. Par la prise de conscience des collègues de cette visée éthique, un travail de codification des éléments qui traduisent l'humain de la relation sera certainement à faire et à intégrer dans la valorisation des actes, ces derniers ne pouvant être seulement valorisés par les seules techniques, qu'ils mobilisent, mais également par la relation humaine nécessaire à la relation médecin-malade en fonction des situations, des pathologies et des personnes elles-mêmes.

Merci pour cette contribution. A jeudi. Christian H.

Re: Le mal-être ou le nouveau paradigme de la médecine par Mengxue Y., dimanche 15 janvier 2012, 19:35

Bonjour à tous,

j'aime beaucoup la vision de Lin C. J'ai observé trois positions dans vos discussions. La plupart des êtres humains voient le verre toujours soit à moitié vide ou à moitié plein. Et que diriez-vous de voir les deux en même temps?

Dans un cas, nous sommes tellement focalisés sur notre déception, par le contraste entre nos espoirs et la réalité, que nous en oublions la passion qui nous a poussés à choisir ce métier. Nous vivons alors dans la contrainte, et dans le stress. Difficile de progresser dans ces conditions.

L'autre vision est de ne voir que le positif, et de se focaliser que sur celui ci, dans le but de se remonter le moral, de vivre heureux. Nous nous protégeons comme nos parents nous protégeaient en nous cachant les yeux devant certaines scènes a la TV. Mais comment pouvons-nous alors changer la réalité si nous n'acceptons même pas de regarder celle-ci en face? Et attention, celui qui marché dans les hauteurs sans jamais regarder ce qu'il y a en bas risque de tomber de bien haut! Moi je suis déjà tombée.

Entendons nous, ces deux réactions sont totalement naturelles. Ce sont peut être même des étapes nécessaires pour comprendre les autres. Personnellement je suis passée par les deux. Et seriez vous d'accord pour dire que les deux réactions traduisent une part de peur de la réalité, et que les 2 paralysent toute action. Un jour une personne d'un pessimisme sans nom m'a dit: " Céline, tu es une fille intelligente, tu vois les mêmes problèmes que moi dans le monde. Sauf que moi je peux vivre avec, et supporter la souffrance, mais pas toi." Et c'était bien vrai! Sommes nous si différents au fond? Aujourd'hui, je pense que c'est en regardant la réalité toute entière que nous pouvons changer les choses.

Et c'est dans ce but que je vous retrouverai tous les jeudi avec plaisir!

Céline

Re: Le mal-être ou le nouveau paradigme de la médecine par Christian H., dimanche 15 janvier 2012, 22:51

Céline, quel bel apport!

En effet, les vécus sont majeurs pour nous donner à chacun notre méthode de ne pas souffrir. C'est une culture pour certains, pour d'autres une philosophie: les stoïciens, par exemple, ne s'occupaient que de ce qu'ils maîtrisaient, en ce qui concerne ce qui n'était pas dans leur possibilités de changer le cours des choses, ils n'y intervenaient pas....

De plus, allier des contraires comme vous le proposez a été plaidé par Nicolas de Cues, un théologien catholique.

Enfin, un de mes élèves sur le site www.ethique.inserm.fr (il s'agit de Manuel Wolf s'exprimant avec moi sur l'euthanasie) explique comment, à propos de la pensée complexe, s'inspirant de Edgar Morin, nous devons passer d'une logique du tiers exclu à celle du tiers inclus: c'est à dire qu'il peut se passer en un même lieu et à un même temps deux phénomènes opposés, contradictoires, ce qu'infirmerait la théorie du tiers exclu. (lisez le courrier de l'éthique médicale et son article sur "pensez complexe" que je vous distribuerai la prochaine fois).

Comme quoi vos positions ont déjà été discutées, elles signent que vous penser votre objet: la médecine et surtout que vous employez les logiques nécessaires pour parvenir à l'action: améliorer ce qui vous paraît insuffisant, voire injuste.

Merci. A jeudi, christian h.

Re: Le mal-être ou le nouveau paradigme de la médecine par Matthieu P., lundi 16 janvier 2012, 17:13

Chers tous,

Nous partageons tous, les mêmes valeurs et les mêmes constats sur nos Etudes.

Effectivement, les Etudes de Médecine sont un parcours semé d'embûches, et leur organisation actuelle nous laisse tous dubitatifs sur leur capacité à nous permettre de nous développer en tant que "bon" "clinicien".

Même si les études, aujourd'hui, sont basées sur des exigences différentes de celles de nos maîtres et que la vitesse de renouvellement des connaissances est beaucoup plus rapide actuellement qu'elle ne l'était pour eux, il n'empêche que nous nous formons aujourd'hui pour être les professionnels de demain et que cela restera à nous d'ouvrir nos voies propres d'un exercice d'une Médecine qui nous plaît : le système de santé connaît un véritable bouleversement avec la création de nouveaux repères, qui ne sont pas bien ancrés, encore.

L'avenir, comme le dit le Dr. Xavier Emmanuelli, ne sera pas linéaire, et nous pouvons, nous pourrons, en être encore un peu maîtres...

Je vous sou mets donc le système de "valeurs" de la Faculté de médecine d'Ottawa, élaboré par des Patients, des Membres de la Société Civile, des Enseignants, des Médecins et des Etudiants, et qui est le socle de leur réforme pédagogique de 2008. Ce système visait à répondre à la question : qu'attend la société, aujourd'hui, d'un Médecin ?

Ils ont répondu par ces 8 missions, et ont ensuite réformé la totalité de leur formation pour qu'elle réponde à ces 8 missions.

Clinicien :

- Démontrer la capacité de consigner une anamnèse complète et d'effectuer l'examen physique de patients de tout âge.
- Démontrer les connaissances, les compétences et les attitudes requises pour reconnaître les personnes exposées à des problèmes de santé courants qui mettent leur vie en danger, pour établir le diagnostic et amorcer le traitement approprié.
- Démontrer la capacité d'obtenir les antécédents du patient et de les consigner de façon exacte, concise et organisée, sur papier ou en format électronique, dans divers contextes cliniques.
- Établir des stratégies d'apprentissage en vue de garder à jour ses compétences cliniques dans sa discipline choisie.

Communicateur :

- Établir une communication thérapeutique axée sur le patient, par le biais de la prise de décisions en commun et d'interactions efficaces fondées sur l'éthique et l'empathie avec les patients, les membres de la famille, les collègues et les soignants.
- Obtenir les renseignements pertinents et les points de vue des patients, des membres de la famille, des soignants et des collègues, et en faire la synthèse.
- Transmettre tout type de renseignements avec exactitude aux patients, aux membres de la famille, aux soignants et aux collègues.

Collaborateur :

- Démontrer sa connaissance des rôles, des compétences et des responsabilités des autres membres de l'équipe soignante.
- Démontrer sa capacité de participer efficacement aux activités d'une équipe interprofessionnelle et de partager la prise de décisions tout en visant des objectifs communs axés sur le patient. - Démontrer sa capacité de faire appel aux ressources communautaires pour le bien des patients.

Professionnel :

- Démontrer son engagement envers les patients, les professionnels de la santé et la société en adoptant des comportements qui reflètent l'honnêteté, l'intégrité, la compassion, l'empathie, le respect et l'altruisme, conformément aux normes de la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa en matière de déontologie et de professionnalisme.
- Respecter la confidentialité des patients et faire preuve de sensibilité et de respect par rapport aux droits, aux opinions et à la diversité des patients.
- Reconnaître, admettre et gérer les fautes médicales en respectant la déontologie et en faisant preuve de responsabilité sociale et de sensibilité.
- Démontrer sa compréhension du contrat social en constante évolution conclu entre les médecins et la société.

Avocat-défenseur de la santé :

- Reconnaître les besoins individuels, y compris les aspects physiques, psychosociaux, culturels et spirituels en matière de santé, et défendre les droits de chaque patient.
- Reconnaître les besoins en matière de santé des communautés et des populations, puis décrire les possibilités de promouvoir la santé et de prévenir la maladie.
- Définir les déterminants précis de la santé et les utiliser afin de promouvoir la santé des individus et des groupes.

Érudit :

- Démontrer la capacité d'acquérir des connaissances et des concepts relativement à la médecine factuelle et de les appliquer dans divers scénarios cliniques.
- Démontrer la capacité d'évaluer de façon critique des renseignements et des connaissances nouvelles en soins de santé.
- Acquérir les compétences pour faciliter l'apprentissage d'autres personnes ou groupes, y compris les collègues, les patients et les membres de la famille, de même que d'autres professionnels de la santé.

Être humain :

- Reconnaître et comprendre les déterminants qui touchent sa propre santé et celle de ses collègues au sein de l'équipe soignante.
- Déterminer les stratégies et les ressources aux niveaux individuel, de la population et du système pour promouvoir la santé et le mieux-être des médecins et de leur famille, en tenant compte des diverses personnalités des médecins et de leurs réalités particulières.
- Démontrer sa compréhension des divers choix de carrière qui s'offrent dans la pratique de la médecine.
- Appliquer des compétences et des stratégies conçues en vue de maintenir sa santé et son bien-être personnels et professionnels.

Gestionnaire :

- Démontrer sa compréhension des systèmes de santé aux paliers local, régional, provincial/territorial, national et international.
- Considérer l'utilisation judicieuse des diverses ressources et installations de santé dans sa prise de décisions cliniques.

Ayant été, il y a 2 ans, dans votre cas (mais n'ayant pas ce magnifique enseignement dans mes choix), j'ai également souffert et décidé d'entreprendre, en D3, un Master d'Ethique.

Je vous livre ci-dessous quelque unes des réflexions que j'en ai tirées sur la fin du deuxième cycle, que j'ai, du coup, beaucoup mieux vécue

- les items du programme du DCEM

(<http://www.education.gouv.fr/bo/2007/22/MENS0753287A.htm>) ne doivent pas vous enfermer : on suppose que ce sont les bases que "tout médecin" doit savoir, peu importe sa spécialité, mais ne les apprenez pas "comme un vase qu'on remplit, mais comme une fleur qui s'épanouit" : au delà de l'ECN, vous apprenez surtout pour exercer la médecine, et pour vous former à être le meilleur médecin possible, en connaissant vos limites et en sachant passer la main s'il le faut

- la théorie sur laquelle repose notre formation (qui se fait dans une Université et non dans une Grande Ecole, et cela tient encore à cela), est qu'on ne nous apprend pas des

connaissances, mais qu'on nous apprend à apprendre, à chercher et à trouver, par nos propres moyens : nous restons étudiants à vie !

- Les ECN ne sont qu'une étape, et pas une finalité : votre classement à ces épreuves ne saurait vous résumer en tant que personne et votre bonheur à exercer un métier d'une richesse extraordinaire n'est pas conditionné à ce classement.

Tous les enseignants s'accordent pour dire que les ECN sont un échec pédagogique (trop d'enseignements sont "ECN centrés" en faisant perdre le sens clinique et en empêchant le développement d'enseignements plus "ouverts sur le reste du monde") et docimologique (théoriquement, ces épreuves devaient établir une relation linéaire entre le classement et les connaissances médicales utiles à la pratique...).

Ces épreuves sont en cours de réforme, avec une nouvelle version des épreuves dès 2013 (quelques QCM devraient faire leur apparition, en théorie), et des épreuves totalement informatisées en 2015, si le cahier des charges est maintenu : tout n'est pas perdu...

- il y a de multiples lieux de création de sens où vous pourrez vous épanouir, le laboratoire en est un, vous l'aurez compris.

Il en existe également d'autres, dans des niveaux et domaines divers, par exemple la revue "Pratiques, les cahiers de la médecine utopique", le CISS (collectif interassociatif sur la Santé) ou, dans le domaine de la formation continue, la revue "Prescrire" ou le "Formindep" (Association de médecins pour une formation et une information médicales indépendantes de tout autre intérêt que celui de la santé des personnes).

Voilà, quelques éléments, qui, je l'espère vous apporteront des réponses, ou mieux, de nouvelles questions.

A mercredi !

Matthieu

Re: Le mal-être ou le nouveau paradigme de la médecine par Ariane S., mardi 17 janvier 2012, 15:33

Whaou! Il est vivace ce forum.

J'espère que rien de ce qui est dit ici ne sera considéré comme une vérité absolue, un dogme, une pensée commune. Comme l'a bien souligné l'objectif de l'enseignement cité ci-dessus.

Mais qu'on y trouvera un peu de paix et beaucoup de force pour se changer, laisser la place au changement (vital), et construire ensemble? Qui sait.

En vrac quelques remarques de lecture.

"Ah, ils sont bons ces canadiens. En allant au Québec, la chose qui m'a le plus surpris, faisant un contraste énorme avec Paris et la France en général, c'était leur attitude décomplexée... face aux problèmes. C'est le ici et maintenant. Ils voient le problème, mais ni rajoutent pas le complexe. Ça libère la pensée, la fragilité et la mise en pratique. C'est Oser.

Pour plus haut, "la beauté est dans les yeux de celui qui la regarde", pour les regards subjectifs de chacun. Mais "nul n'est plus aveugle que celui qui ne veut pas voir".

Les radicalisations orientées par une violence quotidienne, dans nos études, dans nos idéaux médicaux, dans notre vie de citoyen sont je crois bien naturelles, et nécessaires. C'est un courage d'être radical.

Penser modérément est une chose, encore faut-il en avoir les moyens (intellectuels, matériels, financiers, par l'expérience, paix intérieure...).

C'est une lâcheté d'être fermé sur son radicalisme. Le danger, c'est quand les radicaux ne nourrissent plus les modérés et les modérés ne nourrissent plus les radicaux.

C'est le dialogue, qui noue la toile et qui donne du sens à chacun.

Si le fil des échanges est coupé, on fait des ghettos (désolée, je n'ai pas de mot moins "chargé"), des ghettos d'éthique, des ghettos de technique, des ghettos de médecins, des ghettos de patients, ghettos de professeurs, ghettos d'étudiants...

(Et j'appliquerais volontiers cette théorie avec la situation politique actuelle, et ce sentiment de perte d'un esprit de démocratie.)

Le mot action, me parle beaucoup : tant qu'on se l'autorise, c'est qu'on se laisse l'opportunité de vérifier, de se tromper, de se corriger, de se reposer des nouvelles questions... etc.

J'aimerais dire à tous mes professeurs et maîtres de stage.

Stimuler l'indignation, pour réveiller l'enthousiasme, l'énergie des étudiants, aptes aux rêves, aux cauchemars, aux colères et tristesses, aux joies, tous ces sentiments aigus, perçus avec force (avant d'être polis par le temps, par le réel, par les déceptions ou les fatigues).

C'est aux étudiants, l'énergie étudiante de stimuler l'assouplissement d'un cadre rigide. La jeunesse sera toujours contrebalancée par la sagesse, surtout au CHU. Dans le respect de l'acquis jusque là, du travail de nos pairs, de nos pères dans ce domaine et du pacte pédagogique.

Encore faut-il que cette jeunesse s'estime, se regarde, se reconnaisse et se libère. Encore une fois, les rôles sont à saisir.

C'est ce quotidien, qui coule chaque jour dans l'entérinement des pratiques proposées.

Vive ce lieu de dialogue. Enfin, un peu d'espace.

J'ai la sensation que ces études m'apprennent à être un médecin, mon métier, mais je déplore qu'elles négligent l'exploration officielle du rôle du médecin, de sa fonction.

Du chercheur éternel, du voyageur du quotidien, du citoyen influent de classe moyenne-haute, avec un certain pouvoir d'achat, et donc pouvoir de décision sur sa vie personnelle, du passeur, du laïque, de l'artiste.

Tout cela reste dans l'intime de chacun, comme un jardin fertile, que l'équipe pédagogique choisit délibérément d'abandonner à l'individu-étudiant, que ce soit pour la friche, pour la terre stérile où rien ne pousse ou pour le jardin des merveilles, sans donner quoique ce soit de règles de base du jardinage. Sans quelques bases pour apprendre à penser, à s'estimer, à Etre.

Faut-il encore s'être éveiller à la question pour pousser la porte du master d'éthique ou de cet enseignement optionnel. La sempiternelle question du dialogue des initiés entre eux. Ghettos d'initiés?"

PS : "Comment apprendre à se connaître? Par la méditation, jamais, mais bien par l'action" Gandhi ; "Faut se réveiller, faut se réveiller, y a des petits espaces de liberté, faut rentrer dedans et faut pousser les murs"(entre les mots, Keny Arkana)

(C'est pratique, presque tout a déjà été dit.)

La place de l'éthique dans les études de médecine par Julie D-D., jeudi 19 janvier 2012, 18:48

Bonjour à tous,

Le débat d'aujourd'hui m'a fait réfléchir à ce que représente l'éthique pour les étudiants en médecine. Mon intervention est plus une remarque, une interrogation personnelle plutôt qu'une réelle question (vous m'en excuserez).

J'ai la forte impression que l'éthique, ou du moins la démarche de réflexion sur ce qu'est être un bon médecin, n'est pas une priorité chez beaucoup d'étudiants en médecine. Je vois autour de moi, des jeunes étudiants qui me demandent pourquoi j'ai choisi cette option, or pour moi il est indispensable de passer par cette réflexion pour être un bon médecin face à ses patients, d'avoir entendu au moins une fois l'avis d'un malade pour comprendre ce qu'il attend de nous... J'entends partout que c'est normal que les chirurgiens ne prennent pas le temps de parler avec leurs patients ou de les écouter car ils sont chirurgiens! Pourquoi? qui a dit qu'un chirurgien ne devait pas être un bon médecin, à l'écoute de son patient! Est ce une question d'habitude, une certaine théorie qui se passerait de génération en génération, une idée que les gens se font des chirurgiens. Pourquoi tant de rejet pour une discipline qui me semble essentielle. J'ai même parfois l'impression que les médecins eux même ne la juge pas nécessaire...

Ceux sont des questions que je me pose en tant que futur médecin. Je trouve important que cette option devienne un enseignement, sous quelle forme par contre, je ne sais pas...

Bonne soirée à tous

Julie

Re: La place de l'éthique dans les études de médecine par Oriane R., jeudi 19 janvier 2012, 20:01

En effet, nous ne sommes pas dans ce module des étudiants "représentatifs" de l'intégralité de notre promotion. Nous ne sommes je pense qu'une minorité à rechercher ce questionnement, cette réflexion sur l'éthique au sein du métier de médecin...

J'émet donc quelques doutes concernant le caractère obligatoire de ce module - en cours d'évaluation d'après ce que j'ai compris. Je ne suis pas convaincue que la forme et le fond de cet enseignement conviendraient au plus grand nombre. Je me sens comme privilégiée entendez le bien, mais je suis sûre que certains ne voudraient pas être à ma place !

Re: La place de l'éthique dans les études de médecine par Julie D-D., jeudi 19 janvier 2012, 21:48

je suis d'accord avec toi que la forme ne conviendrait pas à tout le monde, et ne serait peut être pas réalisable d'ailleurs, mais pourquoi pas sous une autre forme, un enseignement qui nous sensibiliserait. mais ceci est un autre débat...

Re: La place de l'éthique dans les études de médecine par Christian H., dimanche 22 janvier 2012, 00:27

Merci Julie pour cette contribution.

Je tirerai de tes réflexions la phrase fondamentale de l'intérêt ou non d'entendre un patient pour être ou non un "bon" médecin. En fait, le cours de P1 qui vous a été délivré par moi-même tente de proposer une réponse. La personne est donc un esprit et un corps, le rapport entre les personnes crée la relation puis la consultation est caractérisée par une relation interpersonnelle asymétrique. Une institution (l'hôpital a des missions éthiques: les soins, l'assistance, avec en plus l'enseignement et la recherche quand c'est un CHU) se doit d'accomplir ces missions en priorité, elle ne le fait que par ses membres (les médecins, mais aussi tous les personnels qui concourent de près ou de loin à ces missions) et ceux-ci doivent en être conscient c'est "l'estime de soi" et doivent éprouver un respect mutuel vis-à-vis des autres, y compris ceux qui travaillent avec eux, les infirmières notamment, c'est cela "la sollicitude". Sinon il s'agit de paternalisme voire de mépris. La société tout entière refuse ces anciennes pratiques: la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé établit par la loi de nouvelles règles juridiques qui contraignent les

médecins à pratiquer autrement. Ces étudiants sont dans une voie qui les amènera à des problèmes médico-légaux, des plaintes notamment par des malades qui n'accepteront pas d'être traités comme des "choses" à qui l'on ne parlerait pas, malades exigeant qu'on les considère dans leurs autonomies et leurs vulnérabilités respectives sans jamais oublier qu'il sont toujours en état d'une dignité qui est consubstantielle à leur personne+++

Pour aller plus loin, le serment d'Hippocrate nous appelle à de telles attitudes. venez à la prochaine conférence Hippocrate pour vous en persuader si vous en doutez encore... et amenez vos camarades, bien sûr, il y aura tous les doyens pour en parler.

Comment peut-on concevoir de telles réflexions, telles que vous les rapportez... Comme le disait Hannah Arendt, le mal n'est pas la responsabilité unique de ceux qui le commettent mais de ceux qui n'ont rien dit et ont laissé faire... Aussi, votre rôle est majeur, sans choquer aucunement, votre implication dans cet enseignement questionne: cela est déjà bien, surtout si ce sont des personnes qui se reconnaissent un peu en vous, en votre génération et pour lesquels votre engagement dans notre enseignement choque. mais cela les fait ainsi réfléchir: "J'ai donc des amis qui attriquent de la qualité dans la relation avec les patients" cela questionne. De plus vos réponses sont très importantes, sans choquer, de manière très pédagogique et bientôt votre interrogatoire de patient (c'est à dire votre pratique de médecin responsable, respectant vos malades) ne sera pas le même que celui des autres et les patients le diront, mais surtout les paramédicaux....L'exemple est notre meilleure arme...

Quant à un enseignement pour tous, pourquoi pas, mais avant il faut montrer que ce que nous faisons avec vous a un écho et va ainsi dans le bon sens. merci de la question.

Christian H.

Re: La place de l'éthique dans les études de médecine par Jonathan I., dimanche 22 janvier 2012, 13:52

Concernant la chirurgie, j'ai rencontré des chirurgiens qui m'ont dit: "je ne suis pas médecin, tout ceci (les soins) n'est pas de ma compétence... Bon c'est mal parti"... Une minorité, j'espère, de chirurgien pense ainsi.

Je pense que le drame est que ces chirurgiens oublient tout une part de leur métier:

Si on part du postulat que toute atteinte physique entraîne une atteinte psychique, le soin ne serait-il pas une prise en charge de ces 2 composantes?

D'autant plus dans la chirurgie où il existe une modification du schéma corporelle avec une modification (transitoire ou non) des habitudes de vie. Pouvons-nous parler de "non-assistance à personne en danger"?

J'ai une petite anecdote la-dessus:

Une femme de 84 ans est décédée dans les suites d'une chirurgie du col du fémur (ostéosynthèse)... Jusque là rien de surprenant (enfin...)

L'opération s'est bien passé. Elle est rentrée en salle.

Le chirurgien n'est jamais allé la voir en post-op (période de fête).

Cette femme avait mal et voulait donc voir le chirurgien pour lui en parler.

La douleur possédant une forte part affective, ces douleurs continuaient malgré l'augmentation des concentrations en morphine et cette femme devenait de plus en plus anxieuse devant la non-venue de son médecin!

Cette augmentation de morphine inconsidérée a aboutit à une défaillance rénale, puis défaillance multiviscérale, dialyse et cette patiente est décédée 2 jours plus tard. La famille était bien évidemment bouleversé et ce sont les réanimateurs qui leur ont annoncé le décès. Le chirurgien en question ne s'est jamais présenté à eux.

Re: La place de l'éthique dans les études de médecine par Ariane S., mardi 24 janvier 2012, 17:04

Bon, je n'arrive pas me taire sur un tel sujet...

C'est cool que cette question arrive ici.

Oui, je suis d'accord avec Julie que cet enseignement est essentiel.

Oui, je suis d'accord avec Oriane que peut-être si cet enseignement devient obligatoire, ce ne sera pas au goût de tout le monde.

De tous ceux qui veulent être des docteurs House et docteur Mamour, qui finalement ne se posent pas la question et peut-être ne se la poseront jamais. Parce qu'appliquer une recette, c'est à la portée de tout le monde.

Mais je ne crois pas que l'enseignement d'anatomie en P1 ou l'enseignement de la physiopathologie en P2 convenaient au plus grand nombre.

Oui, on se disait que ça serait sûrement utile mais ça ne plaisait pas à tout le monde.

Selon moi, ça fait pourtant parti, au même titre que l'éthique, des fondamentaux de la médecine.

Je trouve ça assez éloquent qu'on arrive à cette question sur le forum de cet optionnel.

Pourquoi cette matière reste-t-elle si fermée sur elle même? Pourquoi semble-t-elle être seulement un débat d'initiés dans les sphères nébuleuses du conseil pédagogique de l'Université Paris Descartes en France? Qui s'autorise le débat éthique?

A bordeaux, où j'ai commencé ma scolarité, la question semblait moins au goût du jour. Mais encore une fois, je n'y avait peut-être tout simplement pas accès?

Moi petite étudiante en médecine, bien contente que les autres pensent à ma place... (grincement de dents).

(Quant à certains chirurgiens, si intelligents, vifs, adaptables, exigeants : quel gâchis de laisser ce champ éthique de leur pratique à la friche.)

Même phrase que Hannah Arendt mais de Einstein : "le monde ne sera pas détruit par ceux qui font le mal, mais par ceux qui regardent sans rien faire"

Mais qu'est ce que nous apporte vraiment l'éthique? en a-t-on vraiment besoin finalement?

Re: La place de l'éthique dans les études de médecine par Anthony G., mercredi 25 janvier 2012, 11:45

Je ne pense pas qu'il faille remettre en cause la légitimité ou encore l'ordre présumé de nos enseignements de qualité (important à souligner). Il est en effet regrettable que l'éthique en tant que matière propre, distincte ne puisse trouver sa place ordinale au milieu de la physiopathologie, l'anatomie ou encore la santé publique enseignée en D1.

Je ne me permettrais pas de résoudre le problème ... Mais ne serait-il pas intéressant de poursuivre la réflexion initiée en P1 à la suite des cours de Mr H. et Mr M. au travers d'un enseignement débutant en P2-D1, format trimestriel où la promotion serait divisée en 3 au cours de l'année, elle-même divisée en groupes A,B,C,D ... Chacun des groupes établi en « assemblée » construisant un débat sur l'ensemble des grands axes de la recherche en éthique médicale (éthique et recherche biomédicale, éthique des pratiques cliniques et relation soignant-soigné, intégrité scientifique ...). Par la suite, proposer dès le début de l'externat l'option « De l'étudiant-médecin au médecin responsable » à réaliser obligatoirement au cours des 3 années de l'externat (ou plutôt D2-D3).

Ceci n'est qu'une piste ...

Si la réflexion se porte sur la place ou le besoin de l'éthique dans nos études, j'estime pour ma part qu'elle tient une place primordiale dans ma propre vision de la relation soignant-soignée (peut être est-ce à cause du Master 1 d'Ethique médicale ?). Ainsi me permettrai-je de citer Pierre Le Coz : « L'éthique, c'est une réflexion qui naît d'un conflit entre nos valeurs ».

Chirurgiens, Médecins ou autres personnels du corps soignant sont actuellement et visiblement mal préparés à exercer avec des valeurs humaines fortes, mal préparés à communiquer, ils sont formatés à la protocolisation (bien qu'indispensable), par ailleurs mal informés du droit des patients !! Ils sont cependant les acteurs principaux de l'Institution, le « IL » des 3 éléments fondamentaux de la relation soignant-soigné (à savoir : l'estime de soi –

le « JE » ; la sollicitude ou l'interaction avec les autres – le « TU » et enfin le « Il » - l'Institution) garant ou représentant du système de pérennisation de la solidarité et de l'égalité, le lieu du DIALOGUE, de la communication. Le Paradoxe est clair !

Comment sommes-nous passés d'une médecine d'investissement humain à une médecine de risque ?

Le principe de précaution ne pourrait-il pas en être la cause ? "L'Heuristique de la crainte" qu'évoque Hans Jonas ? La peur quand l'autre se montre à moi d'Emmanuel Levinas ...

Re: La place de l'éthique dans les études de médecine par Ariane S., mercredi 1 février 2012, 01:10

Je crois bien au contraire que si une chose n'est pas admise par la majorité et qu'on fait partie de la minorité qui veut la faire admettre, il est indispensable que cette minorité se redemande en permanence la place de la question dans le débat.

Dans une certaine limite, celle de ne pas décredibiliser son action.

Mais se l'imposer avant tout comme une hygiène. Comment réfléchir aux moyens les plus adaptés de faire accepter ses idées si on arrive pas à se mettre à la place et à comprendre la réflexion de ceux qui refusent notre idée.

C'est aussi une méthode solide pour fortifier son argumentaire, le mettre à l'épreuve et trouver les moyens de le faire entendre (le meilleur moyen étant toujours de convaincre par l'action, ce que cette équipe pédagogique fait déjà avec cette option).

Pourquoi cette question arrive donc t-elle sur ce forum et dans la bouche des étudiants? Bien sûr, elle n'arrive désormais plus, et sûrement depuis longtemps, dans la tête des universitaires chevronnés qui ont fait de cet axe, une philosophie de vie désormais indissociable de leur propre identité.

Mais elle a quand même lieu d'être, et l'existence bien réelle de cette question devrait, je crois plus régulièrement arriver aux oreilles des équipes pédagogiques pensantes, surtout lorsqu'elles sont éclairées (et éclairables).

C'est ce qui se passe ici. Merci pour ça.

Comment renforcer le dialogue étudiants-enseignants dans d'autres cadres (et éventuellement faire remonter les besoins, si ça intéresse quelqu'un d'ailleurs) ?

Pour ce qui est de la forme d'enseignement éthique proposée là, je pense que c'est un excellent exercice auquel je veux bien me prêter. Il n'aura évidemment de sens que si d'autres étudiants, de cette option ou d'ailleurs s'y prêtent également.

->Suite à ce post, j'ai commencé à rédiger une ébauche de "mon université de médecine idéale". L'affinant encore au cours des séances futures, je le posterai en fin d'optionnel, après les évaluations.

Enfin, pour moi, la fin du message incarne véritablement le talon d'Achille de la médecine universitaire d'aujourd'hui. Je le développe dans le forum du module 4.

La contention ou la vie par Jonathan I., dimanche 22 janvier 2012, 14:17

La contention est-elle une limitation des libertés ou un moyen malheureusement nécessaire pour sauver la vie des patients?

Plusieurs situations de pose de contention existent:

- Psychiatrie avec les patients agités en attendant l'efficacité des neuroleptiques sédatifs
- Gériatrie pour tenir les "petits vieux" qui ne peuvent pas tenir assis ou qui risquent de tomber
- Patients Confus et équipés de sonde naso-gastrique, de sonde d'intubation, gastrostomie, perf... et risque d'arracher ces matériels.
- Tous les services avec les ridelles des lits qui sont des contentions physiques.

Toutes ces situations étant très différentes, je vais vous faire part de ce que je vois dans les service avec le service mobile de soins palliatifs:

- Je vois des patients, très âgés, attachés à leur lit pour les nourrir ou les soigner sinon ils arracheraient leurs matériels. En quoi est-ce du soin?

Cela va avec la notion de mort dont parlait Ariane. Pourquoi repousser toujours la mort au risque d'attacher et d'entraver les dernières libertés des patients.

Autre chose qui m'a choqué ces dernières années:

Les patients n'ont pas le droit de mourir: Ils ne possèdent plus la possibilité de mettre fin à leur vie.

Qu'en pensez -vous?

Re: La contention ou la vie par Marcel Louis V., lundi 23 janvier 2012, 12:53

La façon avec laquelle vous posez le problème est particulièrement intéressant :

Voici quelques pistes qui me viennent à l'idée.

a) la contention physique comme prétendument protectrice certes, mais de

qui? contre quoi ? contre qui ? (est-ce une façon de ne pas être confronté soi, comme médecin, comme soignant, à une situation humaine qui nous violence. qu'est-ce qui est le plus violent : la situation et la façon de le vivre, de la dire du patient; le patient lui-même, notre vécu avec nos craintes, nos peurs, notre difficulté à être projeté dans une altérité imprévue et dont le monidre élément de sens nous échappe, ... ?)

b) la contention physique versus la contention chimique : quelles indications rationnelles au-delà de nos peurs, de nos projections et interprétations. Indication ou prétexte pour que le "processus de soins soit applicable à la lettre" ; quelle place pour le dialogue soignant/soigné; la mise en présence, comme acte fondateur de l'acte de soin rendu ainsi possible ?

c) entraver toute possibilité au patient de refuser un traitement, une

"prothèse" fusse-t-elle un potentiel bénéfice pour lui ce qui envoie

directement sur l'idée que le soin, le traitement, peut être imposé à la

personne sous prétexte que son discernement ne serait pas suffisant pour

analyser ce qui est un bien pour elle. Il y a là une réflexion à mener sur

l'idée même de "bien" de la médecine, de bien pour autrui décider par un

autre dont la légitimité serait le savoir, etc. Ne peut-on pas chercher un "élément" de

"consensus" entre le patient et nous ? Un peu comme une négociation au "pas à pas" (ce qui demande du temps que nous n'avons peut être pas toujours dans la "vraie vie", dans le temps de la clinique)

d) la contention comme moyen de "sédater" nos peurs, nos projections au sein d'une rencontre (un prendre soin) qui nous est impossible (pour des raisons circonstancielles ici), il s'agit là des limites du médecin, du soignant tout autant que celles du sujet.

e) la question est au coeur du fondement de la médecine, notamment dans sa

visée palliative, en ce que celle-ci peut favoriser l'aboutissement de la

visée curative ou du moins "freinatrice de l'évolution" d'une pathologie

sous-jacente. Bref, il y a de quoi penser et concrètement.

Une capacité à nouer le dialogue au-delà de la seule "dialectique" et du

seul raisonnement médical (en fait au-delà de l'EBM qui n'est qu'une

orientation qui ne nous exonère pas de la "prise de la risque" du médecin,

du soignant, ...

On peut y réfléchir plus avant et peut être creuser cette problématique par un travail plus scientifique

Bien à vous

ML V.

Re: La contention ou la vie par Chloe R., lundi 23 janvier 2012, 13:06

Bonjour tout le monde,

Cette réponse est aussi en rapport avec le post d'Ariane sur la mort.

Je trouve aussi que l'évolution récente de la médecine tend à promouvoir la "vie", à tout faire pour grignoter quelques années ou mois afin de repousser l'échéance si effrayante. Et si l'euthanasie est toujours sujette à débat, il me semble que tous les actes qui visent à prolonger la vie sont considérés comme naturels, légitimes.

Je parle bien sûr comme vous d'actes de réanimation ou de pose de sondes à des patients chez qui le bénéfice apporté est douteux; mais aussi à plus large échelle de tous les actes médicaux notamment de prévention, qui en améliorant la santé physique, augmentent l'espérance de vie et favorisent à long terme les situations de personnes très âgées, malades, parfois démentes, mais bien vivantes.

Alors on en vient à attacher ces patients pour qu'ils ne s'ôtent pas la vie dans leur démence, sans saisir les conséquences de leurs actes, car on ne peut pas, on ne peut plus savoir ce qu'ils veulent réellement...

En quoi la médecine n'est-elle pas autant responsable d'une personne en vie par ses soins, qu'elle ne le serait d'une personne euthanasiée ? Pourquoi opposer la vie et la mort, comme tu le disais, Ariane ? On est dans une situation où l'on maintient une personne en vie au de-là de sa propre volonté (qui peut-être ne peut plus s'exprimer) car on considère ne pas avoir le droit de mettre fin à sa vie, mais on se pose rarement la question du droit que nous avons à la garder en vie. Car lorsqu'on décide d'effectuer ces actes salvateurs, la personne est toujours là, et non, elle ne veut pas mourir, oui, elle veut se faire opérer. Mais en fin de vie, affaibli par la maladie, sa volonté s'exprime moins clairement...

Que pensez-vous, pour répondre à cette situation qui nous choque, de faire de la prévention grâce aux directives anticipées ? L'idée serait en tant que spécialiste ou de généraliste, lors d'un suivi régulier, de parler de fin de vie tôt, avant l'apparition d'un AVC ou d'une maladie d'Alzheimer, disons vers 50 ans. Les patients seraient-ils choqués de cette approche précoce, trouvez-vous cela déplacé ou exagéré, en tant que médecins ou de futurs médecins, de braver le tabou ainsi ?

Re: La contention ou la vie par Ariane S., mardi 24 janvier 2012, 16:33

Ouf! Merci de reprendre mon post sur la mort... Je commençais à songer tristement que tout le monde allait laisser ce sujet dans le silence, dans le tabou, dans le libre arbitre personnel.

Mais non, c'est bon, du temps qu'on en parle!

Pour Chloé, je trouve ça pertinent de poser la question de la responsabilité des médecins sur les personnes laissées en vie (ou en non-mort).

Je crois qu'on devrait plus facilement aborder la mort dans un suivi régulier.

Je crois qu'il ne faut pas avoir peur d'en parler, si on se sent à l'aise avec le sujet, au même titre que les pratiques sexuelles ou addictives du patient, et tout ce qui peut-être jugé comme "mal" par une morale judéo-chrétienne (toujours bien ancrée).

Il s'agit de l'avenir, et un médecin doit aussi selon moi, connaître l'état psychique de son patient, au même titre que son état cardio-vasculaire.

En tout cas, ton idée ne me choque pas, bien au contraire. Mais, tu l'as compris, je suis plutôt en recherche de ce côté là aussi, donc peut-être l'avis intime d'une personne d'expérience, patient ou médecin, sera plus intéressant.

Par contre, la phrase que j'avais retenu des débats sur l'euthanasie qui s'étaient tenus en nombre, il y a quelques années était que "l'euthanasie est un débat de bien-portants". J'y avais compris que on ne peut pas deviser sur qui on sera et qu'est ce qu'on voudra une fois face à la mort, une fois plongé dans la douleur atroce, une fois plongé dans la dépendance. Qu'il est en effet impossible lorsqu'on est bien portant d'imaginer quel prix on donnera à notre vie, et quel prix on donnera à notre mort.

Je crois aussi que c'est une dérive de la surmédicalisation et de l'interventionnisme médical. Et je le mets en relation avec mon post sur le non agir.

Mon arrière-grand-père était un paysan normand très fier au milieu du siècle dernier. Un jour, il a décidé que c'était fini, qu'il en avait marre, qu'il était prêt et qu'il voulait mourir. Sans que personne ne le conteste, il s'est arrêté de manger et il est mort en 1 semaine dans sa maison.

Mon grand-père était aussi un paysan normand très fier, de la fin du siècle dernier. Un jour, il a décidé que c'était fini, qu'il en avait marre. Il avait depuis peu quelques périodes de démences et la conduite lui était interdite. Il voyait les plaisirs de sa vie amoindris (ses sorties au bridge, sa vie sociale d'homme de 84 ans...). Il a décidé qu'il était prêt et qu'il voulait mourir. Il s'est arrêté de manger.

Il a été hospitalisé, perfusé, peut-être attaché au début (je ne sais pas), chaque jour on venait lui proposer à manger. Il est mort en 1 mois, à l'hôpital

Durant ce long mois, mon père qui est généraliste, lui proposait à manger, venait le voir, venait lui parler. Mon grand-père restait muet, presque mutique, avec tout le monde (sauf

avec une infirmière avec qui il s'entendait bien). Cela mettait mon père dans une colère folle, devant son impuissance : sûrement en tant que médecin, mais surtout en tant que fils.

Grand-Père-Louis maigrit, se dégrada, toujours en restant digne. Son visage se fronça de plis.

Quand il fut mort et habillé dans son cercueil, ma mère me dit : "j'ai été frappée par la beauté de son visage, je crois que je ne l'avais jamais vu aussi détendu".

Re: La contention ou la vie par Ariane S., mercredi 25 janvier 2012, 19:58

<http://www.youtube.com/watch?v=KK1jjxka40c&NR=1&feature=endscreen&noredirect=1>

Re: La contention ou la vie par Laura J., mercredi 25 janvier 2012, 23:28

Sur la mort et les directives anticipées: je suis d'accord avec Chloé et ne serais absolument pas choquée que les médecins en discutent avec leurs patients.

Mais pas sûre que les patients, eux, n'en seraient pas choqués, n'étant pas confrontés quotidiennement à des situations qui s'apparentent à nos yeux à une obstination déraisonnable.

Dans une société qui ne parle pas de la mort et qui valorise surtout le progrès technique qui repousse la mort toujours un peu plus, la question des directives anticipées pourrait peut-être même apparaître comme un non-sens venant du médecin qui est sensé soigner. Tout ceci est hypothétique, il me semble néanmoins qu'une médiatisation et un débat public sur la question de la fin de vie et des directives anticipées, en les faisant connaître au grand public permettrait de rendre la discussion avec le patient à ce sujet moins incongrue.

Comme tu le dis Ariane, je pense que la solution serait plutôt dans le non-agir (si les directives anticipées du patient, par exemple dément, vont dans ce sens) que dans l'euthanasie. Et en ce qui concerne l'idée que l' "on ne peut pas deviser sur qui on sera et qu'est ce qu'on voudra une fois face à la mort, une fois plongé dans la douleur atroce, une fois plongé dans la dépendance", je trouve que c'est peut-être la moindre des choses, face à patient dont les paroles, les actes, les volontés sont discréditées par son état de démence de respecter les dernières volontés qu'il a pu exprimer lorsque la société le considérait comme étant en possession de ses moyens.

Avis sur I-I par Aude D., jeudi 26 janvier 2012, 19:04

Quelques propos que je n'ai pas eu le temps de formuler tout à l'heure, (mais qui ne constituent que mon avis personnel et n'engagent que moi bien entendu).

- Utilisation du mannequin aboutissant à des situations surprenantes de réalisme

Quelques bémols néanmoins :

- le mannequin a beau parler, il n'émet pas d' "indice" non intentionnel, ce qui rend la communication et l'évaluation cliniques encore plus difficiles que la réalité, et surtout un peu artificielles. Le mannequin se prête donc parfaitement à l'apprentissage de gestes techniques où il faut surveiller la tension, ne pas léser un organe... mais il me semble qu'il a ses limites quand le sujet du cours est "Le patient : de l'écoute au dialogue". Il me semble donc qu'il est difficile de commenter un certain nombre de propos adressés au mannequin ("trop théorique/technique/simple"), et que les discussions à ce sujet deviennent rapidement stériles, dans la mesure où le choix des mots se fait (me semble-t-il) avant tout en évaluant la compréhension et le ressenti du patient

- difficile de nous demander de nous comporter en tant que chefs, sachant que nous passons nos matinées à essayer d'être un bon externe, notamment de ne pas avoir de gestes ou de propos qui dépassent nos compétences/nos responsabilités et pourraient nuire ("primum non nocere").

Peut-être que la simulation serait aussi efficace, plus naturelle et proche de notre quotidien si nous pouvions garder un rôle d'externe, au moins dans certains des jeux de rôle?

- avantages et inconvénients des jeux de rôle par deux : serait encore plus intimidant de se sentir jugé individuellement, mais l'intervention simultanée de deux médecins de même rang au lit du malade me paraît peut correspondre à la réalité. Il me semble qu'elle peut d'ailleurs être à l'origine de difficultés dans le jeu de rôle (mot utilisé par l'autre qu'on n'aurait pas utilisé, qui n'a pas la même connotation pour nous, et qui engendre des difficultés de communication avec le patient ou de la confusion)

- utilité des intervenants jouant la famille du patient +++ : m'a paru très plausible et représentatif des difficultés qu'on peut être amené à rencontrer, notamment lors d'une consultation d'annonce

Encore une fois ces remarques n'engagent que moi, et n'apportent pas forcément de "solution miracle". Les réponses et commentaires seront donc les bienvenus

Re: Avis sur I-I par Ariane S., mercredi 1 février 2012, 01:55

A peu près unanimement d'accord pour le mannequin. Délicat, très impressionnant pour moi, la grande question du corps-objet me trottait dans la tête. En fait, je trouve ça fou, simplement. Mais, c'est très bien que je sache désormais que ça existe.

Pour les positions de "chefs" et de "duo de médecin", ça permet en effet une analyse moins fine de nos comportements et du coup, peut-être moins utile à court terme.

Par contre, je crois que c'est un bon exercice de se projeter, et quand on sera catapulté au rang d'interne (dans moins d'1,5 ans!) et qu'on devra faire tout ça, on va frémir devant les faits accomplis (et la solitude). Cf ceux qu'ils en disent presque tous.

Après, je trouve le duo très réaliste, surtout pour un CHU, et c'est vrai que ça ne rend pas forcément les choses plus faciles à gérer, mais c'est quand même régulièrement le cas.

Et assez d'acc aussi sur les jeux de rôles... l'humain, l'humain, l'humain.

Re: Avis sur I-I par Julie D-D, jeudi 2 février 2012, 10:50

Tout d'abord merci de nous avoir donné l'opportunité de travailler avec ce mannequin, j'ai vraiment trouvé ça formidable, il est très réaliste, on arrive à oublier que c'est un mannequin. Un jour peut être les étudiants en médecine auront l'occasion de s'entraîner sur ce genre de mannequins, et d'apprendre quelques gestes importants avant de se retrouver face à un vrai patient où la situation est beaucoup plus stressante et où il est si facile de faire des erreurs surtout lorsque ce sont des gestes que l'on a pas eu l'occasion de faire avant.

Pour la séance que nous avons faite la semaine dernière, je suis d'accord avec Ariane, c'est assez intéressant d'être dans la peau d'un chef, certes ceux sont des choses qui ne nous sont pas demandées aujourd'hui, mais c'est intéressant de se projeter dans l'avenir, dans très peu de temps, nous serons amenés à faire des choses complètement nouvelles, et du jour au lendemain, sans réellement avoir été formé pour cela. Ça ne reflète pas nos comportements en tant qu'externes, mais ce qu'ils seront ou ce que nous voulons qu'ils soient en tant que médecin responsable.

J'ai trouvé ça bien d'être à 2 pour les jeux de rôle, peut-être moins réaliste, quoi que parfois ils sont 2, mais beaucoup plus accessible pour nous, avec les caméras, et les situations, c'est qd même moins impressionnant et on est plus naturel, enfin c'est mon avis bien sûr.

merci en tout cas, séance très enrichissante, et fun par dessus le marché

Julie

Comportements : inné, acquis, contrôle de soi par Oriane R., dimanche 29 janvier 2012, 18:47

J'ai été très heureuse de participer à la dernière séance au laboratoire Ilumens.

Comme cela a déjà été dit, cela reste du "jeu" au sens d'acteur, de la simulation, mais cela nous a permis d'analyser des attitudes, des gestes, des mots... cela aura été une séance riche et agréable.

Certains éléments me marquent : dire la vérité, avouer l'incertitude qui nous entoure, adapter notre discours à la singularité de la situation, avoir un geste de réconfort, toujours se présenter... et je les mets déjà en pratique en stage !

Je voulais cependant revenir sur un aspect plus fataliste : nos comportements échappent beaucoup à notre volonté.

Nous avons parlé des gestes non conscients. Nous avons aussi des mécanismes de défense différents, des vécus propres, des perceptions individuelles.

Et c'est dynamique : selon l'état de fatigue, l'état de l'humeur, le sentiment de contrôle, le degré d'urgence... nous sommes plus au moins disposés à faire des efforts.

Par ailleurs nous sommes encore très jeunes ! Je crois que la maturité tient un rôle important. Si nous gardons notre ouverture d'esprit et notre sens critique, nous deviendrons de bons praticiens.

En référence au texte publié par Mathieu, je suis pour l'apprentissage par l'erreur, car l'erreur est inévitable et on apprend toujours mieux en vivant les situations, pas en s'entraînant. Ça serait utopique de penser qu'on peut sortir de ses études complètement formé. Et c'est là que la hiérarchie a son importance : il faut savoir demander de l'aide au bon moment. Combien de fois j'ai entendu un médecin me dire "ça c'est important, je suis bien placé pour le savoir car ..." et il me raconte une situation où le médecin a fait d'une manière ou d'une autre une erreur difficile à oublier car lourde de conséquences.

L'erreur c'est " l'état de quelqu'un qui se trompe" alors que la faute est un manquement aux règles, à la morale. L'important est donc d'apprendre de ses erreurs pour ne pas fauter - "une fois mais pas deux".

Nous ne serons pas toujours irréprochables. Le fait d'en discuter, de se remettre en question, et de définir entre nous ce qu'est une bonne pratique médicale est je pense le mieux que nous puissions faire à notre niveau.

Comment poursuivre cette réflexion par la suite au fil du temps ?

Re: comportements : inné, acquis, contrôle de soi par Christian H., dimanche 29 janvier 2012, 23:21

Chère Orlane,

La maturité joue un rôle important dis-tu...Et tu rajoutes et si nous gardions l'ouverture d'esprit... Justement les évaluations montrent qu'au fur et à mesure que les étudiants avancent dans les études, ils perdent leur empathie bien claire au début de leurs études. Qu'est-ce que la maturité alors? Parlons plutôt comment chacun d'entre nous réagit aux difficultés de la situation de soigner, d'établir une relation qui donne confiance et tout cela demande un éveil à ces difficultés et aux savoirs et techniques qui en découlent qui garantissent une position adéquate vis-à-vis de l'autre souffrant, position articulée par le

souci constant d'un respect de l'autre en sa dignité intrinsèque (c'est à dire que l'on ne prend pas comme un moyen mais pour une fin: soulager sa douleur et l'accompagner) Voilà la véritable maturité et faire "ses classes" sur les patients en négligeant les conséquences quelquefois désastreuses entraînées ne m'apparaît pas acceptable, dès lors que de telles méthodes de simulation peuvent procurer cet éveil sur nos progrès à faire. Il restera ensuite toujours la première fois auprès du patient et c'est là où je vous suis...L'on fait toujours des imperfections et l'on se corrige. Et pour que cela ne soit pas répétitif, il faut inclure dans le DPC (Développement professionnel continu) les éléments qui permettent de soutenir l'introduction de nouvelles techniques et même l'entretien des usages des anciennes, ne serait-ce que pour s'auto-évaluer.

Savoir demander de l'aide au bon moment. En effet, la hiérarchie devrait savoir, son rôle n'est pas que dans la section, la réprimande, ou le conseil... son rôle est également dans une réflexion éthique sur le sens et la régularité de faire telle ou telle chose et de considérer les limites à cette action. Une des meilleures précautions pour la hiérarchie (lorsqu'elle ne fait pas confiance) est de faire des normes des conduites à tenir qui permettent de baliser ce que la plupart des actions de ceux qui ne "penseraient pas", sachant qu'ils feront ainsi dans des limites acceptées. Attention, les fautes sont souvent l'oeuvre du manque de questionnement personnel vis-à-vis de la personne à soigner Il faut savoir recourir à l'avis d'un autre confrère (c'est dans le code de déontologie); c'est d'ailleurs prôné dans la collégialité qu'un collègue n'ayant pas de pouvoir hiérarchique donne son avis dans cette collégialité questionnée devant une personne ne pouvant s'exprimer en cas de fin de vie et de question d'arrêter ou limiter ses soins. Il faut savoir cependant que c'est assez facile de considérer les codes et les lois en médecine; il est plus difficile de s'interroger sur les situations cliniques pour lesquelles ces lois sont des outils pour la réflexion sur ce qu'il va falloir faire en tant que médecin. C'est plus facile à l'hôpital, cela l'est moins quand on est seul et installé.

Merci pour ces deux apports. A jeudi, christian h.

Re: comportements : inné, acquis, contrôle de soi par Anthony G., jeudi 2 février 2012, 00:37

Comment acquérir, conserver, voir ne pas perdre cette Empathie, cette faculté du « juste soin » à la « bonne pratique », à « la bonne parole », quand finalement, nous ne sommes pas suffisamment préparés, formés à affronter des situations autour de la question de la fin de vie, ou encore l'annonce d'un diagnostic grave et prendre en considération un facteur comme la religion pour ne citer que cet exemple?

Malgré ma maigre expérience, une anecdote me vient à l'esprit ... Externe en D3, en consultation d'urologie, je dois annoncer un cancer de prostate au stade métastatique avec envahissement de l'ensemble des structures sur le TDM et donc, la mise en place d'un traitement dit « palliatif » de soin de confort à un patient d'origine africaine, se confiant ressentir une peur de la blouse blanche. Je m'empresse de prévenir mon chef, qui d'un air étrangement narquois me répond : « baah commence à lui annoncer, tu lui expliques et

j'arrive si il a d'autres questions.... ». Malgré toute l'empathie qui m'habitait à ce moment là, c'était bien la première fois qu'il me fallait trouver les mots justes, prendre en compte sa volonté, ses choix, pour finalement répondre à ces questions et les retranscrire à mon chef.

Ce médecin aurait-il perdu cette « fougue juvénile empathique » (même à mon égard à ce moment là) ou peut être même cette « libido éthico-médicale » ?

Jean Bernard disait en substance que le temps est le premier de nos moyens, dont nous usons suivant une qualité éthique : la compétence.

Comment la définir alors ?

Ma définition de la compétence médicale aujourd'hui allierait en ces termes (pas en cet ordre) : expérience, maturité, humanité (respect, dignité ...), savoir, technicité, collégialité, remise en question, et éthicité (l'articulation entre les entités de la relation soignants-soigné).

Ainsi ma question peut être simplement, Comment améliorer notre formation universitaire en intégrant dans l'enseignement la place à la réflexion sur nos pratiques médicales tout en intégrant la technicité et les outils que nous offre notre temps ?

(la réponse serait.. nous le faisons au cours des différents modules de l'option ou encore en réalisant le Master d'éthique médicale ... et les autres dans tout ça ??)

Le laboratoire ilumens fut un très bon exercice bien qu'impressionnant au premier abord. A quand une démocratisation de ce type de TP ?

Par ailleurs, voici mon NB :

Je ne comprends pas comment dans notre grande Université, où le savoir et la technicité sont bien mère, on ne puisse considérer, concrètement, que très peu les stages réalisés durant l'externat. J'entends par « considérer », la place qu'ils occupent dans le système de notation et de validation de nos pôles.

.... On retrouve pourtant dans l'e-cast (système de notation des stages) la rubrique comportement avec le malade, mais également comportement avec le(s) tuteur(s) (peut être doit-on comprendre en ces termes les notions de respect et mesure à l'égard de la personne malade ou même de dignité humaine ou encore la collégialité par le comportement avec les tuteurs)

...

Hyperspécialisation et écueils par Ariane S., mercredi 1 février 2012, 02:16

Un sujet un peu raide qui me tient beaucoup à coeur.

On peut le traiter largement et dire tout un tas de banalités sur toutes les spécialités médicales et chirurgicales, car elles ne mourraient pas toutes mais toutes étaient frappées.

Mais, je préfère parler directement du sujet qui m' (nous) intéresse le plus : l'éthique.

Quand je lis : "l'Institution, le « IL » des 3 éléments fondamentaux de la relation soignant-soigné (à savoir : l'estime de soi – le « JE » ; la sollicitude ou l'interaction avec les autres – le « TU » et enfin le « IL » - l'Institution)

d'une médecine d'investissement humain à une médecine de risque ?

Le principe de précaution ne pourrait-il pas en être la cause ? "L'Heuristique de la crainte" qu'évoque Hans Jonas ? La peur quand l'autre se montre à moi d'Emmanuel Levinas ..."

Je me dis : c'est normal que j'ai pas compris 1cm de l'épaisseur et de la densité de ce propos, sûrement très pertinent et d'une intelligence magnifique? Propos que je suis pas capable de prendre autrement que comme un dialecte étrange de praticien d'éthique?

Cette citation n'est qu'un exemple plusieurs fois ressentie depuis le début des séances sur la non ou faible accessibilité de certaines idées.

Comment démocratise-t-on un débat que l'on veut démocratique. Parce que, si j'ai bien compris, c'est quand même ça l'objectif, non? Que l'éthique réintègre les pratiques comme une évidence de base?

Je veux bien qu'on me reprécise la vision de l'éthique sur la démocratisation des savoirs.

Comment crée-t-on des ghettos d'initiés?

Je reprends cette formule jusqu'à ce qu'on me la critique (constructivement : elle vous choque? elle vous parle? Elle est fausse?).

Comment rentre-t-on dans ces cercles fermés de l'éthique? Est-ce fermé? Si oui, est-ce un choix? Si non, pourquoi garde-t-on ce dialecte et ces petits nombre?

Ca fait penser à un médecin qui détient un savoir et qui ne fait pas la traduction au patient. (Toute ressemblance avec une situation existante serait purement fortuite - trêve de cynisme)

Il me semble avoir déjà quelques ébauches de réponses à mes questions :

- déjà, je crois que c'est l'idée même de cet optionnel.

- Puis, il faut du temps. A l'optionnel de se dérouler et de généraliser (peut-être?)

Du temps à chacun des étudiants pour tout lire, du temps pour incorporer et du temps pour rencontrer ses pairs avant d'émettre une quelconque critique.

- aussi faut-il faire ses classes? Arrive-t-on en éthique parce qu'on y est légitime? Si oui, je n'ai pas compris, alors.

Pourquoi ai-je la sensation que le bas blesse à cet endroit là?

...

NB : peut-on tout dire sur le forum? Merci de me signaler toute impertinence ressentie, ce n'est vraiment pas mon objectif.

Re: Hyperspécialisation et écueils par Chloe R., mercredi 1 février 2012, 10:27

Bonjour Ariane,

Je partage totalement ton avis sur ce sujet, c'est courageux d'en avoir parlé sur le forum! J'ai hâte de lire la réponse de nos enseignants.

Je crois que l'éthique est une réflexion à partir de situations concrètes problématiques, qui doit nous aider à améliorer nos comportements en étant attentif à l'autre et en prévenant les gestes ou les paroles blessantes.

J'ai parfois du mal à comprendre comment ces belles phrases vont nous aider sur le plan pratique, dès lors qu'on ne les comprend pas ! Une réflexion si abstraite peut-elle réellement faire progresser nos actes, où les paralyse-t-elle au contraire ?

Peut-être s'agit-il de notions très précises que seul un long apprentissage peut saisir? Il me semble tout de même que ces noms inconnus masquent inutilement des concepts simples, que l'humain est accessible à tous puisqu'il suffit de s'observer et d'observer les autres pour le découvrir.

Alors, comme tu dis, est-ce éthique de complexifier la chose au point que même nous, que le sujet intéresse, n'y comprenions rien ?

Re: Hyperspécialisation et écueils par Catherine V., mercredi 1 février 2012, 16:18

Bonjour,

Vos échanges m'interpellent. Ce module n'a surtout pas l'ambition de faire de vous des spécialistes de l'éthique, voire des hyperspécialistes. Nous essayons, nous représentants de patients, de vous faire percevoir ce que ressentent les patients dans certaines situations qui sont banales pour vous, mais assez extraordinaires pour eux. Tous vos enseignements sont théoriques et terriblement encadrés par des protocoles, des certitudes etc.. Tant mieux car ils vous donnent des connaissances. Mais le patient lui il ne le sait pas et ce qu'il va voir de vous à un instant donné c'est votre comportement à son égard et que cela relève de telle ou telle spécialisation il en a vraiment rien à faire.

Je vais faire un parallèle pour me faire comprendre: prenons l'écologie. Beaucoup de nos concitoyens se disent écologiques sans en savoir quoique ce soit, c'est devenu juste un mouvement politique. Cependant aucun de ceux là ne sont capables aujourd'hui d'une analyse globale de l'écologie par exemple. Et cependant chaque citoyen est aujourd'hui concerné par les actions écologiques de tous les autres.

En ce qui me concerne ce que je voudrais vous dire c'est que l'éthique ce n'est surtout pas une connaissance des textes, des pensées des autres etc, c'est une attitude, un parler et un comportement personnel vis à vis d'hommes et de femmes que vous côtoyez tous les jours et à chaque instant. Il faut donc vous positionner par rapport à vos convictions, vos vécus et vos relations dans vos stages. Ceci devant s'appliquer aux malades comme aux autres personnels soignants qui sont quelques fois très loin de Monsieur Levinas.

Les Jeunes médecins sont-ils nuls ? (article de Concepcion Alvarez publié sur EGORA.fr) par Matthieu P., jeudi 26 janvier 2012, 21:07

Voici, ci-dessous, un article publié sur le site internet EGORA.fr, qui nous a été proposé par le Pr. Sadek B., en réponse au Module 4...

Vos remarques sont appréciées...

Les jeunes médecins sont-ils nuls ?

Auteur(s): Concepcion Alvarez

Une étude anglaise publiée récemment rapporte que les jeunes médecins ne se sentent pas capables de traiter des patients gravement malades. Parallèlement, un rapport remis à la HAS (Haute autorité de santé) entonne haut et fort "jamais la première fois sur le patient". Peut-on alors faire confiance à nos jeunes médecins fraîchement installés dans leur cabinet ?

Les jeunes médecins ne se sentent pas capables de traiter des patients gravement atteints. C'est ce qu'ont découvert, Outre-manche, le Dr Smith et son équipe, de l'université d'Edimbourg. En cause, selon eux, l'accent trop porté sur la communication et le travail en équipe que sur les traitements, les prescriptions et la gestion des urgences au cours de leur formation.

"La fin de l'apprentissage par l'erreur"

Pas de ça chez nous, assure quant à lui le Dr Vincent Renard, président du CNGE (Collège national des généralistes enseignants) et maître de stage. "On est beaucoup plus capable aujourd'hui en sortant de la fac de médecine de traiter un patient, même polypathologique, qu'il y a vingt ou vingt-cinq ans, où nous étions parfaitement incompetents et pas formés."

Pourtant, un rapport remis il y a quelques jours à la HAS réaffirme la nécessité d'utiliser la simulation dans le domaine de la santé. Parmi les dix propositions formulées par le professeur Jean-Claude Granry et le Dr Marie-Christine Moll, celle-ci, qui risque bien de faire débat : "Jamais la première fois sur le patient". "Que ce soit pour la première injection, la première endoscopie ou encore le premier problème cardiaque à gérer en urgence, le fait de l'avoir répété plusieurs fois sur un mannequin apporte au jeune médecin une sécurité de geste identique à celle obtenue à l'issue d'un stage hospitalier", explique l'un des co-auteurs. "C'est la fin de l'apprentissage par l'erreur", a ajouté le professeur Jean-Luc Harrouseau, le président de la HAS.

Sauf que pour le Dr Renard, rien ne vaut mieux qu'un stage et même plusieurs stages. "Aujourd'hui, les étudiants qui choisissent de se spécialiser en médecine générale effectuent au moins deux stages et ont la possibilité d'être très bien formés. Ils n'apprendront jamais aussi bien qu'avec de vrais patients. Il n'y a pas besoin de simulateurs en médecine générale. Le risque d'erreurs intervient au contraire quand le médecin n'a pas été confronté à la réalité lors d'un stage."

"Plus de sciences humaines"

Alexandre Husson, le président du SNJMG (Syndicat national des jeunes médecins généralistes) se remémore très bien sa première difficulté en tant que médecin. C'était lors de son premier stage d'interne dans un service de gériatrie. "Le patient n'allait pas bien du tout, mais le plus dur c'était de gérer la famille, comment lui expliquer notre impuissance ? Je pense qu'on manque d'enseignement sur la pédagogie, le dialogue, la psychologie. Il faudrait inclure plus de sciences humaines dans notre formation." Les jeux de rôles dans ces cas-là peuvent aider. S'entraîner par exemple avec des comédiens en guise de malades à l'annonce d'un cancer. Car dans ce domaine, indique le rapport remis à la HAS, l'improvisation ne doit plus être la règle.

"L'autre difficulté, en médecine générale, poursuit Alexandre Husson, c'est d'être dans l'entre-deux. On est face à des symptômes qui n'entrent pas dans un cadre nosologique, qu'on ne connaît pas, où il n'existe pas de diagnostic et donc pas de traitement prévu. C'est très difficile de dire qu'on est dans l'incertitude. Le patient ne le comprend pas." Et c'est d'autant plus difficile que cet exercice est très différent de celui qu'on apprend à l'hôpital, où la technique prédomine.

"Mais c'est en train de changer, reprend le Dr Renard, maître de stage. Les futurs généralistes redécouvrent l'importance de l'examen clinique et recontextualisent l'utilisation de la technique. Est-ce que cet examen technique va améliorer la destinée de mon patient ? On se décolle du réflexe du recours à la technique non réfléchi. De même qu'on se décolle de la prescription médicamenteuse non réfléchi."

"Se passer du compagnonnage"

Si les futurs généralistes tendent en effet à une utilisation plus rigoureuse de la technique, les centres et établissements de formations sont quant à eux de plus en plus nombreux à utiliser des simulateurs. On en dénombre quelque 275 sur le territoire français. A Brest par exemple, le centre régional de simulation en santé (Cesim), inauguré en juin 2010, a accueilli 1 000 étudiants l'an dernier, et en attend 2 500 en 2013. Les deux tiers sont là au titre de la formation continue.

En effet, l'objectif est de développer ces techniques dans le champ des études médicales mais aussi du DPC (Développement personnel continu). Un groupe de travail a été mis en place à la HAS afin de

définir des recommandations de bonnes pratiques pour la mise en place de plates-formes mutualisées et de programmes de simulation. Il se réunira dès la fin janvier et leurs recommandations devraient être disponibles dès octobre 2012.

Ces outils de simulation doivent également venir combler un autre problème : celui de la désertification médicale. "Nous en avons besoin car l'évolution des techniques et les problèmes de démographie médicale sont tels qu'il va falloir mettre en place des procédures permettant de se passer du compagnonnage," explique ainsi le Dr Jean-François Thébaut, président de la commission amélioration des pratiques et sécurité des patients au sein de la HAS.

"Donner envie de faire ce métier"

Des machines pour remplacer maîtres de stage et tuteurs ? Ce n'est pas tout à fait la vision de l'avenir de la médecine que partagent les professionnels de santé. Le SML notamment a fait du "compagnonnage" son cheval de bataille afin de réhabiliter justement auprès des jeunes l'image désormais galvaudée de la médecine libérale et leur donner envie de s'installer à leur tour. Une vocation que les simulateurs ne parviendront pas à leur transmettre...

Le Cngé réclame un financement des formations à la maîtrise de stage permettant un recrutement efficace de 3 000 maîtres de stages nécessaires à l'encadrement des 10 146 internes inscrits en début d'année en DES de médecine générale. "L'avenir de la médecine générale et de l'accès aux soins dépend de notre capacité à former les étudiants en médecine et à leur donner envie de faire ce métier. Dans ce but, les stages en médecine générale sont décisifs dans le cursus des étudiants."

Re: Les Jeunes médecins sont-ils nuls ? (article de Concecion Alvarez publié sur EGORA.fr) par Ariane S., mercredi 1 février 2012, 01:44

Bon, bé très bien tout ça.

J'ai la sensation que ma formation à la maladie est bien gérée en France.

Ma formation à la santé un peu moins.

La pédagogie, c'est sur le tas. Dommage.

Un mannequin ne remplacera jamais un humain. Mais d'accord pour faire la première fois sur lui.

C'est par l'erreur qu'on apprend le mieux, mais la bonne nouvelle, c'est qu'on en fera toujours.

Ce qu'il faut c'est ne pas polir la sensibilité et l'esprit critique des jeunes vieux futurs anciens médecins, parce que ça, c'est la mort de l'art. Ça c'est la racine de l'impuissance.

Et puis pourquoi ne pas faire plus de simulation sur nous, entre étudiants. Comme les étudiants kiné. Bé puis, si on nous avez mis en sous vêtements une bonne fois en toute

impudeur, et palper le ventre avec les mains glacées, on retiendra sûrement à vie que il faut prévenir avant de vouloir guérir.

La plus belle force des simulations du module 4, c'était quand même le jeu puissant d'acteur HUMAINS en face de nous. C'est ça qui permet d'éviter certaines premières fois catastrophiques, en terme d'annonce, de gestion de l'impuissance.

Pour les gestes invasifs, par contre, même si on pourrait imaginer populariser le volontariat des étudiants entre eux, le mannequin semble cependant le plus adapté. Mais il y a aussi le pied de porc pour les points... entre autres.

Bon, ma vision peut être perçue comme violente, intrusive envers mes pairs, mais c'est mieux que le linge sale se lave en famille, non?

respect et attention versus "être gentil" par Segolene P., jeudi 2 février 2012, 20:39

bonsoir,

je ne savais pas exactement quel titre donner à cette discussion, mais je voulais vous faire partager trois réflexions

Tout d'abord dans la manière de s'adresser au patient: je suis totalement d'accord avec tous les grands principes que l'on évoque lors de ces conférences: attention, écoute, empathie, respect, etc C'est magnifique et nécessaire.

Seulement je pense que quelque fois les patients on peut être besoin qu'on ne soit pas trop "gentil" "doux" avec eux, et toujours à arrondir les angles. Peut être certains ont-ils besoin quelque fois d'être remués pour passer un cap, pour comprendre quelque chose, pour être stimulé... attention, encore une fois tout dépend de la personnalité du patient et du cas par cas, il ne s'agit pas d'être agressif, loin de la. Seulement quelque fois j'ai l'impression qu'à force de bien vouloir faire les choses on en oublie d'être naturel.

Deuxièmement je suis lauréate (je crois) quand elle disait que les médecins peuvent faire des "bourdes" de temps en temps et que cela est humain et qu'il ne faut pas systématiquement réagir en disant que cela est une atteinte impardonnable au respect du patient. Je caricature mais certains patients sont quelques fois tellement revendicateurs, tout leur est dû...qu'ils peuvent devenir agressifs ou désobligeants et clairement plus respectueux du médecin. Cela dit je ne dit pas que le médecin ne doit se remettre en cause!

et troisièmement pour répondre à Jonathan, c'est vrai que le parcours de nos études n'est pas parfait et pourrait être amélioré. Mais je pense que nous avons tous un potentiel en puissance en nous et qu'il tient qu'à nous de le mettre à profil. Cela demande une démarche personnelle. Il y a peu de formation d'éthique? on peut en trouver en parallèle. On est livré à nous même? finalement ce sera le cas en tant que médecin. si l'on veut se former il y a 36 méthodes, mais c vrai qu'il faut les chercher. et qu'on a pas bcp de temps. Le prêtre qui était la enseigne au collègue des bernardins. ils proposent la bas gratuitement pour les étudiants pleins de conférences très variées sur des thèmes divers dont pas mal nous concernent. Et c'est recevable pour des personnes non croyantes

évidemment! mais c'est sur que si les facultés nous propose des enseignement comme celui la, cela nous aide beaucoup dans notre démarche!

Re: respect et attention versus "être gentil" par Christian H., vendredi 3 février 2012, 19:34

Ségolène,

Vous avez raison, il y a des fois où des patients peuvent abuser de leurs situations. Je le vois tous les jours à Nanterre où leurs exigences se traduisent quelquefois par des propos violents s'ils n'obtiennent pas ce qu'ils sont venus chercher (et quelquefois autre chose que ce que l'on peut déontologiquement leur donner), quelquefois parce qu'ils sont précaires et qu'ils ont des droits ils insultent la personne à l'accueil qui finit par pleurer mais reste fidèle au poste sans présenter d'épuisement professionnel malgré le temps qu'elle peut subir ce qui s'appelle des agressions.

Il ne s'agit pas d'être gentil, il ne s'agit pas de dire des choses tièdes "peut-être bien que oui, ou non" sans vouloir s'engager. L'acte médical est un acte de justice que l'on rend en maîtrisant une santé qui nous est chère, puisque la santé d'une population ne peut se concevoir qu'à partir d'un accès à la santé de ses individus. Ces individus sont des personnes, elles peuvent faire du bien comme du mal... il ne s'agirait pas de prendre le médecin "comme une bonne soeur", il doit avec tact et mesure faire ce que la science et les techniques lui proposent et toujours accueillir le patient dans une relation qui vous a été enseignée en PACES. Il y a des limites dès lors que le respect n'est pas réciproque, le respect mutuel est indispensable et c'est quelquefois utile de bien re-situer notre position par rapport au patient, après compréhension toujours en termes polis et toujours adaptés. En fait, il s'agirait d'une sagesse, d'un choix des mots, de savoir calmer les personnes revendicatives en colère. De telles postures sont nécessaires chez le médecin, l'autorité n'étant jamais sa supériorité en cette situation à faire prévaloir, mais attirer le respect des patients par sa simple réserve, sa convivialité et par son écoute. Mais une autorité ne se décrète pas, elle se ressent, elle agit en dehors de nous.

N'oublions pas ce que nos sémiologues nous ont apporté lors de la simulation: Valérie Brunetière disait bien qu'il fallait préparer , envelopper l'autre dans la relation pour qu'elle prenne du sens... Cela est aussi à développer. Tous nos indices et signes que nous percevons, les patients les perçoivent également, d'où un contrôle de soi et une mutualité dans l'échange à exiger toujours respectueux. C'est là où tout tutoiement, toute familiarité peut se retourner contre soi ou contre l'équipe trop paternaliste.

Merci pour cet apport Ségolène.

D) Annexe n°4 : Questionnaire diffusé aux étudiants :

De l'Etudiant Médecin au Médecin Responsable : questions aux Etudiants sur leurs perceptions de leurs Etudes

Ce questionnaire s'adresse aux Etudiants de DCEM 3 de la Faculté de Médecine de Paris Descartes. Les questions qui le composent sont tirées de positions d'étudiants de DCEM 3 qui suivent un enseignement optionnel d'éthique médicale ou de positions d'un Interne de Médecine Générale en M2 de recherche en Ethique Médicale.

Ce questionnaire est parfaitement anonyme.

Les résultats serviront à vérifier si ces questions sont partagées par les étudiants de DCEM 3 ou s'il s'agit de réflexions marginales.

Ces données seront utilisées uniquement à des fins de recherche en éthique médicale et de recherche en pédagogie.

La durée totale de réponse à ce questionnaire est de 20 minutes.

Il comporte 4 parties, de durée inégale :

- *L'image que je me fais du médecin idéal*
- *Mon point de vue sur le métier de Médecin dans le système de santé actuel*
- *Mon point de vue sur les études de médecine*
- *Mon point de vue sur la place de la réflexion éthique dans les études de médecine*

Chaque question, sauf mention contraire, fait l'objet d'un choix unique entre plusieurs propositions.

A) CRITRE D'INCLUSION :

1) Quelle est votre promotion ? *

- PAES / PCEM 2 / DCEM 1
- DCEM 2
- DCEM 3
- DCEM 4

B) Partie 1 : L'image que je me fais du Médecin Idéal

a) *Quand j'ai commencé mes études de médecine, j'avais une certaine idée de ce qu'était un médecin. Peut-être aujourd'hui, avec le recul de mes 5 années d'études, cette idée a évolué... C'est de cette idée que veut traiter cette partie.*

2) La médecine est avant tout une science fondamentale.

- Totalément d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalément en désaccord

3) La médecine est avant tout une discipline tournée vers l'humain.

- Totalément d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalément en désaccord

4) La médecine est un art, situé au point de rencontre entre une science fondamentale et une discipline tournée vers l'humain.

- Totalément d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalément en désaccord

5) Etre médecin offre davantage d'épanouissement personnel qu'un autre métier.

- Totalément d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalément en désaccord

6) Etre médecin est un métier comme les autres.

- Totalément d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalément en désaccord

7) Un médecin doit être intéressé à d'autres domaines que la médecine (Arts, Sports, ...).

- Totalément d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalément en désaccord

8) Avoir un contact particulier avec les patients est important.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

9) La qualité de la relation médecin – patient s'acquière par la pratique.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

10) Un contact particulier avec les patients fait la singularité du métier de médecin.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

11) Il faut se poser des questions sur sa propre pratique et savoir se remettre en question.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

12) Le médecin est construit dans un esprit de justice amené par la société pour tempérer les aléas de la vie.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

13) L'erreur est une fatalité, tout médecin y est confronté.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

14) Les compétences intellectuelles et humaines requises pour être médecin ont évolué.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

b) Les Compétences nécessaires pour être un médecin idéal

7 compétences vont être présentées. Elles sont tirées d'une réflexion menée au Canada (référentiel CanMeds), transposées dans une vision française. Pour chacune, dites si vous pensez qu'il s'agit d'une compétence fondamentale (il peut y en avoir plusieurs) et si son apprentissage est suffisant dans la formation initiale.

Compétence de Clinicien

Les médecins utilisent leur savoir médical, leurs compétences cliniques et leurs attitudes professionnelles pour dispenser des soins axés sur les patients.

15) Compétence de Clinicien : Il s'agit d'une compétence fondamentale du médecin.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

16) Compétence de Clinicien : Cette compétence est suffisamment abordée dans la formation initiale.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

Compétence de Communicateur

Les médecins permettent une communication thérapeutique axée sur les patients en partageant la prise de décision et échangeant de façon dynamique avec les patients, les membres de leur famille, les autres professionnels de santé.

17) Compétence de Communicateur : Il s'agit d'une compétence fondamentale du médecin.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

18) Compétence de Communicateur : Cette compétence est suffisamment abordée dans la formation initiale.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

Compétence de Coopérateur, membre d'une équipe soignante

Les médecins travaillent en partenariat avec d'autres intervenants qui participent de manière appropriée au soin de personnes ou de groupes de patients en particulier.

19) Compétence de Coopérateur : Il s'agit d'une compétence fondamentale du médecin.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

20) Compétence de Coopérateur : Cette compétence est suffisamment abordée dans la formation initiale.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

Compétence d'Acteur de Santé Publique

Comme Acteurs de santé publique, les médecins gèrent des pratiques durables, prennent des décisions sur l'affectation des ressources et contribuent à l'efficacité et à l'efficience du système de soins de santé.

21) Compétence d'Acteur de Santé Publique : Il s'agit d'une compétence fondamentale du médecin.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

22) Compétence d'Acteur de Santé Publique : Cette compétence est suffisamment abordée dans la formation initiale.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

Compétence de Défenseur des droits des patients

Comme défenseur des droits des patients, les médecins utilisent leur expertise et leur influence de façon responsable pour promouvoir la santé et le bien-être des patients, collectivités et populations. Les médecins reconnaissent qu'ils doivent utiliser la santé publique au service des patients.

23) Compétence de Défenseur des droits des patients : Il s'agit d'une compétence fondamentale du médecin.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

24) Compétence de Défenseur des droits des patients : Cette compétence est suffisamment abordée dans la formation initiale.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

Compétence de Scientifique (recherche et enseignement)

Les médecins doivent apprendre continuellement. Par leurs activités scientifiques, ils contribuent à créer, diffuser, appliquer et utiliser les connaissances médicales. Comme formateurs, ils facilitent la formation de leurs étudiants, patients, confrères et d'autres

personnes.

25) Compétence de Scientifique : Il s'agit d'une compétence fondamentale du médecin.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

26) Compétence de Scientifique : Cette compétence est suffisamment abordée dans la formation initiale.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

Compétence de Déontologue

Comme déontologues, les médecins sont voués à la santé et au bien-être de la personne et de la société, à la pratique respectueuse de l'éthique, à l'autoréglementation de la profession et aux critères rigoureux de comportements personnels.

27) Compétence de Déontologue : Il s'agit d'une compétence fondamentale du médecin.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

28) Compétence de Déontologue : Cette compétence est suffisamment abordée dans la formation initiale.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

C) Partie 2 : Mon point de vue sur le métier de Médecin dans le système de santé actuel.

Aujourd'hui, l'organisation des soins est cadrée par un certain nombre de textes légaux. Les médecins tentent d'exercer leur art de leur mieux avec les contraintes qui sont les leurs. Nous cherchons, dans cette partie, à identifier ces contraintes et les limites qu'elles peuvent constituer dans leur exercice.

29) L'évolution du système de santé ne permet pas d'effectuer une prise en charge globale adaptée au patient.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

30) Il existe une tension entre les principes éthiques de qualité de la relation médecin – patient et les pratiques qui ne valorisent pas le temps de la relation.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

31) La tarification à l'acte ne valorise pas une médecine personnalisée.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

32) La réalisation d'actes techniques ne permet pas, aujourd'hui, que la médecine tienne compte de la culture et de la personnalité des patients.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

33) La réalisation d'actes techniques ne permet pas, aujourd'hui, que la médecine tienne compte de la culture et de la personnalité des médecins.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

34) La réalisation d'actes techniques a une action sur l'écoute et le temps passé auprès du patient.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

35) La professionnalisation en médecine fait adopter aux médecins un langage non compréhensible par les autres.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

36) Il y a une imperméabilité dans la communication entre les médecins et les patients.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

37) J'ai l'impression d'être dans un système qui broie les énergies parmi les soignants.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

38) J'ai l'impression que le métier de médecin a été dévalorisé... Cocher les cases correspondant à votre opinion. Plusieurs réponses possibles.

- ...sur le plan intellectuel
- ...sur le plan financier
- ...sur le plan social

39) Les normes juridiques sont responsables chez les médecins d'une peur du médico-légal.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

40) La médecine est devenue trop procédurale sur le plan de la démocratie sanitaire (information, consentement éclairé, ...).

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

41) La médecine est devenue trop procédurale sur le plan de la rigueur scientifique (Evidence Based Medicine).

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

42) La légalisation induit une transition de la médecine d'investissement humain à une médecine de risque.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

43) J'ai peur d'être confronté, un jour, à une poursuite judiciaire.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

44) Le rôle du médecin est de proposer une prise en charge que le patient peut refuser.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

45) Le patient ne peut refuser une prise en charge que lorsqu'il est autonome mais ne le peut plus lorsqu'il est vulnérable.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

46) Une forme de médecine technico-scientifique a comme objectif de guérir et non d'accompagner.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

47) L'application d'une médecine technico-scientifique risque d'aboutir, chez les médecins, à un sentiment d'échec en cas d'aggravation de l'état d'un patient.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

48) Un médecin peut se retrouver dans une attitude hypocrite par rapport à un patient et reproduire des postures qui ne sont pas ressenties comme étant véritables.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

49) Les médecins sont mal informés au sujet du droit des patients.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

50) L'écoute des patients permet au médecin de penser différemment.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

51) Il faut parler de fin de vie de manière précoce avec les patients et faire la promotion des directives anticipées.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

52) Il faut avoir un débat national sur la fin de vie, avec les personnes « tout venant ».

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

53) Il faut avoir un débat sur la fin de vie avec les patients, avant qu'ils ne soient à un stade avancé de leur maladie.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

54) Il faut avoir un débat national sur la fin de vie, avec des représentants au Parlement.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

55) Les médecins ne jugent pas nécessaire d'avoir une démarche de réflexion éthique.

- Totalément d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalément en désaccord

56) Les médecins ont un malaise dans l'exercice de la médecine. *

- Totalément d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalément en désaccord

57) Votre situation d'étudiant médecin vous permet d'échapper à ce malaise. *

- Totalément d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalément en désaccord

58) Le médecin choisit de ne pas avoir de malaise : son propre exercice l'empêche et permet des solutions. *

- Totalément d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalément en désaccord

59) Je mets de côté le malaise, tant que je ne suis pas en situation. *

- Totalément d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalément en désaccord

60) Je mets en place une démarche de réflexion éthique qui me sert de rempart au malaise. *

- Totalément d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalément en désaccord

D) Partie 3 : Mon point de vue sur les études de médecine.

Je suis actuellement dans la dernière ligne droite de mon deuxième cycle, à mi-chemin de ma formation initiale. Le schéma d'organisation de mes études m'a peut-être amené à réfléchir au sens de ces dernières. C'est l'objet de cette partie.

61) L'organisation actuelle des études conduit à un bachotage.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

62) La formation initiale permet d'apprendre ce qu'est véritablement le métier de médecin.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

63) La formation initiale permet de se former correctement à la pathologie mais pas assez à la santé, dans une optique globale.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

64) L'organisation actuelle des études conduit à une souffrance chez les étudiants. *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

65) L'organisation actuelle des études conduit à un malaise chez les étudiants. *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

66) L'organisation actuelle des études conduit les étudiants à négliger leur propre santé.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

67) L'organisation actuelle des études a un impact négatif sur la santé des étudiants.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

68) L'organisation actuelle des études conduit les (futurs) médecins à une déshumanisation dans leurs relations avec les patients.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

69) En tant qu'étudiant, j'aimerais pouvoir discuter de mes études avec des enseignants, des patients qui ont pris du recul par rapport à leur prise en charge et d'autres étudiants, pendant un temps spécifique.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

70) La formation initiale n'insiste pas assez sur des notions fondamentales (la mort, l'argent, le sexe, le pouvoir et les conflits d'intérêts).

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

71) Il faudrait aborder ces notions (la mort, l'argent, le sexe, le pouvoir et les conflits d'intérêts) de manière transversale.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

72) Ces notions (la mort, l'argent, le sexe, le pouvoir et les conflits d'intérêts) devraient être abordées pendant un temps spécifique avec des enseignants.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

73) Ne pas aborder ces notions (la mort, l'argent, le sexe, le pouvoir et les conflits d'intérêts) contribue à une déshumanisation des étudiants.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

74) La formation initiale permet d'aborder correctement la problématique de l'épuisement professionnel (Burn-Out).

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

75) La pédagogie médicale s'appuyant sur la correction d'erreurs (Zéros aux dossiers, oublis cliniques, ...) permet de mieux apprendre.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

76) La simulation médicale est indispensable à la maîtrise de pratiques ou d'attitudes.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

77) Je suis suffisamment formé à la problématique de la simulation médicale.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

78) Il est nécessaire de mettre en place davantage de simulations, avec des pairs.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

79) J'ai l'impression que de nouvelles formes de pédagogie m'aideraient à mieux apprendre ce qui est attendu lors du DCEM. *

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

80) On m'apprend à savoir demander de l'aide quand j'en ai besoin.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

81) On m'apprend à prévenir des erreurs évitables.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

82) J'ai un sentiment d'inutilité dans mes aspirations pour la médecine.

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totalement en désaccord

83) J'éprouve une perte d'estime de moi, je me remets en question.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

84) J'ai déjà connu des situations où je me suis senti personnellement en échec dans ma position d'externe.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

85) Il est normal qu'un étudiant en médecine annonce l'aggravation d'un pronostic d'une maladie grave lorsqu'un médecin ne peut le faire. *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

86) J'ai déjà annoncé l'aggravation d'un pronostic d'une maladie grave à un patient. *

- OUI
- NON

E) Partie 4 : Mon point de vue sur la place de la réflexion éthique dans les études de médecine

J'ai eu des enseignements d'éthique médicale et/ou de Sciences Humaines et Sociales lors de ma PCEM 1 et/ou pendant l'enseignement du Module 1 au programme du DCEM. La place qui leur est accordée a été variable dans l'histoire de l'enseignement de la médecine. Quelle est cette place aujourd'hui et quelles réactions cela suscite-t-il chez les étudiants ? C'est l'objet de cette partie.

87) La démarche de réflexion éthique n'est pas une préoccupation de la majorité des étudiants.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

88) Une démarche de réflexion éthique est essentielle.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

89) Un enseignement sur la relation médecin-patient, avec des patients, est essentiel pendant la formation initiale des médecins. *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

90) Il n'y a qu'une minorité d'étudiants qui recherchent un questionnement éthique.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

91) On n'a pas intégré l'humain dans nos discours et nos pratiques.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

92) Une démarche de réflexion éthique ne concerne que les philosophes.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

93) Une démarche de réflexion éthique se construit à partir de situations concrètes problématiques pour aider les professionnels à améliorer leurs pratiques et comportements. *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

94) Les professionnels de la santé ont une réflexion éthique sans le savoir.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

95) Nous avons tous un potentiel de réflexion éthique en nous qu'il ne tient qu'à nous de développer.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

96) Une démarche de réflexion éthique est un frein au progrès.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

97) Une relation médecin – patient de qualité non critiquable est en rapport avec les qualités scientifiques.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

98) Une médecine plus ouverte, plus humaine, multidimensionnelle et adaptée aux besoins de chaque patient peut exister.

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Totallement en désaccord

F) Annexe n°5 : Résultats du questionnaire diffusé aux étudiants :

De l'Etudiant Médecin au Médecin Responsable : questions aux Etudiants sur leurs perceptions de leurs Etudes

Pour rappel, les questions suivies d'une astérisque (*) étaient obligatoires.

Pour présenter les résultats des études croisées entre la question posée et une autre question, un tableau est utilisé et les résultats concernant la question sont présentés dans les colonnes du tableau avec, à gauche, les étudiants d'accord avec l'affirmation puis ceux en désaccord. Les résultats sont ensuite suivis du calcul de l'Odds Ratio avec les intervalles de confiance à 95 % et du petit p (Calcul avec le test exact de Fisher).

A) CRITRE D'INCLUSION :

1) Quelle est votre promotion ? * (n=61)

- PAES / PCEM 2 / DCEM 1 0 (0 %)
- DCEM 2 1 (2 %)
- **DCEM 3 58 (95 %)**
- DCEM 4 2 (3 %)

B) Partie 1 : L'image que je me fais du Médecin Idéal

2) La médecine est avant tout une science fondamentale. (n=57)

Totalement d'accord	6	11%	D'accord : 46%
Assez d'accord	20	35%	
Plutôt pas d'accord	24	42%	Désaccord : 54%
Totalement en désaccord	7	12%	

3) La médecine est avant tout une discipline tournée vers l'humain. (n=57)

Totalement d'accord	21	(37%)	D'accord : 91%
Assez d'accord	31	(54%)	
Plutôt pas d'accord	5	(9%)	Désaccord : 9%
Totalement en désaccord	0	(0%)	

	D'accord	Désaccord
Avec malaise	39	4
Sans malaise	14	1

Odds Ratio : **0.700** Intervalle de confiance à 95% [0.013 ; 7.917] ; **p=1**

4) La médecine est un art, situé au point de rencontre entre une science fondamentale et une discipline tournée vers l'humain. (n=58)

Totalement d'accord	34	59%	D'accord : 90%
Assez d'accord	18	31%	
Plutôt pas d'accord	3	5%	Désaccord : 10%
Totalement en désaccord	3	5%	

5) Etre médecin offre davantage d'épanouissement personnel qu'un autre métier. (n=58)

Totalement d'accord	12	21%	D'accord : 64%
Assez d'accord	25	43%	
Plutôt pas d'accord	18	31%	Désaccord : 36%
Totalement en désaccord	3	5%	

6) Etre médecin est un métier comme les autres. (n=57)

Totalement d'accord	1	2%	D'accord : 16%
Assez d'accord	8	14%	
Plutôt pas d'accord	23	40%	Désaccord : 84%
Totalement en désaccord	25	44%	

7) Un médecin doit être intéressé à d'autres domaines que la médecine (Arts, Sports, ...). (n=58)

Totalement d'accord	32	55%	D'accord : 91%
Assez d'accord	21	36%	
Plutôt pas d'accord	5	9%	Désaccord : 9%
Totalement en désaccord	0	0%	

8) Avoir un contact particulier avec les patients est important. (n=58)

Totalement d'accord	38	66%	D'accord : 97%
Assez d'accord	18	31%	
Plutôt pas d'accord	2	3%	Désaccord : 3%
Totalement en désaccord	0	0%	

9) La qualité de la relation médecin – patient s'acquière par la pratique. (n=57)

Totalement d'accord	28	49%	D'accord : 93%
Assez d'accord	25	44%	
Plutôt pas d'accord	2	4%	Désaccord : 7%
Totalement en désaccord	2	4%	

10) Un contact particulier avec les patients fait la singularité du métier de médecin.
(n=58)

Totalement d'accord	30	52%	D'accord : 90%
Assez d'accord	22	38%	
Plutôt pas d'accord	6	10%	Désaccord : 10%
Totalement en désaccord	0	0%	

11) Il faut se poser des questions sur sa propre pratique et savoir se remettre en question. (n=58)

Totalement d'accord	54	93%	D'accord : 100%
Assez d'accord	4	7%	
Plutôt pas d'accord	0	0%	Désaccord : 0%
Totalement en désaccord	0	0%	

12) Le médecin est construit dans un esprit de justice amené par la société pour tempérer les aléas de la vie. (n=58)

Totalement d'accord	3	5%	D'accord : 40%
Assez d'accord	20	34%	
Plutôt pas d'accord	26	45%	Désaccord : 60%
Totalement en désaccord	9	16%	

13) L'erreur est une fatalité, tout médecin y est confronté. (n=58)

Totalement d'accord	19	33%	D'accord : 69%
Assez d'accord	21	36%	
Plutôt pas d'accord	15	26%	Désaccord : 31%
Totalement en désaccord	3	5%	

14) Les compétences intellectuelles et humaines requises pour être médecin ont évolué.
(n=57)

Totalement d'accord	28	49%	D'accord : 84%
Assez d'accord	20	35%	
Plutôt pas d'accord	7	12%	Désaccord : 16%
Totalement en désaccord	2	4%	

- Les Compétences nécessaires pour être un médecin idéal

Compétence de Clinicien

15) Compétence de Clinicien : Il s'agit d'une compétence fondamentale du médecin. (n=58)

Totalement d'accord	50	86%	D'accord : 100%
Assez d'accord	8	14%	
Plutôt pas d'accord	0	0%	Désaccord : 0%
Totalement en désaccord	0	0%	

16) Compétence de Clinicien : Cette compétence est suffisamment abordée dans la formation initiale. (n=58)

Totalement d'accord	7	12%	D'accord : 64%
Assez d'accord	30	52%	
Plutôt pas d'accord	19	33%	Désaccord : 36%
Totalement en désaccord	2	3%	

Compétence de Communicateur

17) Compétence de Communicateur : Il s'agit d'une compétence fondamentale du médecin. (n=58)

Totalement d'accord	45	78%	D'accord : 95%
Assez d'accord	10	17%	
Plutôt pas d'accord	3	5%	Désaccord : 5%
Totalement en désaccord	0	0%	

18) Compétence de Communicateur : Cette compétence est suffisamment abordée dans la formation initiale. (n=58)

Totalement d'accord	1	2%	D'accord : 10%
Assez d'accord	5	9%	
Plutôt pas d'accord	30	52%	Désaccord : 90%
Totalement en désaccord	22	38%	

Compétence de Coopérateur, membre d'une équipe soignante

19) Compétence de Coopérateur : Il s'agit d'une compétence fondamentale du médecin. (n=58)

Totalement d'accord	36	62%	D'accord : 97%
Assez d'accord	20	34%	
Plutôt pas d'accord	2	3%	Désaccord : 3%
Totalement en désaccord	0	0%	

20) Compétence de Coopérateur : Cette compétence est suffisamment abordée dans la formation initiale. (n=58)

Totalement d'accord	0	0%	D'accord : 17%
Assez d'accord	10	17%	
Plutôt pas d'accord	33	57%	Désaccord : 83%
Totalement en désaccord	15	26%	

Compétence d'Acteur de Santé Publique

21) Compétence d'Acteur de Santé Publique : Il s'agit d'une compétence fondamentale du médecin. (n=58)

Totalement d'accord	18	31%	D'accord : 86%
Assez d'accord	32	55%	
Plutôt pas d'accord	7	12%	Désaccord : 14%
Totalement en désaccord	1	2%	

22) Compétence d'Acteur de Santé Publique : Cette compétence est suffisamment abordée dans la formation initiale. (n=58)

Totalement d'accord	2	3%	D'accord : 41%
Assez d'accord	22	38%	
Plutôt pas d'accord	19	33%	Désaccord : 59%
Totalement en désaccord	15	26%	

Compétence de Défenseur des droits des patients

23) Compétence de Défenseur des droits des patients : Il s'agit d'une compétence fondamentale du médecin. (n=58)

Totalement d'accord	23	40%	D'accord : 83%
Assez d'accord	25	43%	
Plutôt pas d'accord	10	17%	Désaccord : 17%
Totalement en désaccord	0	0%	

24) Compétence de Défenseur des droits des patients : Cette compétence est suffisamment abordée dans la formation initiale. (n=58)

Totalement d'accord	2	3%	D'accord : 31%
Assez d'accord	16	28%	
Plutôt pas d'accord	29	50%	Désaccord : 69%
Totalement en désaccord	11	19%	

Compétence de Scientifique (recherche et enseignement)

25) Compétence de Scientifique : Il s'agit d'une compétence fondamentale du médecin. (n=57)

Totalement d'accord	25	44%	D'accord :	88%
Assez d'accord	25	44%		
Plutôt pas d'accord	7	12%	Désaccord :	12%
Totalement en désaccord	0	0%		

26) Compétence de Scientifique : Cette compétence est suffisamment abordée dans la formation initiale. (n=58)

Totalement d'accord	17	29%	D'accord :	79%
Assez d'accord	29	50%		
Plutôt pas d'accord	9	16%	Désaccord :	21%
Totalement en désaccord	3	5%		

Compétence de Déontologue

27) Compétence de Déontologue : Il s'agit d'une compétence fondamentale du médecin. (n=57)

Totalement d'accord	35	61%	D'accord :	96%
Assez d'accord	20	35%		
Plutôt pas d'accord	1	2%	Désaccord :	4%
Totalement en désaccord	1	2%		

28) Compétence de Déontologue : Cette compétence est suffisamment abordée dans la formation initiale. (n=58)

Totalement d'accord	4	7%	D'accord :	47%
Assez d'accord	23	40%		
Plutôt pas d'accord	25	43%	Désaccord :	53%
Totalement en désaccord	6	10%		

C) Partie 2 : Mon point de vue sur le métier de Médecin dans le système de santé actuel.

29) L'évolution du système de santé ne permet pas d'effectuer une prise en charge globale adaptée au patient. (n=57)

Totalement d'accord	10	18%	D'accord : 68%
Assez d'accord	29	51%	
Plutôt pas d'accord	17	30%	Désaccord : 32%
Totalement en désaccord	1	2%	

	D'accord	Désaccord
Malaise +	29	13
Malaise -	10	5

Odds Ratio : **1.1132** Intervalle de confiance à 95%[0.2471 ; 4.5182], **p= 1**

30) Il existe une tension entre les principes éthiques de qualité de la relation médecin – patient et les pratiques qui ne valorisent pas le temps de la relation. (n=58)

Totalement d'accord	32	55%	D'accord : 93%
Assez d'accord	22	38%	
Plutôt pas d'accord	4	7%	Désaccord : 7%
Totalement en désaccord	0	0%	

	D'accord	Désaccord
Avec malaise	40	3
Sans malaise	14	1

Odds Ratio : **0.9532** Intervalle de confiance à 95%[0.017 ; 13.0393] ; **p=1**

31) La tarification à l'acte ne valorise pas une médecine personnalisée. (n=56)

Totalement d'accord	30	54%	D'accord : 84%
Assez d'accord	17	30%	
Plutôt pas d'accord	9	16%	Désaccord : 16%
Totalement en désaccord	0	0%	

	D'accord	Désaccord
Avec malaise	32	9
Sans malaise	15	0

68 % des étudiants qui sont d'accord avec cette affirmation expriment un malaise et 78 % des étudiants qui expriment un malaise pensent que la tarification à l'acte ne valorise pas une médecine personnalisée ; p=0.094

32) La réalisation d'actes techniques ne permet pas, aujourd'hui, que la médecine tienne compte de la culture et de la personnalité des patients.(n=58)

Totalement d'accord	6	10%	D'accord :	52%
Assez d'accord	24	41%		
Plutôt pas d'accord	24	41%	Désaccord :	48%
Totalement en désaccord	4	7%		

33) La réalisation d'actes techniques ne permet pas, aujourd'hui, que la médecine tienne compte de la culture et de la personnalité des médecins.(n=57)

Totalement d'accord	4	7%	D'accord :	39%
Assez d'accord	18	32%		
Plutôt pas d'accord	30	53%	Désaccord :	61%
Totalement en désaccord	5	9%		

34) La réalisation d'actes techniques a une action sur l'écoute et le temps passé auprès du patient. (n=56)

Totalement d'accord	9	16%	D'accord :	55%
Assez d'accord	22	39%		
Plutôt pas d'accord	20	36%	Désaccord :	45%
Totalement en désaccord	5	9%		

35) La professionnalisation en médecine fait adopter aux médecins un langage non compréhensible par les autres. (n=58)

Totalement d'accord	23	40%	D'accord :	79%
Assez d'accord	23	40%		
Plutôt pas d'accord	11	19%	Désaccord :	21%
Totalement en désaccord	1	2%		

36) Il y a une imperméabilité dans la communication entre les médecins et les patients. (n=56)

Totalement d'accord	5	9%	D'accord :	55%
Assez d'accord	26	46%		
Plutôt pas d'accord	17	30%	Désaccord :	45%
Totalement en désaccord	8	14%		

37) J'ai l'impression d'être dans un système qui broie les énergies parmi les soignants. (n=57)

Totalement d'accord	21	37%	D'accord : 68%
Assez d'accord	18	32%	
Plutôt pas d'accord	15	26%	Désaccord : 32%
Totalement en désaccord	3	5%	

38) J'ai l'impression que le métier de médecin a été dévalorisé... Cocher les cases correspondant à votre opinion. Plusieurs réponses possibles. (n=53)

Intellectuel	25	47%
Financier	35	66%
Social	37	70%

39) Les normes juridiques sont responsables chez les médecins d'une peur du médico-légal. (n=57)

Totalement d'accord	25	44%	D'accord : 91%
Assez d'accord	27	47%	
Plutôt pas d'accord	5	9%	Désaccord : 9%
Totalement en désaccord	0	0%	

	D'accord	Désaccord
Avec malaise	38	5
Sans malaise	14	0

73 % des étudiants qui pensent que les normes juridiques sont responsables chez les médecins d'une peur du médico-légal expriment un malaise. $p=0.319$

40) La médecine est devenue trop procédurale sur le plan de la démocratie sanitaire (information, consentement éclairé, ...). (n=58)

Totalement d'accord	12	21%	D'accord : 52%
Assez d'accord	18	31%	
Plutôt pas d'accord	23	40%	Désaccord : 48%
Totalement en désaccord	5	9%	

41) La médecine est devenue trop procédurale sur le plan de la rigueur scientifique (Evidence Based Medicine). (n=58)

Totalement d'accord	5	9%	D'accord :	34%
Assez d'accord	15	26%		
Plutôt pas d'accord	29	50%	Désaccord :	66%
Totalement en désaccord	9	16%		

42) La légalisation induit une transition de la médecine d'investissement humain à une médecine de risque. (n=52)

Totalement d'accord	10	19%	D'accord :	67%
Assez d'accord	25	48%		
Plutôt pas d'accord	16	31%	Désaccord :	33%
Totalement en désaccord	1	2%		

	D'accord	Désaccord
Avec malaise	24	15
Sans malaise	11	2

Odds Ratio : **0.2971** Intervalle de confiance à 95%[0.0282 ; 1.6571] ; **p=0.178**

43) J'ai peur d'être confronté, un jour, à une poursuite judiciaire. (n=58)

Totalement d'accord	22	38%	D'accord :	67%
Assez d'accord	17	29%		
Plutôt pas d'accord	15	26%	Désaccord :	33%
Totalement en désaccord	4	7%		

	D'accord	Désaccord
Avec malaise	28	15
Sans malaise	11	4

Odds Ratio : **0.6832** Intervalle de confiance à 95%[0.135 ; 2.848] **p=0.751**

44) Le rôle du médecin est de proposer une prise en charge que le patient peut refuser. (n=58)

Totalement d'accord	28	48%	D'accord :	91%
Assez d'accord	25	43%		
Plutôt pas d'accord	5	9%	Désaccord :	9%
Totalement en désaccord	0	0%		

45) Le patient ne peut refuser une prise en charge que lorsqu'il est autonome mais ne le peut plus lorsqu'il est vulnérable. (n=57)

Totalement d'accord	4	7%	D'accord :	60%
Assez d'accord	30	53%		
Plutôt pas d'accord	17	30%	Désaccord :	40%
Totalement en désaccord	6	11%		

46) Une forme de médecine technico-scientifique a comme objectif de guérir et non d'accompagner. (n=58)

Totalement d'accord	11	19%	D'accord :	62%
Assez d'accord	25	43%		
Plutôt pas d'accord	15	26%	Désaccord :	38%
Totalement en désaccord	7	12%		

47) L'application d'une médecine technico-scientifique risque d'aboutir, chez les médecins, à un sentiment d'échec en cas d'aggravation de l'état d'un patient. (n=57)

Totalement d'accord	14	25%	D'accord :	72%
Assez d'accord	27	47%		
Plutôt pas d'accord	15	26%	Désaccord :	28%
Totalement en désaccord	1	2%		

48) Un médecin peut se retrouver dans une attitude hypocrite par rapport à un patient et reproduire des postures qui ne sont pas ressenties comme étant véritables. (n=54)

Totalement d'accord	13	24%	D'accord :	83%
Assez d'accord	32	59%		
Plutôt pas d'accord	7	13%	Désaccord :	17%
Totalement en désaccord	2	4%		

49) Les médecins sont mal informés au sujet du droit des patients. (n=58)

Totalement d'accord	8	14%	D'accord :	48%
Assez d'accord	20	34%		
Plutôt pas d'accord	24	41%	Désaccord :	52%
Totalement en désaccord	6	10%		

50) L'écoute des patients permet au médecin de penser différemment.(n=58)

Totalement d'accord	30	52%	D'accord :	91%
Assez d'accord	23	40%		
Plutôt pas d'accord	4	7%	Désaccord :	9%
Totalement en désaccord	1	2%		

	D'accord	Désaccord
Avec malaise	38	5
Sans malaise	15	0

72 % des étudiants qui pensent que l'écoute des patients permet au médecin de penser différent présentent un malaise. $p = 0.313$

51) Il faut parler de fin de vie de manière précoce avec les patients et faire la promotion des directives anticipées. (n=58)

Totalement d'accord	18	31%	D'accord :	72%
Assez d'accord	24	41%		
Plutôt pas d'accord	15	26%	Désaccord :	28%
Totalement en désaccord	1	2%		

52) Il faut avoir un débat national sur la fin de vie, avec les personnes « tout venant ». (n=58)

Totalement d'accord	16	28%	D'accord :	71%
Assez d'accord	25	43%		
Plutôt pas d'accord	14	24%	Désaccord :	29%
Totalement en désaccord	3	5%		

53) Il faut avoir un débat sur la fin de vie avec les patients, avant qu'ils ne soient à un stade avancé de leur maladie. (n=57)

Totalement d'accord	27	47%	D'accord :	81%
Assez d'accord	19	33%		
Plutôt pas d'accord	11	19%	Désaccord :	19%
Totalement en désaccord	0	0%		

54) Il faut avoir un débat national sur la fin de vie, avec des représentants au Parlement. (n=57)

Totalement d'accord	16	28%	D'accord :	81%
Assez d'accord	30	53%		
Plutôt pas d'accord	6	11%	Désaccord :	19%
Totalement en désaccord	5	9%		

55) Les médecins ne jugent pas nécessaire d'avoir une démarche de réflexion éthique. (n=58)

Totalement d'accord	3	5%	D'accord :	21%
Assez d'accord	9	16%		
Plutôt pas d'accord	27	47%	Désaccord :	79%
Totalement en désaccord	19	33%		

56) Les médecins ont un malaise dans l'exercice de la médecine. * (n=58)

Totalement d'accord	15	26%	D'accord :	66%
Assez d'accord	23	40%		
Plutôt pas d'accord	17	29%	Désaccord :	34%
Totalement en désaccord	3	5%		

57) Votre situation d'étudiant médecin vous permet d'échapper à ce malaise. * (n=58)

Totalement d'accord	2	3%	D'accord :	26%
Assez d'accord	13	22%		
Plutôt pas d'accord	29	50%	Désaccord :	74%
Totalement en désaccord	14	24%		

58) Le médecin choisit de ne pas avoir de malaise : son propre exercice l'empêche et permet des solutions. * (n=58)

Totalement d'accord	2	3%	D'accord :	45%
Assez d'accord	24	41%		
Plutôt pas d'accord	28	48%	Désaccord :	55%
Totalement en désaccord	4	7%		

	D'accord	Désaccord
Avec malaise	17	26
Sans malaise	9	6

Odds Ratio : **0.4424** Intervalle de confiance à 95%[0.1079 ; 1.6879], **p= 0.231**

59) Je mets de côté le malaise, tant que je ne suis pas en situation. * (n=58)

Totalement d'accord	3	5%	D'accord :	43%
Assez d'accord	22	38%		
Plutôt pas d'accord	23	40%	Désaccord :	57%
Totalement en désaccord	10	17%		

	D'accord	Désaccord
Avec malaise	15	28
Sans malaise	10	5

Odds Ratio : 0.2744 Intervalle de confiance à 95%[0.0614 ; 1.0764], **p= 0.039**

60) Je mets en place une démarche de réflexion éthique qui me sert de rempart au malaise. * (n=58)

Totalement d'accord	5	9%	D'accord :	71%
Assez d'accord	36	62%		
Plutôt pas d'accord	12	21%	Désaccord :	29%
Totalement en désaccord	5	9%		

	D'accord	Désaccord
Avec malaise	31	12
Sans malaise	10	5

Odds Ratio : **1.2858** Intervalle de confiance à 95%[0.2838 ; 5.2733] ; **p= 0.747**

76 % des étudiants qui mettent en place une démarche de réflexion éthique qui leur sert de rempart au malaise présentent tout de même un malaise.

D) Partie 3 : Mon point de vue sur les études de médecine.

61) L'organisation actuelle des études conduit à un bachotage. (n=58)

Totalement d'accord	43	74%	D'accord : 93%
Assez d'accord	11	19%	
Plutôt pas d'accord	4	7%	Désaccord : 7%
Totalement en désaccord	0	0%	

	D'accord	Désaccord
Avec malaise	39	4
Sans malaise	15	0

72 % des étudiants qui pensent que l'organisation des études conduit à un bachotage expriment un malaise. p = 0.563

62) La formation initiale permet d'apprendre ce qu'est véritablement le métier de médecin. (n=58)

Totalement d'accord	2	3%	D'accord : 29%
Assez d'accord	15	26%	
Plutôt pas d'accord	26	45%	Désaccord : 71%
Totalement en désaccord	15	26%	

	D'accord	Désaccord
Avec malaise	14	31
Sans malaise	3	12

Odds Ratio : **1.7899** Intervalle de confiance à 95%[0.3916 ; 11.4318] **p=0.519**

63) La formation initiale permet de se former correctement à la pathologie mais pas assez à la santé, dans une optique globale. (n=58)

Totalement d'accord	14	24%	D'accord : 76%
Assez d'accord	30	52%	
Plutôt pas d'accord	13	22%	Désaccord : 24%
Totalement en désaccord	1	2%	

	D'accord	Désaccord
Avec malaise	34	11
Sans malaise	12	3

Odds Ratio : **0.776** Intervalle de confiance à 95%[0.119 ; 3.6832] ; **p=1**

74 % des étudiants qui pensent que la formation initiale permet de se former correctement à la pathologie mais pas assez à la santé dans une approche globale présentent un malaise.

64) L'organisation actuelle des études conduit à une souffrance chez les étudiants. * (n=58)

Totalement d'accord	23	40%	D'accord : 83%
Assez d'accord	25	43%	
Plutôt pas d'accord	10	17%	Désaccord : 17%
Totalement en désaccord	0	0%	

65) L'organisation actuelle des études conduit à un malaise chez les étudiants. * (n=58)

Totalement d'accord	26	45%	D'accord : 83%
Assez d'accord	22	38%	
Plutôt pas d'accord	9	16%	Désaccord : 17%
Totalement en désaccord	1	2%	

66) L'organisation actuelle des études conduit les étudiants à négliger leur propre santé.(n=58)

Totalement d'accord	17	29%	D'accord : 67%
Assez d'accord	22	38%	
Plutôt pas d'accord	16	28%	Désaccord : 33%
Totalement en désaccord	3	5%	

67) L'organisation actuelle des études a un impact négatif sur la santé des étudiants. (n=58)

Totalement d'accord	18	31%	D'accord : 72%
Assez d'accord	24	41%	
Plutôt pas d'accord	13	22%	Désaccord : 28%
Totalement en désaccord	3	5%	

68) L'organisation actuelle des études conduit les (futurs) médecins à une déshumanisation dans leurs relations avec les patients. (n=57)

Totalement d'accord	8	14%	D'accord : 40%
Assez d'accord	15	26%	
Plutôt pas d'accord	29	51%	Désaccord : 60%
Totalement en désaccord	5	9%	

	D'accord	Désaccord
Avec malaise	18	24
Sans malaise	5	10

Odds Ratio : **1.4895** Intervalle de confiance à 95%[0.3798 ; 6.5741] ; **p = 0.558**

70 % des étudiants qui pensent que l'organisation actuelle des études ne conduit pas les (futurs) médecins à une déshumanisation dans leurs relations avec les patients présentent un malaise.

69) En tant qu'étudiant, j'aimerais pouvoir discuter de mes études avec des enseignants, des patients qui ont pris du recul par rapport à leur prise en charge et d'autres étudiants, pendant un temps spécifique. (n=57)

Totalement d'accord	26	46%	D'accord : 79%
Assez d'accord	19	33%	
Plutôt pas d'accord	8	14%	Désaccord : 21%
Totalement en désaccord	4	7%	

	D'accord	Désaccord
Avec malaise	35	9
Sans malaise	11	3

Odds Ratio : **1.0595** Intervalle de confiance à 95%[0.1571 ; 5.3345] **p=1**

80 % des étudiants présentant un malaise aimeraient pouvoir discuter de leurs études avec des enseignants, des patients et des étudiants.

	D'accord	Désaccord
Avec symptômes marqués de stress	7	1
Sans symptôme marqué de stress	37	11

Odds Ratio : **2.0581** Intervalle de confiance à 95%[0.2215 ; 102.151], p= **0.672**

88 % des étudiants présentant des symptômes du stress aimeraient pouvoir discuter de leurs études avec des enseignants, des patients et des étudiants.

	D'accord	Désaccord
Avec symptômes marqués de Burnout	5	0
Sans symptôme marqué de Burnout	39	12

100 % des étudiants présentant des symptômes préfigurant un burnout aimeraient pouvoir discuter de leurs études avec des enseignants, des patients et des étudiants. p = 0.573

70) La formation initiale n'insiste pas assez sur des notions fondamentales (la mort, l'argent, le sexe, le pouvoir et les conflits d'intérêts). (n=58)

Totalement d'accord	16	28%	D'accord : 71%
Assez d'accord	25	43%	
Plutôt pas d'accord	14	24%	Désaccord : 29%
Totalement en désaccord	3	5%	

	D'accord	Désaccord
Malaise +	31	14
Malaise -	12	3

Odds Ratio : **0.5587** Intervalle de confiance à 95%[0.0875 ; 2.5539] **p=0.519**

71) Il faudrait aborder ces notions (la mort, l'argent, le sexe, le pouvoir et les conflits d'intérêts) de manière transversale. (n=56)

Totalement d'accord	14	25%	D'accord : 71%
Assez d'accord	26	46%	
Plutôt pas d'accord	15	27%	Désaccord : 29%
Totalement en désaccord	1	2%	

72) Ces notions (la mort, l'argent, le sexe, le pouvoir et les conflits d'intérêts) devraient être abordées pendant un temps spécifique avec des enseignants. (n=58)

Totalement d'accord	12	21%	D'accord : 69%
Assez d'accord	28	48%	
Plutôt pas d'accord	14	24%	Désaccord : 31%
Totalement en désaccord	4	7%	

	D'accord	Désaccord
Avec malaise	28	15
Sans malaise	12	3

Odds Ratio : **0.4724** Intervalle de confiance à 95%[0.0741 ; 2.1495] ; **p= 0.347**

73) Ne pas aborder ces notions (la mort, l'argent, le sexe, le pouvoir et les conflits d'intérêts) contribue à une déshumanisation des étudiants. (n=56)

Totalement d'accord	9	16%	D'accord : 46%
Assez d'accord	17	30%	
Plutôt pas d'accord	25	45%	Désaccord : 54%
Totalement en désaccord	5	9%	

	D'accord	Désaccord
Avec malaise	18	23
Sans malaise	8	7

Odds Ratio : **0.6895** Intervalle de confiance à 95%[0.1754 ; 2.6454] ; **p= 0.560**

74) La formation initiale permet d'aborder correctement la problématique de l'épuisement professionnel (Burn-Out). (n=57)

Totalement d'accord	1	2%	D'accord : 7%
Assez d'accord	3	5%	
Plutôt pas d'accord	22	39%	Désaccord : 93%
Totalement en désaccord	31	54%	

	D'accord	Désaccord
--	----------	-----------

Avec malaise	3	39
Sans malaise	1	14

Odds Ratio : **1.0755** Intervalle de confiance à 95%[0.0786 ; 60.5038] **p=1**

73 % des étudiants qui pensent que la problématique de l'épuisement professionnel n'est pas suffisamment abordée pendant la formation initiale présentent un malaise.

75) La pédagogie médicale s'appuyant sur la correction d'erreurs (Zéros aux dossiers, oublis cliniques, ...) permet de mieux apprendre. (n=58)

Totalement d'accord	3	5%	D'accord : 52%
Assez d'accord	27	47%	
Plutôt pas d'accord	20	34%	Désaccord : 48%
Totalement en désaccord	8	14%	

	D'accord	Désaccord
Avec malaise	22	21
Sans malaise	8	7

Odds Ratio : **0.918** Intervalle de confiance à 95%[0.2365 ; 3.4912] **p=1**

76) La simulation médicale est indispensable à la maîtrise de pratiques ou d'attitudes. (n=58)

Totalement d'accord	25	43%	D'accord : 88%
Assez d'accord	26	45%	
Plutôt pas d'accord	7	12%	Désaccord : 12%
Totalement en désaccord	0	0%	

77) Je suis suffisamment formé à la problématique de la simulation médicale. (n=57)

Totalement d'accord	1	2%	D'accord : 16%
Assez d'accord	8	14%	
Plutôt pas d'accord	34	60%	Désaccord : 84%
Totalement en désaccord	14	25%	

	D'accord	Désaccord
Avec malaise	6	36
Sans malaise	3	12

Odds Ratio : **0.6717** Intervalle de confiance à 95%[0.1194 ; 4.7889] ; **p= 0.685**

75 % des étudiants qui reconnaissent être insuffisamment formés à la problématique de la simulation médicale présentent un malaise.

78) Il est nécessaire de mettre en place davantage de simulations, avec des pairs. (n=57)

Totalement d'accord	26	46%	D'accord : 89%
Assez d'accord	25	44%	
Plutôt pas d'accord	5	9%	Désaccord : 11%
Totalement en désaccord	1	2%	

79) J'ai l'impression que de nouvelles formes de pédagogie m'aideraient à mieux apprendre ce qui est attendu lors du DCEM. * (n=58)

Totalement d'accord	28	48%	D'accord : 81%
Assez d'accord	19	33%	
Plutôt pas d'accord	9	16%	Désaccord : 19%
Totalement en désaccord	2	3%	

	D'accord	Désaccord
Avec malaise	35	8
Sans malaise	12	3

Odds Ratio : **1.092** Intervalle de confiance à 95%[0.1607 ; 5.5861] ; **p=1**

80) On m'apprend à savoir demander de l'aide quand j'en ai besoin. (n=58)

Totalement d'accord	9	16%	D'accord : 38%
Assez d'accord	13	22%	
Plutôt pas d'accord	24	41%	Désaccord : 62%
Totalement en désaccord	12	21%	

	D'accord	Désaccord
Avec malaise	16	27
Sans malaise	9	6

Odds Ratio : **0.402** Intervalle de confiance à 95% [0.0975 ; 1.537], **p=0.143**

81) On m'apprend à prévenir des erreurs évitables. (n=58)

Totalement d'accord	15	26%	D'accord : 74%
Assez d'accord	28	48%	
Plutôt pas d'accord	14	24%	Désaccord : 26%
Totalement en désaccord	1	2%	

	D'accord	Désaccord
Avec malaise	30	12
Sans malaise	12	3

Odds Ratio : **0.6230** Intervalle de confiance à 95% [0.097 ; 2.959] **p= 0.735**

82) J'ai un sentiment d'inutilité dans mes aspirations pour la médecine. (n=56)

Totalement d'accord	12	21%	D'accord : 43%
Assez d'accord	12	21%	
Plutôt pas d'accord	20	36%	Désaccord : 57%
Totalement en désaccord	12	21%	

83) J'éprouve une perte d'estime de moi, je me remets en question. (n=57)

Totalement d'accord	23	40%	D'accord : 74%
Assez d'accord	19	33%	
Plutôt pas d'accord	7	12%	Désaccord : 26%
Totalement en désaccord	8	14%	

84) J'ai déjà connu des situations où je me suis senti personnellement en échec dans ma position d'externe. (n=56)

Totalement d'accord	34	61%	D'accord : 91%
Assez d'accord	17	30%	
Plutôt pas d'accord	3	5%	Désaccord : 9%
Totalement en désaccord	2	4%	

	D'accord	Désaccord
Avec malaise	38	3
Sans malaise	13	2

Odds Ratio : **1.923** Intervalle de confiance à 95%[0.1455 ; 18.8212] **p=0.602**

85) Il est normal qu'un étudiant en médecine annonce l'aggravation d'un pronostic d'une maladie grave lorsqu'un médecin ne peut le faire. * (n=58)

Totalement d'accord	1	2%	D'accord :	9%
Assez d'accord	4	7%		
Plutôt pas d'accord	11	19%	Désaccord :	91%
Totalement en désaccord	42	72%		

86) J'ai déjà annoncé l'aggravation d'un pronostic d'une maladie grave à un patient. * (n=58)

OUI	12	21%
NON	46	79%

	OUI	NON
Avec malaise	8	36
Sans malaise	4	11

Odds Ratio : **0.6166** Intervalle de confiance à 95%[0.1314 ; 3.3418] **p=0.479**

67 % des étudiants ayant déjà réalisé une annonce d'aggravation de pronostic d'une maladie grave présentent un malaise.

	OUI	NON
D'accord avec Q. 85	1	4
Désaccord avec Q. 85	11	42

Odds Ratio : **0.9553** Intervalle de confiance à 95%[0.0178 ; 11.0379] ; **p=1**

Ainsi, 20 % des étudiants qui sont en désaccord avec le fait qu'il soit normal pour un externe d'annoncer l'aggravation de pronostic d'une maladie grave, ont pourtant déjà effectué une telle annonce (n=11/53). Paradoxalement, parmi ces 11 étudiants, 73 % sont « totalement en désaccord » avec le fait que ce soit leur rôle.

E) **Partie 4 : Mon point de vue sur la place de la réflexion éthique dans les études de médecine**

87) La démarche de réflexion éthique n'est pas une préoccupation de la majorité des étudiants. (n=58)

Totalement d'accord	19	33%	D'accord : 76%
Assez d'accord	25	43%	
Plutôt pas d'accord	14	24%	Désaccord : 24%
Totalement en désaccord	0	0%	

88) Une démarche de réflexion éthique est essentielle. (n=58)

Totalement d'accord	38	66%	D'accord : 97%
Assez d'accord	18	31%	
Plutôt pas d'accord	2	3%	Désaccord : 3%
Totalement en désaccord	0	0%	

	D'accord	Désaccord
Avec malaise	42	2
Sans malaise	14	0

95 % des étudiants qui ressentent un malaise pensent qu'une démarche de réflexion éthique est essentielle. p=1.

	D'accord	Désaccord
D'accord avec Q. 90	39	2
Désaccord avec Q. 90	17	0

69 % des étudiants qui pensent qu'une démarche de réflexion éthique est essentielle pensent qu'il n'y a qu'une minorité d'étudiants qui recherchent un questionnement éthique.

Cependant, parmi les étudiants qui pensent qu'une minorité d'étudiants seulement recherchent un questionnement éthique, 95 % (n=39/41) s'accordent pour dire que cette réflexion est essentielle.

p=1

	D'accord	Désaccord
D'accord avec Q. 87	42	2
Désaccord avec Q. 87	14	0

75 % des étudiants qui pensent qu'une démarche de réflexion éthique est essentielle pensent que cette démarche n'est pas une préoccupation de la majorité des étudiants. p=1

	D'accord	Désaccord
Avec symptômes marqués de stress	7	1
Sans symptôme marqué de stress	47	1

Odds Ratio : **0.1576** Intervalle de confiance à 95%[0.0019 ; 13.3491], p = **0.267**

	D'accord	Désaccord
Avec symptômes marqués de Burnout	4	1
Sans symptôme marqué de Burnout	50	1

Odds Ratio : **0.0886** Intervalle de confiance à 95%[0.001 ; 7.839], p = **0.172**

89) Un enseignement sur la relation médecin-patient, avec des patients, est essentiel pendant la formation initiale des médecins. * (n=58)

Totalement d'accord	25	43%	D'accord : 93%
Assez d'accord	29	50%	
Plutôt pas d'accord	4	7%	Désaccord : 7%
Totalement en désaccord	0	0%	

	D'accord	Désaccord
Avec malaise	39	4
Sans malaise	15	0

72 % de ceux qui trouvent qu'un tel enseignement est essentiel ressentent un malaise. **p=0.563**

	D'accord	Désaccord
Avec symptômes marqués de stress	7	1
Sans symptôme marqué de stress	47	1

Odds Ratio : **0.1576** Intervalle de confiance à 95%[0.0019 ; 13.3491], p = **0.267**

	D'accord	Désaccord
Avec symptômes marqués de Burnout	4	1
Sans symptôme marqué de Burnout	50	1

Odds Ratio : **0.0886** Intervalle de confiance à 95%[0.001 ; 7.839], p = **0.172**

90) Il n'y a qu'une minorité d'étudiants qui recherchent un questionnement éthique. (n=58)

Totalement d'accord	16	28%	D'accord : 71%
Assez d'accord	25	43%	
Plutôt pas d'accord	14	24%	Désaccord : 29%
Totalement en désaccord	3	5%	

	D'accord	Désaccord
Avec malaise	34	9
Sans malaise	7	8

Odds Ratio : 4.1903 Intervalle de confiance à 95%[1.0273 ; 18.0439] p=0.02

91) On n'a pas intégré l'humain dans nos discours et nos pratiques. (n=57)

Totalement d'accord	11	19%	D'accord : 58%
Assez d'accord	22	39%	
Plutôt pas d'accord	19	33%	Désaccord : 42%
Totalement en désaccord	5	9%	

	Désaccord	D'accord
Avec malaise	25	17
Sans malaise	8	7

Odds Ratio : **1.281** Intervalle de confiance à 95%[0.3274 ; 4.9395], p = **0.765**

92) Une démarche de réflexion éthique ne concerne que les philosophes. (n=57)

Totalement d'accord	1	2%	D'accord : 7%
Assez d'accord	3	5%	
Plutôt pas d'accord	8	14%	Désaccord : 93%

Totalement en désaccord **45** **79%**

93) Une démarche de réflexion éthique se construit à partir de situations concrètes problématiques pour aider les professionnels à améliorer leurs pratiques et comportements. * (n=58)

Totalement d'accord	28	48%	D'accord :	98%
Assez d'accord	29	50%		
Plutôt pas d'accord	0	0%	Désaccord :	2%
Totalement en désaccord	1	2%		

94) Les professionnels de la santé ont une réflexion éthique sans le savoir. (n=57)

Totalement d'accord	13	23%	D'accord :	74%
Assez d'accord	29	51%		
Plutôt pas d'accord	13	23%	Désaccord :	26%
Totalement en désaccord	2	4%		

95) Nous avons tous un potentiel de réflexion éthique en nous qu'il ne tient qu'à nous de développer. (n=56)

Totalement d'accord	28	50%	D'accord :	95%
Assez d'accord	25	45%		
Plutôt pas d'accord	3	5%	Désaccord :	5%
Totalement en désaccord	0	0%		

96) Une démarche de réflexion éthique est un frein au progrès. (n=56)

Totalement d'accord	1	2%	D'accord :	5%
Assez d'accord	2	4%		
Plutôt pas d'accord	15	27%	Désaccord :	95%
Totalement en désaccord	38	68%		

97) Une relation médecin – patient de qualité non critiquable est en rapport avec les qualités scientifiques. (n=52)

Totalement d'accord	9	17%	D'accord : 52%
Assez d'accord	18	35%	
Plutôt pas d'accord	18	35%	Désaccord : 48%
Totalement en désaccord	7	13%	

	D'accord	Désaccord
Avec malaise	19	21
Sans malaise	8	4

Odds Ratio : **0.459** Intervalle de confiance à 95%[0.087 ; 2.057] **p= 0.329**

98) Une médecine plus ouverte, plus humaine, multidimensionnelle et adaptée aux besoins de chaque patient peut exister. (n=55)

Totalement d'accord	27	49%	D'accord : 91%
Assez d'accord	23	42%	
Plutôt pas d'accord	5	9%	Désaccord : 9%
Totalement en désaccord	0	0%	

	D'accord	Désaccord
Avec malaise	38	3
Sans malaise	12	2

Odds Ratio : **2.079** Intervalle de confiance à 95%[0.156 ; 20.495] **p=0.592**

Résumé

Introduction :

Les études de médecine sont plus que jamais un enjeu dans l'établissement d'une relation soignant-soigné la moins reprochable possible. Des témoignages étudiants indiquent que la relation soignant-soigné peut être délicate à appréhender pour les étudiants en médecine, d'autant plus s'il existe, comme nous essayerons de le démontrer, une tension entre les principes éthiques qu'ils apprennent et les pratiques qu'ils vivent au cours de leurs stages.

Matériel et Méthodes :

Des Etudiants volontaires inscrits en DCEM 3 en 2011/2012 à la Faculté de Médecine Paris Descartes ont participé à une étude épidémiologique transversale pendant le mois d'avril 2012. Ils répondaient à un auto-questionnaire construit sur la base de témoignages d'étudiants participants à un enseignement à visée éthique ajoutée dans lequel ils intervenaient librement sur des forums Internet dédiés. L'objectif de l'étude était d'établir la prévalence d'un malaise ou d'éléments préfigurant un burnout ainsi que les tensions éthiques qui pouvaient être identifiées comme responsables de ce malaise.

Résultats :

Cinquante-huit étudiants (13,7 %) en DCEM 3 ont répondu au questionnaire (taux comparable à celui des élections étudiantes de novembre 2010, 8%). Parmi eux, 28 (48 %), ressentent un malaise dans leurs études, 7 (12 %) présentent tous les signes de la souffrance professionnelle et 5 (9 %) des éléments préfigurant du burn-out. De plus, pour 41 étudiants, la formation initiale ne permet pas d'apprendre ce qu'est véritablement le métier de médecin (71 %) ; ils sont 45 (79 %) à souhaiter pouvoir discuter de leurs études avec des enseignants, des patients et d'autres étudiants pendant un temps spécifique.

Conclusion :

Il existe des tensions entre les aspirations des étudiants et leur quotidien dans leurs pratiques apprenantes, qui se traduisent, pour 48 % d'entre eux, par un malaise dans leurs études.

Abstract

Introduction :

Medical Studies are more than ever an issue in the construct of a doctor-patient relationship the less reproachable as possible. Some student testimonies indicate that this relationship may be uneasy to understand for medical students, especially if there is, as we will try to demonstrate, a discord between ethical principles they learned and the way they are taught in their clerkship.

Material and Methods :

We enrolled volunteers students in the fifth year of Medical School in Paris Descartes University for a cross-sectional study during April 2012. They answered a self-administered questionnaire constructed on freely-intervened testimonies on dedicated-Internet-forums of an ethical-purpose-course-students. The aim of this study was to establish the prevalence of a malaise or burnout elements and ethical tensions which could be identified as responsible for this malaise.

Results :

Fifty-eight fifth year students responded. Among them, 28 (48 %), feel uncomfortable with their studies, 7 (12 %) showed all signs of stress and 5 (9 %) showed burnout elements. Moreover, for 41 students, Medical School does not really teach them what really is the medical profession (71%) and 45 students (79%) wished to take a specific time to discuss on their studies with teachers, patients and other students.

Conclusion :

There are tensions between the aspirations of students and the way they are taught Medicine in clerkship, which result, for 48 % of them, in malaise with their studies.