



HAL
open science

Questionnements éthiques dans la pratique clinique du point de vue des étudiants en médecine : vers la construction d'une éthique professionnelle

Charlotte Le Quang

► **To cite this version:**

Charlotte Le Quang. Questionnements éthiques dans la pratique clinique du point de vue des étudiants en médecine : vers la construction d'une éthique professionnelle. *Ethique*. 2022. dumas-04151209

HAL Id: dumas-04151209

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04151209v1>

Submitted on 4 Jul 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme de Master. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS CITÉ

Faculté de santé

UFR de Médecine

Laboratoire Ethics, research, translations (ETRES)

Année 2022

N° 2022M2REM06

Mémoire pour le diplôme de master 2 Éthique médicale et bioéthique

Présenté et soutenu publiquement le 14 juin 2022

Par

Charlotte LE QUANG

**Questionnements éthiques dans la pratique clinique
du point de vue des étudiants en médecine :
vers la construction d'une éthique professionnelle**

Dirigée par Madame Caroline Després

JURY

Mme la Professeure Marie-France MAMZER, PU-PH

Président

Mme Marie-Caroline MEYOHAS, Professeur

M. Bernard Ennuyer, chercheur HDR

M. Jean-Claude K. Dupont, chercheur

Mme Caroline Després, chercheuse

« Et [le médecin] a pris le temps de me demander « est-ce que toi, avec ton jeune regard, est-ce qu'il y a des choses qui t'ont choquées, parce que nous, avec le recul de médecin, parfois on fait des choses et on ne s'en rend pas compte, que ce soit vis-à-vis du patient ou vis-à-vis de la famille » ».

- Entretien auprès de Calliope.

Remerciements

À Mme Caroline Després

Pour ses précieux conseils et son accompagnement dans cette démarche nouvelle pour moi, pour m'avoir permis de cerner mon sujet et affiner mes analyses, pour sa disponibilité à des relectures aiguisées

À Mme la Professeure Marie-France Mamzer

Pour l'accueil au sein de son laboratoire d'éthique et pour n'avoir cessé de me présenter une approche passionnante de l'éthique, dès ma PACES jusqu'à aujourd'hui

Au reste de l'équipe du labo, M. Jean-Claude K. Dupont et M. Bernard Ennuyer

Pour leurs regards toujours justes en séminaires et pour m'avoir sensibilisée à des sujets que je n'aurais jamais rencontrés autrement

À Mme la Docteure Marie-Caroline Meyohas et Mme la Docteure Aurélie Gouël,

Pour ces échanges captivants sur des formats d'enseignements en éthique innovants

À mes camarades de promotion,

Elsa, Clothilde, Anastasia, Larissa et surtout Marion, pour ces journées passées au labo à parler d'éthique et de fraises. De merveilleuses rencontres et un soutien à tout épreuve

Aux étudiants de cette étude,

Pour m'avoir fait confiance et m'avoir accordé un peu de leur précieux temps pour parler d'éthique. Au plaisir de vous retrouver l'année prochaine et stage et vivre à vos côtés ces expériences que vous m'avez racontées

Enfin, ***à mes parents***, pour tout, toujours.

Résumé et indexation en français

Titre : Questionnements éthiques dans la pratique clinique du point de vue des étudiants en médecine : vers la construction d'une éthique professionnelle

Résumé :

Les stages hospitaliers représentent un moment important dans la formation des étudiants en médecine. Ils acquièrent leurs premières expériences cliniques auprès du patient ainsi que de nouvelles compétences relationnelles et médicales aux côtés des soignants. En observant les pratiques hospitalières, les étudiants apportent un regard neuf sur ces dernières qui sont source d'interrogations pour eux, alors qu'elles sont intégrées par les autres professionnels. **Des questions éthiques émergent-elles lors des interactions avec le patient lors des premiers stages d'externe du point de vue des étudiants ? Si oui, lesquelles ?** Dix entretiens ont été réalisés auprès des étudiants de 4^{ème} année de médecine de l'Université Paris Cité. Malgré une formation théorique ancrée, les étudiants éprouvent des difficultés à se représenter une situation éthique. Il existe un décalage entre la représentation de cette dernière, menant à une prise de décision décisive pour le patient, et les expériences qu'ils ont rapportées. Parmi ces situations, certaines font émerger des problématiques éthiques en lien avec des profils de patients ou des attitudes de professionnels. Elles sont aussi reliées avec leurs interrogations du fait de leur statut d'étudiant, en ce qui concerne l'information au patient, leur responsabilité voire leur légitimité au soin. Le malaise des étudiants naît de l'écart entre les pratiques de soin observées et leurs attendus, en écho avec des principes fondateurs acquis en cours (bienfaisance, autonomie, ...). Ce sont toutefois des visions en évolution d'après des normes professionnelles peu à peu intégrées, témoignant d'une éthique en cours de construction auprès de modèles de soignants mais aussi de contre-modèles. Il nécessite alors un accompagnement, passant par une formation en éthique ancrée dans la pratique. Ce retour est aussi bénéfique pour les soignants, permettant une réflexion permanente sur leurs actes, pour qu'ils soient acceptables par tous.

Discipline ou spécialité : [Sciences du Vivant [q-bio] / Éthique]

Mots clés français : Étudiants en médecine, formation médicale, stage de formation clinique, questions éthiques

Forme ou Genre :

fMeSH : Dissertation universitaire

Rameau : Thèses et écrits académiques

Résumé et indexation en anglais

Title: Medical students' ethical concerns in clinical practice: building professional ethics

Abstract:

Clinical clerkship is a key part of medical education. Students gain clinical experience with patients: they can apply the academic concepts they've learnt while earning new medical and interpersonal skills with the medical staff. With their new perspective, they can observe hospital practices, which they may find inappropriate, while they are accepted by other professionals. **What are the ethical issues medical students draw from their interactions with patients during clinical clerkship?** In this qualitative study, we enrolled ten 4th year medical students from Paris Cité University to share their hospital experience. Even if they have sound knowledge, students may have difficulties to perceive what makes a situation ethical. They have a vision of ethics as a dilemma leading to a final decision for the patient. However, the experiences they've reported by causing a discomfort are wider. Some of them lead to ethical issues linked to patients' profiles or professionals' behaviors. They also come from students' interrogations regarding their status at hospital, like patient's information, responsibility or their legitimacy. The gap between observed practices and their representations of health-care according to ethical principles (beneficence, autonomy, ...) creates a discomfort among students. However, their visions are evolving depending on personal values and hospital standards they're embracing. It shows a building professional ethic learnt with models and counter-models of doctors. Students need to be accompanied thanks to an ethical education based on their practice. Their feedback during these moments is also beneficial for professional, leading to a continuous reflection on care, in order to make it acceptable for all.

English keywords: Medical students, medical education, clinical clerkship, ethical issues

Publication type:

[MeSH : Academic Dissertation](#)

Liste des abréviations

À l'hôpital

- CCA : Chef de Clinique Assistant
- FFI : Faisant Fonction d'Interne
- IDE : Infirmière Diplômée d'État
- PU-PH : Professeur Universitaire – Professeur Hospitalier
- SAU : Service d'Accueil des Urgences
- USC : Unité de Surveillance Continue

Médical

- ECG : Électrocardiogramme
- MPR : Médecine Physique et de Réadaptation
- SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
- SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

Formation

- DES : Diplôme d'Études Spécialisées
- ECO : Enseignement Complémentaire Obligatoire
- ECOS : Examen Clinique Objectif Structuré
- ECN : Examen Classant National
- EDN : Examen Dématérialisé National
- PASS : Parcours d'Accès Spécifique Santé
- SFO : Séminaire de Formation Obligatoire
- SHS (ou SH) : Sciences Humaines et Sociales

Liste des abréviations (2)

Abréviations pour les années d'études médicales

Année d'étude	Dénomination	Abréviation actuelle	Ancienne abréviation (encore utilisée de manière informelle)
1 ^{ère} année	Première Année Commune aux Études de Santé	PACES	P1
2 ^{ème} année	Diplôme de Formation Générale des Études Médicales, 2 ^{ème} année	DFGSM2	P2
3 ^{ème} année	Diplôme de Formation Générale des Études Médicales, 3 ^{ème} année	DFGSM3	D1
4 ^{ème} année	Diplôme de Formation Approfondie des Études Médicales, 1 ^{ère} année	DFASM1	D2
5 ^{ème} année	Diplôme de Formation Approfondie des Études Médicales, 2 ^{ème} année	DFASM2	D3
6 ^{ème} année	Diplôme de Formation Approfondie des Études Médicales, 3 ^{ème} année	DFASM3	D4

Facultés de médecine parisiennes

Nom de l'université		Abréviation
Université Paris Cité	Université Paris Descartes	P5
	Université Paris Diderot	P7
Sorbonne Université – Pierre et Marie-Curie		P6

Table des matières

REMERCIEMENTS	4
RESUME ET INDEXATION EN FRANÇAIS	5
RESUME ET INDEXATION EN ANGLAIS	7
LISTE DES ABREVIATIONS	8
INTRODUCTION	4
1. CONTEXTE	6
1.1 ÊTRE ETUDIANT EN MEDECINE ET LES PREMIERES EXPERIENCES EN STAGE	6
1.1.1 <i>Présentation des études médicales et de l'externat</i>	6
1.1.2 <i>La 4^{ème} année de médecine (DFASM1)</i>	7
1.1.3 <i>Les expériences en stage en amont de l'externat</i>	8
1.2. LA FORMATION AU SEIN DE L'UNIVERSITE PARIS CITE	8
1.2.1 <i>Une promotion actuelle issue d'une fusion d'universités</i>	8
1.2.2 <i>Les enseignements théoriques en éthique</i>	8
2. CADRE THEORIQUE ET EMERGENCE DE LA PROBLEMATIQUE	10
2.1 CADRE THEORIQUE	10
2.1.1 <i>L'hôpital, un milieu à part</i>	10
2.1.2 <i>À l'hôpital se fait la rencontre de la souffrance et de la vulnérabilité</i>	11
2.1.3 <i>L'hôpital, un lieu d'apprentissage</i>	12
2.1.4 <i>L'empathie chez les étudiants en médecine</i>	13
2.1.5 <i>Les enjeux autour d'une formation en éthique</i>	13
2.2. PROBLEMATIQUE	14
2.3. HYPOTHESES ET QUESTIONNEMENTS	15
2.3.1 <i>Questionnements des étudiants</i>	15
2.3.2 <i>La formation en éthique</i>	15
3. MATERIEL ET METHODE	16
3.1. POPULATION	16
3.2. OBJECTIFS DE L'ETUDE (PRIMAIRE, SECONDAIRE)	16
3.3. DESIGN DE L'ETUDE	16
3.3.1 <i>Construction de la grille d'entretien</i>	16
3.3.2 <i>Mode de recrutement</i>	17
3.3.3 <i>Taux de participation</i>	17

3.3.4. Réalisation des entretiens	18
3.3.5. Variable des réponses.....	18
4. RESULTATS (1/2) : LES ETUDIANTS EN STAGE	19
4.1. PRESENTATION DU CORPUS	19
4.1.1 Profils des étudiants	19
4.1.2 Services où ont été réalisés les stages	19
4.2. DESCRIPTION DES STAGES HOSPITALIERS D'APRES LES ETUDIANTS	21
4.2.1. Les spécificités des terrains de stage	22
4.2.2. Activités réalisées et types de gestes : la journée d'un étudiant en médecine.....	23
4.2.3. Les profils de patients rencontrés.....	25
4.3. LA PREPARATION ET L'ACCOMPAGNEMENT EN STAGE	26
5. RESULTATS (2/2) : LES QUESTIONNEMENTS DES ETUDIANTS.....	29
5.1. LES SITUATIONS QUALIFIEES DE « DIFFICILES » A L'ORIGINE D'UN MALAISE CHEZ LES ETUDIANTS	29
5.1.1. Identification de profils de patients impliqués dans ces situations	29
5.1.2. Les attitudes de soignants qui interpellent les étudiants	39
5.1.3. Les situations identifiées comme « éthiques » selon les étudiants.....	44
5.1.4. Identification d'un besoin d'encadrement à l'hôpital.....	49
5.1.5. L'information au patient par l'étudiant.....	51
5.1.6. Synthèse des principales questions des étudiants	56
5.1.7. Attitude face à ces situations	57
5.2. ÉTUDIANT – PATIENT : UNE RELATION PRIVILEGIEE ?	58
5.3. REPRESENTATION DE L'ETHIQUE	59
5.4. FORMATION EN ETHIQUE	60
5.4.1. Accompagnement en éthique.....	60
5.4.2. Utilité des enseignements théoriques	61
5.4.3. Propositions pour la formation éthique.....	63
6 : DISCUSSION.....	67
6.1. VALIDATION DU PLAN DE RECHERCHE	67
6.2. LIMITES ET DIFFICULTES DE L'ETUDE	67
6.2.1. Retour sur le recrutement et l'analyse	67
6.2.2. Étudiant et médecin : construction d'une identité professionnelle au travers de (contre) modèles ..	68
6.3. FORCES DE L'ETUDE	69
6.4. REPRESENTATION DE L'ETHIQUE POUR LES ETUDIANTS	70
6.4.1. Décalage entre les situations « éthiques » et « difficiles »	70
6.4.2. Comment s'illustre l'éthique à l'hôpital pour ces étudiants	71
6.4.3. Origine des questionnements des étudiants.....	72

6.5. QUELLE EST LA PLACE DE L'ÉTHIQUE A TRAVERS CES SITUATIONS DE VIOLENCE ?	72
6.5.1. Identification de deux types de violence à l'hôpital.....	73
6.5.2. La violence au sein des études de médecine.....	73
6.5.3. Certaines formes de violence sont inhérentes au soin et passés sous silence	75
6.6. PUDEUR ET ETHIQUE.....	75
6.6.1. Le toucher, une première forme de transgression.....	75
6.6.2. La pudeur dans les interactions de l'étudiant.....	76
6.6.3. La pudeur à l'origine d'une prise de distance dans la relation de soin.....	76
6.7. ACCOMPAGNEMENT EN ETHIQUE	77
6.7.1. Offrir un espace de discussion face à ces questionnements.....	78
6.7.2. Les opportunités offertes par l'écoute des étudiants pour les soignants	78
6.7.3. Les soignants sont-ils disposés à questionner leurs pratiques ?.....	79
6.8. PROPOSITIONS POUR L'ENSEIGNEMENT	80
6.8.1. Les enjeux autour d'une éthique effective.....	80
6.8.2. Des pistes à travers des enseignements déjà existants.....	80
6.8.3. Des exigences organisationnelles et structurelles	81
6.8.4. Vers la professionnalisation des étudiants en médecine.....	81
CONCLUSION.....	83
BIBLIOGRAPHIE	85
TABLE DES FIGURES.....	88
TABLE DES TABLEAUX.....	89
ANNEXES.....	90
ANNEXE 1 – SPECIALITES MEDICALES PROPOSEES EN STAGE POUR LES ETUDIANTS DE DFASM1 SELON LES ENSEIGNEMENTS PAR POLE EN 2021-2022 A L'UNIVERSITE PARIS CITE	90
ANNEXE 2 – LISTE DES ENSEIGNEMENTS DE SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES QU'ONT REÇUS LES ETUDIANTS EN PACES A PARIS DESCARTES EN 2018-2019	91
ANNEXE 3 - GRILLE D'ENTRETIEN	92
ANNEXE 4 - MESSAGE D'ANNONCE DIFFUSE SUR LES GROUPES DE PROMOTION POUR LA PARTICIPATION A L'ETUDE	93

Introduction

Les stages hospitaliers constituent des moments fondateurs dans la formation d'un étudiant en médecine. Ils démarrent pleinement au moment de l'externat, de la 4^{ème} à la 6^{ème} année de médecine, où l'étudiant se voit confier ses premières responsabilités. Entre apprentissage et premiers pas dans la prise en charge du patient, ce moment marque ses premières expériences à l'hôpital. Il y développe des compétences sur le plan médical et relationnel, accompagné des autres soignants. L'objectif d'apprentissage est double : l'acquisition de compétences techniques médicales ainsi que les premières interactions avec les patients (de manière structurée avec l'entretien médical ou de façon plus informelle). Du fait de l'importance des stages, il est alors légitime de s'interroger sur les fonctions théoriques qui structurent ces premières expériences. Réfléchir sur les représentations des étudiants peut mettre en lumière des attentes parfois en décalage avec la réalité. Malgré un début de formation théorique médicale, les externes sont, au départ, non familiers de certaines situations à l'hôpital, vis-à-vis des pratiques et des attitudes des soignants comme celles des patients. Elles peuvent être source d'interrogations, dont certaines relèveraient de l'éthique, en écho ou non à la formation reçue en parallèle à l'université.

Avant de continuer, il est nécessaire de s'interroger sur ce qu'est une question d'ordre éthique. De façon caricaturale, il peut d'agir une situation de dilemme, offrant plusieurs choix possibles, sans qu'un soit particulièrement évident. Cela demeure pourtant un qualificatif complexe qu'il est difficile de s'approprier, y compris chez les étudiants. Ces derniers peuvent alors être confrontés à des situations pas forcément identifiées comme telles mais qui les ont malgré tout dérangés ou été perçues comme difficiles. De manière générale, une situation d'ordre éthique peut alors s'envisager en référence à des valeurs, des normes, et parfois une confrontation entre celles qui sont propres à un individu et celles qui émanent de la société ou d'un milieu (la médecine) et un microcosme tel que celui de l'hôpital.

En effet, les stages hospitaliers eux-mêmes constituent une approche restrictive du soin. Par certains aspects, leur approche diffère de la médecine de ville où l'identité du patient n'est pas la même : non hospitalisé, il n'est pas caractérisé par une pathologie en particulier avec un certain niveau de gravité comme c'est le cas dans un service hospitalier. Les étudiants y sont confrontés pour la première fois à des certaines situations impliquant des patients aux contextes sociaux et pathologiques très divers, avec parfois des soins requérant une haute technicité. Ces expériences peuvent alors se révéler déstabilisantes et amener les étudiants à s'interroger sur leurs pratiques de soin ou celles qu'ils

observent à l'hôpital. Outre certaines situations singulières, il est possible que d'autres soit plus banalisées à l'hôpital, d'où l'importance de l'œil neuf de l'étudiant, qu'a essayé de valoriser cette étude.

Face à des étudiants en situation de malaise voire démunis face à ces situations inédites pour eux, il existe la volonté de développer, dans le cursus médical, les compétences en éthique. Dans son travail de recherche, JH Barrier les définit comme la « capacité à résoudre des problèmes médicaux comportant un dilemme éthique » (2004). Cependant, il est possible d'être moins restrictif dans la façon d'aborder la question de la formation. D'une part, un dilemme éthique n'appelle pas nécessairement à être résolu mais à prendre une décision acceptable par tous et qu'on aimerait être la moins pire et non pas la meilleure. D'autre part, l'étudiant en médecine n'est pas forcément en position de prendre des décisions, du fait de son statut, il est aussi simplement observateur des interactions avec le patient. Il y a malgré tout un réel enjeu de sensibilisation afin de permettre d'avoir un recul personnel pour mieux appréhender certaines situations, entrant aussi dans une démarche de construction en tant que futur médecin.

1.Contexte

1.1 Être étudiant en médecine et les premières expériences en stage

1.1.1 Présentation des études médicales et de l'externat

Les études médicales sont constituées par un socle commun de six années (premier et deuxième cycle) puis d'une formation spécialisée (Diplôme d'Études Spécialisées) de 3 à 5 ans en fonction des spécialités médicales. Deux concours encadrent cette première période, en première et sixième année.

La Première Année Commune aux Études de Santé constitue la porte d'entrée aux études médicales, mais aussi de pharmacie, d'odontologie, de kinésithérapie et de maïeutique. Elle comporte deux concours à l'issue des deux semestres et aboutit à un classement final permettant aux étudiants de choisir leur orientation. S'il ne permet pas de choisir la filière qu'il désire, l'étudiant a la possibilité de redoubler une fois afin de retenter le concours. En 2018, la PACES a été remplacée par le Parcours d'Accès Spécifique Santé. Néanmoins, les étudiants interrogés, actuellement en 4^{ème} année, ont tous accédé aux études médicales par la PACES, soit la dernière promotion concernée.

Le premier cycle des études médicales correspond à la deuxième et à la troisième année (DFGSM2 et DFGSM3). Elles se concentrent sur la formation théorique des étudiants ponctuées de quelques stages détaillés dans la partie suivante.

L'externat correspond au deuxième cycle des études médicales, de la 4^{ème} à la 6^{ème} année (DFASM1 à DFASM3). Les étudiants sont à mi-temps en cours à l'université et à mi-temps en stage à l'hôpital où ils ont le statut d'étudiant hospitalier. Le découpage de l'emploi du temps dépend des terrains de stage et les étudiants peuvent réaliser soit des demi-journées (souvent en matinée) soit des journées complètes à l'hôpital.

La 6^{ème} année de médecine s'achève par les Examens Classants Nationaux, remplacés à la rentrée 2023-2024 par les Examens Dématérialisés Nationaux. La population d'étudiants ici interrogée sera donc la première à faire l'objet de cette réforme. Ce concours permet de déterminer, en fonction du classement, la spécialité et la ville d'exercice pour les étudiants. Il est axé autour de trois points : les connaissances médicales (évaluées par des questions à l'écrit), les compétences médicales (évaluées

par des Examens Cliniques Objectifs Structurés) et les expériences de l'étudiant (évaluées d'après le dossier).

Les ECOS sont des stations d'évaluation de types « jeu de rôle » où les étudiants sont confrontés à des situations cliniques. Dans le rôle d'un soignant, ils sont évalués sur leur manière d'interroger et d'examiner le patient et leur réflexion clinique en fonction des signes.

1.1.1.2 La 4^{ème} année de médecine (DFASM1)

1.1.2. La 4^{ème} année de médecine (DFASM1)

L'enseignement en DFASM1 est découpé autour de trois pôles d'un trimestre chacun. Chaque pôle comporte quatre unités d'enseignement. La promotion est divisée en trois, chaque partie suivant un pôle spécifique avant d'effectuer une rotation à chaque trimestre.

Les matières au sein des pôles sont centrées autour des spécialités médicales proprement dites. Toutefois, des enseignements complémentaires sont aussi dispensés aux étudiants. Parmi eux, il existe les Séminaires de Formation Obligatoire que doivent suivre tous les étudiants. Ils doivent également valider une unité d'Enseignement Complémentaire Obligatoire qu'ils choisissent parmi la liste proposée. Ces cours ont pour objectif d'élargir les perspectives des étudiants en apportant des ouvertures vers des thèmes liés à l'exercice de la médecine.

À chaque trimestre, les étudiants sont en stage dans un service en lien avec le pôle étudié. La répartition des services en lien avec les matières étudiées est disponible en annexe (*annexe 1*). En début d'année, les étudiants sont invités à classer les stages parmi la variété de services et de terrains proposés en fonction de leurs préférences, puis un algorithme procède à la répartition. Il y a trois stages d'un trimestre en DFASM1, plus un stage d'été réalisé entre la 4^{ème} et 5^{ème} année et dont la répartition se fait ultérieurement.

Les stages d'externat sont soumis à une charte régissant l'organisation de ceux-ci. Il est également remis aux étudiants un Livret de l'externe qui se concentre sur les « Aspects émotionnels et relationnels en stage ». Ce document effectue un rapport sur les attentes et les devoirs des externes autour des thématiques suivantes : accueil en stage, relation avec les patients, relation avec les responsables de stage, culture d'équipe et travail interdisciplinaire.

À la rentrée, il est aussi l'occasion d'informer les étudiants sur les structures et dispositifs d'écoute et d'accompagnement en cas de difficultés d'ordre psychologiques, de confrontation à des situations de

maltraitance ou de violences sexuelles. Ces aides sont également répertoriées sur le site Internet de l'université.

1.1.3. Les expériences en stage en amont de l'externat

Avant l'externat, les étudiants ont pu acquérir quelques expériences à l'hôpital. À la fin de la PACES, les étudiants reçus en médecine doivent un suivre un stage de soins infirmiers. Durant trois semaines, en temps complet, ils côtoient les équipes paramédicales dans leurs missions. Par exemple, auprès des Aides-Soignants Hospitaliers, ils participent à la toilette et la réfection des lits tandis qu'avec les Infirmières Diplômées d'État, ils assistent à la distribution des traitements ou la réalisation de gestes tels que les pansements ou les prises de sang.

Durant la deuxième année, les étudiants suivent des stages de sémiologie. À raison d'une demi-journée par semaine et pour 15 séances, ils apprennent les fondamentaux au lit du patient tels que les signes cliniques généraux ou l'auscultation. Il est à noter que pour cette promotion, en raison de la crise sanitaire en 2019, une partie de ces stages n'a pas pu se réaliser.

En troisième année, il existe le pré-externat. Pendant un mois à Paris Descartes ou un trimestre à Paris Diderot, les étudiants suivaient le même emploi du temps que les externes, à mi-temps entre les stages et les cours. Les missions confiées sont cependant moindres, l'objectif étant avant tout l'apprentissage de l'interrogatoire médical et de l'examen clinique, afin de se préparer à l'externat. Un second stage de pré-externat optionnel était aussi proposé en septembre 2021, avant la rentrée en 4^{ème} année.

1.2. La formation au sein de l'université Paris Cité

1.2.1. Une promotion actuelle issue d'une fusion d'universités

Les étudiants actuels de DFASM1 à l'Université Paris Cité sont une promotion fusionnée, issus des deux universités suivantes : l'UFR de Médecine de Paris Centre (ex-Université Paris V – Descartes) et celle de Paris Nord (ex-Université Paris VII – Diderot). De la PACES à la 3^{ème} année, ils appartenaient à des promotions distinctes avec des enseignements propres. Ils ont été rassemblés à partir de l'externat et partagent donc maintenant les mêmes cours et les mêmes terrains de stage, ce qui n'était pas le cas les années précédentes.

1.2.2. Les enseignements théoriques en éthique

La formation en éthique des étudiants en médecine se compose d'enseignements obligatoires et optionnels dès la PACES.

En première année, l'UE7 Santé, Société, Humanités, est divisée par les enseignements de Santé Publique et de Sciences Humaines, évalués au cours d'une épreuve commune. Les SH comportent des cours d'éthiques abordant les principes fondamentaux d'éthique du soin et de la recherche (*annexe 2*). L'évaluation se fait par questions à choix multiples et rédaction.

En DFGSM3 à Paris Descartes, les étudiants suivent également des cours de sciences humaines obligatoires. L'opportunité d'assister à un Parcours d'Initiation à la Recherche leur est offerte. Parmi ceux proposés, il existe le Parcours de Médecine Clinique et d'Éthique qu'ont pu suivre une partie des étudiants. Les cours s'appuient cette fois-ci sur des situations plus concrètes en lien avec l'exercice médical (par exemple, l'annonce des risques en oncologie pédiatrique).

Enfin, en 4^{ème} année, un SFO Société et Humanités est proposé à tous les étudiants. Au moment des entretiens, les étudiants n'y avaient cependant pas encore assisté. Enfin, parmi les ECO proposés, il était possible de choisir le suivant, en lien avec l'éthique : « Éthique de la Recherche : réflexion sur l'intégrité scientifique en recherche biomédicale ». Ouvert à un effectif de 25 étudiants, cet enseignement fonctionne sur un modèle de classe inversée. À chaque séance, un petit groupe d'élèves présente ses recherches et le fruit de sa réflexion autour d'une question d'éthique de la recherche avec d'ouvrir le débat avec le reste de la classe. À la fin, ils échangent tous ensemble avec un intervenant en lien avec le sujet. Sans évaluation à la fin, cet ECO a pour visée d'entraîner les étudiants à la prise de parole et à développer leur esprit critique.

2. Cadre théorique et émergence de la problématique

2.1 Cadre théorique

L'exercice de la médecine se distingue des autres pratiques sociales par sa transgression des normes. En effet, le médecin est autorisé à toucher, agir sur les corps de manière légitime, parfois même sans le consentement de la personne (psychiatrie) (Benkemoun, 2022).

2.1.1. L'hôpital, un milieu à part

De même, l'hôpital constitue lui aussi un milieu à part. C'est un lieu de transgression des normes. C'est aussi un lieu très organisé entre ses différents services qui s'articulent et se régissent en micro-société. L'hôpital instaure donc ses codes et ses normes à travers des rapports hiérarchisés entre ses multiples acteurs (Fortin, 2013). Il apparaît alors comme un lieu d'hétéronomie et non d'autonomie. C'est le cas pour les patients qui s'en remettent à cette institution pour être soignés, mais aussi pour les soignants qui doivent respecter un certain nombre de règles (explicites, sur le plan organisationnel et médical, ou plus implicite, sur le plan relationnel). L'hôpital constitue donc un « espace politique » avec parfois un transfert de ses normes dans la société elle-même : c'est un « acteur de la ville » à part entière (ibid).

En effet, l'hôpital représente un lieu particulier de la société, où se font l'expérience de situations difficiles et violentes. C'est donc le lieu propice de questionnements face à des situations aussi singulières qu'universelles comme la confrontation à la mort, la fin de vie, ... (Parent, 2014). Contrairement au reste de la société où cette dernière est invisibilisée, c'est un endroit qui concentre la maladie et la douleur. La souffrance habite chaque service et chaque spécialité, pas uniquement en lien avec la fin de vie mais avec le soin en lui-même.

Toutefois, l'hôpital n'est pas uniquement un lieu où l'on meurt. Il abrite également des situations nouvelles et inédites en lien avec l'évolution de la société (Fortin). Par exemple, le développement des technologies en médecine amène de nouveaux enjeux mais aussi de nouveaux questionnements. Au-delà du plan médical, les populations et profils d'acteurs qui habitent ce lieu se diversifient. Cela est remarquable autant chez les patients (migration, prise en charge de nouvelles pathologies et donc nouveaux profils de patients) que chez les soignants. Ces observations sont néanmoins à nuancer selon la situation géographique de l'hôpital et le profil des soignants dont la diversification est encore très

récente (réforme des études médicales qui ouvre à de nouvelles voies d'accès, féminisation de la profession).

2.1.2. À l'hôpital se fait la rencontre de la souffrance et de la vulnérabilité

L'exercice de la médecine amène donc à l'expérience de son impuissance et de ses doutes. En portant atteinte au corps, à l'intimité de l'autre, c'est une rencontre à l'autre qui se fait de manière particulière puisque confronté à la vulnérabilité (Habermas). En cela, les soignants peuvent le vivre comme une « expérience troublante ».

Il existe cependant une double vulnérabilité. D'abord, il y a celle du patient, la plus évidente. Outre la maladie, d'autres éléments plus subtils rendent également la personne vulnérable (Zelienski, 2011). Certains sont liés au statut qu'il incarne à l'hôpital aussi en lien avec les normes sociétales imposées sur le fait d'être un patient : « réception d'informations pas toujours comprises, intrusion des examens, exposition à des décisions à prendre, l'injonction d'être « autonome » et « éclairé » ».

De son côté, le soignant est aussi atteint par la vulnérabilité. En côtoyant le patient, il observe sa douleur, mais vit aussi la souffrance. Ricoeur fait ainsi la distinction entre ces deux notions, pourtant en continuité (Michon, 2021). Tandis que la douleur est localisée au corps ou à ses parties, la souffrance est « un affect ouvert sur la réflexivité, le langage, le rapport à soi, le rapport à autrui, le sens, le questionnement... ». Multidimensionnelle, c'est une expérience à la fois personnelle et universelle. Le soignant fait alors l'expérience de l'altérité au patient. La souffrance renvoie également à l'impuissance des deux partis (le patient s'en remet à l'autre tandis que le soignant parfois incapable de guérir).

Cette dimension est d'autant plus importante chez l'étudiant qui vit ces expériences pour la première fois. Selon K. Parent, l'observation de la violence dans le cursus médical commence avec les études elles-mêmes. Pendant longtemps, l'apprentissage de la médecine s'est envisagé seulement sous un angle scientifique en négligeant les aspects subjectifs et humains avec la dimension « personnelle, sociale et existentielle ». Elle identifie alors deux registres de violence en médecine. Le premier est intrinsèque et inévitable puisque qu'il renvoie à « la condition mortelle, la souffrance, la vulnérabilité, la perte, par la rencontre de l'autre souffrant », tandis que l'autre renvoie à la « sur-violence ».

Ces situations, universelles et parfois inévitables, ne relèvent pas toutes de l'éthique. Toutefois, l'expérience de la souffrance renvoie à une dimension interpersonnelle : c'est par la conscience et la subjectivité qu'on a accès à celle de l'autre. C'est un lien au personnel qui se fait, en relation avec une

histoire et des valeurs (Michon). L'hôpital représente donc aussi un « lieu de négociation » (Fortin) où interagissent ces valeurs « contextuelles, historiques et culturelles ». Ces dernières sont individuelles, mais peuvent aussi être partagées au sein d'un groupe, celui des soignants, ou d'un sous-groupe, les étudiants hospitaliers.

2.1.3. L'hôpital, un lieu d'apprentissage

Pour eux, l'hôpital est donc un lieu propice à l'apprentissage de l'éthique médicale. D'après Barrier, l'acquisition des « compétences éthiques » nécessite une implication personnelle, dans des situations authentiques. Les stages sont donc le moment où s'acquière une « expertise professionnelle » sur le plan médical mais aussi relationnel. Néanmoins, certains services peuvent s'avérer plus propices à la confrontation à des situations éthiques car ils abritent des contextes pathologiques et des profils de patients divers, bien que variables selon l'activité du service. Les externes doivent alors parfois opérer des choix. Néanmoins, ces situations sont peu identifiées compte tenu du rôle qu'on attribue à l'externe, en retrait des procédures de décisions médicales.

Pourtant, les étudiants font bel et bien l'expérience de situations difficiles et se retrouvent plongés dans la solitude. D'une part, elle est intrinsèque à la souffrance. Selon la célèbre citation de Ricoeur, « quand on souffre le monde n'apparaît plus comme habitable mais comme dépeuplé ». C'est ainsi une expérience universelle mais intime, qui nous déconnecte et modifie notre rapport aux autres et au monde (Michon). D'autre part, ces situations étant souvent floues, il est difficile pour ces étudiants de les relater : sont-elles légitimes à être rapportées ? auprès de qui ? pourquoi faire ? À ce sujet, nous retrouvons seulement quelques récits d'expérience de maltraitance avec derrière le souhait de dénoncer certaines pratiques et de faire changer les comportements d'un soignant. En revanche, il existe rarement des retours sur des expériences plus banalisées, estimées irrémédiables car liées à l'exercice de la médecine et aux exigences du milieu hospitalier.

Avec le temps et l'expérience, on peut supposer une évolution dans le regard des soignants qui intègrent davantage certaines normes et questionnent moins certaines pratiques. C'est pourquoi nous avons relevé l'intérêt de saisir ces moments de questionnements avant que l'étudiant ne soit formaté par l'institution.

Par exemple, dans son étude, JH Barrier soulève que les problèmes éthiques identifiés par les étudiants en médecine varient selon les individus, ce qui renvoie aux valeurs personnelles, et selon le niveau d'étude : en 6^{ème} année, les externes sont moins attentifs à ces problématiques qu'en 3^{ème} année.

Certaines questions auparavant évidentes s'avèrent plus floues et difficiles à résoudre au fil des années. Cela soulève donc une question autour de la banalisation de certaines pratiques.

2.1.4. L'empathie chez les étudiants en médecine

Cette observation peut, en revanche, être mise en parallèle avec une « baisse de l'empathie » observée au cours des études médicales (Hojat, 2009). Nous avons au départ voulu questionner cette idée avant de l'exclure de la question de recherche. En effet, elle renvoie à plusieurs difficultés, notamment la définition, les représentations et la mesure de l'empathie. Aussi, elle touche un versant plus psychologique qu'éthique de la question des études médicales.

Cependant, nous pouvons rapporter certaines pistes bibliographiques concernant l'observation de l'empathie chez les étudiants en médecine à partir de leurs stages hospitaliers. Piccoli a quant à lui identifié des facteurs pouvant expliquer cette érosion, également responsable d'un malaise chez les jeunes soignants. Il note alors « la peur de faire des erreurs, un programme d'études exigeant, le manque de temps, le manque de sommeil et un environnement hostile » (p.27), en écho avec la violence des études médicales soulevée par K. Parent. Certains des étudiants qu'elle a interrogés ont même parlé de « valeur initiatique » du parcours. C'est pourquoi nous avons cherché à recueillir les impressions des étudiants concernant la violence qu'ils ont pu observer ou vivre : en ont-ils tiré des enseignements et si oui lesquels ?

2.1.5. Les enjeux autour d'une formation en éthique

Enfin, la question ne peut être étudiée sans aborder la formation de l'étudiant. Durant un long cursus (au minimum neuf ans), il intègre progressivement des normes. Elles peuvent prendre la forme de connaissances médicales, acquises en cours à l'université, tandis qu'à l'hôpital, ils acquièrent en plus les normes institutionnelles et les valeurs professionnelles auprès des autres soignants. Les stages représentent donc un double enjeu de soin et d'apprentissage, qui peut aussi être source de difficultés à explorer du point de vue des étudiants. Ce parcours est aussi jalonné d'histoires et d'expériences singulières rencontrées auprès des patients. Tous ces éléments participent à leur construction de leur identité professionnelle (Dubar). Explicitement certains de ces rouages permet de travailler sur la formation d'un médecin responsable en lien avec les exigences sociétales mais aussi pour lui, vers une pratique des soins apaisée.

Cet enjeu a déjà été identifié à travers la formation en éthique. Elle démarre dès la première année en s'intégrant aux enseignements de sciences humaines. Son importance a été largement soulignée dans

la littérature avec une éthique présentée comme la pierre angulaire aux études médicales. Comme titre Moussaoui son intervention à l'Académie Nationale de Médecine en 2007, « le défi pour l'éthique médicale au XXIème siècle est son enseignement ». Ce message a été bien intégré dans les facultés de médecine puisque l'éthique fait partie du tronc commun de PACES et donc à visée de tous les étudiants en santé. À nos yeux, l'enjeu réel est alors surtout de perpétuer ces messages et les relier aux pratiques des étudiants à leur arrivée en stage. Certains enseignements innovants sont alors proposés dans les universités, tel que l'enseignement optionnel d'éthique ouvert aux étudiants de 3^{ème} année, à Paris Descartes en 2012 « De l'Étudiant médecin au Médecin Responsable ». D'autres formations existent aussi dans d'autres universités mais elles peinent parfois à perdurer et se développer. Par exemple, la formation mentionnée n'existe plus mais d'autres enseignements d'éthique ont vu le jour. Pour ouvrir de nouvelles pistes de réflexion, il serait alors nécessaire d'interroger les étudiants sur leurs attentes en matière de formation à l'éthique médicale.

2.2. Problématique

L'objectif principal de l'étude s'attache à mettre en lumière des situations qui peuvent poser question d'un point de vue éthique. Les étudiants incarnent déjà des acteurs à part du soin, avec un statut (de soignant et d'étudiant) et une place à part. En effet, face au patient, ils représentent un entre-deux du soignant ayant une expérience et des connaissances limitées, tout en faisant pleinement partie de l'équipe de soin (badge, blouse blanche). L'idée est donc de multiplier les angles de vue de l'éthique du soin en ne se limitant pas à celui des soignants ou des patients.

D'autre part, au lit du patient naissent certaines expériences qui peuvent avoir été identifiées comme problématiques pour les étudiants à leur arrivée dans le monde hospitalier mais banalisées, rendues invisibles pour le reste de l'équipe soignante. Toutefois, les étudiants peuvent aussi rester concentrés sur leur apprentissage biomédical ou bien, par manque de connaissances, ne pas être conscients de certains enjeux ou risques. Ils peuvent aussi passer à côté d'autres préoccupations en lien avec l'éthique du soin. En interrogeant sur les situations rapportées par les étudiants, allant d'un malaise moral (Spranzi, 2018) à la souffrance, nous cherchons à les qualifier. À travers ces questionnements, nous sommes à la recherche de ceux relevant de l'éthique, à distinguer de ceux identitaires, professionnels, ...

Des questions éthiques émergent-elles lors des interactions avec le patient lors des premiers stages d'externe du point de vue des étudiants ? Si oui, lesquelles ?

D'autre part, nous nous interrogeons sur la place de la formation en éthique au cours des études de médecine, de quelle manière son contenu et son organisation impacte ou non les étudiants dans leur sensibilité à ces problématiques. Celle-ci prenant davantage d'ampleur au fil des années, il s'agit également d'un enjeu dans sa construction et son organisation pour les prochaines générations.

Quelle est la place de la formation dans la construction d'une éthique professionnelle ?

2.3. Hypothèses et questionnements

Afin de tenter d'éclaircir ces questions de recherche, nous avons établi des sous-questions permettant d'aborder la question de recherche et plusieurs hypothèses.

2.3.1. Questionnements des étudiants

- De quelle nature sont les questionnements des étudiants à l'hôpital ?
 - Sous quelle forme sont-ils exprimés ? Sont-ils identifiés comme éthiques ?
 - Les questionnements éthiques diffèrent-ils selon le type de situation rencontrée ?

- Situations de questionnements
 - Du fait de son statut, l'étudiant rencontre-t-il des difficultés dans ses interactions (verbales ou physiques) avec le patient ?
 - Les questionnements des étudiants émergent de situations singulières, sources de tension au sein de l'équipe soignante, plutôt que de situations banalisées.

2.3.2. La formation en éthique

- Les étudiants ayant eu une formation spécifique en éthique clinique sont plus susceptibles de s'interroger sur leur pratique
- D'autres formes d'enseignements en éthique, plus interactives, sont plébiscitées par les étudiants pour leur mise en pratique dans des situations concrètes.
- La temporalité des enseignements d'éthique est-elle cohérente avec la mise en pratique des étudiants à l'hôpital ?

3. Matériel et méthode

3.1. Population

Dix entretiens semi-dirigés ont été réalisés avec des étudiants en médecine de l'Université de Paris Cité (ex Paris-Descartes et Paris-Diderot). Initialement, cette étude était ouverte à l'ensemble des externes de la 4^{ème} à la 6^{ème} année de médecine (DFASM1 à DFASM3). Cependant, suite à des difficultés de recrutement, elle a ensuite été restreinte aux étudiants de 4^{ème} année (DFASM1).

Sont exclus les étudiants ayant fait l'objet d'un transfert depuis une autre université vers l'Université de Paris Cité. Nous avons aussi écarté ceux n'ayant pas intégré le cursus de médecine via la PACES et ayant suivi une procédure de passerelle. Ces deux critères restrictifs ont été choisis afin de faciliter une mise en perspective de leurs expériences et leur regard avec la formation d'éthique obligatoire, donc commune à tous les étudiants de l'université.

3.2. Objectifs de l'étude (primaire, secondaire)

Il s'agit d'un mémoire de master 2 d'éthique visant à faire émerger les questionnements d'éthique de pratique clinique des étudiants en médecine durant leurs stages hospitaliers. Il s'agit d'identifier les situations dans lesquelles ces questions sont soulevées par les étudiants et leur perception. Cette étude ambitionne également de faire le lien entre ces questionnements avec les enseignements reçus en éthique et d'interroger leur adéquation. Au final, elle permettrait d'ouvrir à des propositions pour la formation des étudiants en éthique.

3.3. Design de l'étude

3.3.1. Construction de la grille d'entretien

La grille d'entretien s'est construite autour de trois thèmes principaux : les interactions des étudiants avec les patients et leurs premières expériences en stage, les situations qu'ils ont vécues comme difficiles et enfin la formation qu'ils ont reçue en éthique.

Pour démarrer l'entretien, il a été demandé aux étudiants de décrire les stages qu'ils ont effectué puis de raconter comment se sont déroulées leurs interactions auprès des patients, autour de quelles missions (s'il y a lieu) et leur ressenti. Malgré leur faible expérience, nous avons aussi cherché à savoir

si les étudiants percevaient une évolution dans leur attitude face au patient par rapport leurs tout premiers stages, voire ceux antérieurs à l'externat.

Ensuite, nous avons demandé aux étudiants s'ils pouvaient rapporter une situation, vécue ou observée, qu'ils ont perçue comme difficile. Nous avons choisi d'employer ce terme plutôt que celui d'« éthique », parfois à l'origine d'un flou chez les étudiants. Face à la diversité des rapports à l'éthique, nous n'avons pas souhaité véhiculer notre propre représentation. Au fur et à mesure des entretiens, nous nous sommes aperçus qu'il existait un décalage entre les situations rapportées par les étudiants et celles qu'ils identifiaient comme « éthiques ». Nous avons donc ajouté à l'entretien une question sur leur définition d'une question éthique afin d'explorer leurs représentations à ce sujet. Ce choix révèle une démarche inductive qui part des données brutes d'où émergent des catégories à relier aux objectifs de recherche. D'après Thomas (2006), elle permet aussi « de développer un cadre de référence ou un modèle à partir de nouvelles catégories émergentes » (2006, Blais et Martineau).

Enfin, pour mettre en parallèle leurs expériences hospitalières, les étudiants ont été questionnés sur les cours dont ils se souvenaient, les bénéfiques qu'ils en tiraient et les propositions qu'ils pouvaient avoir sur l'enseignement en éthique.

L'intégralité de la grille d'entretien (questions principales et de relance) est disponible en annexe (*annexe 3*).

3.3.2. Mode de recrutement

Le recrutement des étudiants a été réalisé par appel à volontariat (*annexe 4*) diffusé sur les groupes de promotion éligibles aux critères d'inclusion (groupe de DFASM1 et des externes de l'Université de Paris). L'annonce a été diffusée sur ces groupes du réseau social Facebook.

3.3.3. Taux de participation

Le taux de participation s'élève à 10 étudiants de DFASM1, sur une promotion globale 2021-2022 de 1002 étudiants.

Un entretien a été réalisé avec une étudiante de DFASM3 avant la restriction de la population de recherche. Deux autres étudiants ont également accepté de participer mais les entretiens n'ont pu se réaliser par manque de temps.

Cette faible participation peut connaître plusieurs raisons. Une étude se déroulant par des entretiens, parfois longs, peut s'avérer contraignant en termes de temps pour des étudiants durant un externat déjà exigeant. La chronologie entre le recrutement et les entretiens a également pu représenter un frein. Durant mars-avril 2021, ils étaient en période de révisions et d'examens, associés à un changement de stage et donc d'emploi du temps, pouvant expliquer cette moindre disponibilité. Une autre raison peut être le sujet de l'étude en lui-même, à savoir l'éthique. Certains étudiants ont pu émettre des réserves pour échanger, parce qu'aucune situation vécue ne faisait écho avec des questionnements éthiques à leurs yeux, ou parce qu'ils ne se sentaient pas en mesure d'en parler.

3.3.4. Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés soit en face à face dans les hôpitaux où les étudiants réalisaient leur stage ou bien en ligne via un logiciel de réunion (Zoom). Un enregistrement audio a été procédé à chaque entretien à l'aide du logiciel de son et d'image Quick Time Player. La retranscription a ensuite été effectuée grâce au logiciel de traitement de texte Microsoft Word 2021, à partir duquel s'est également effectué l'analyse des données. Une fois mis par écrit, les enregistrements audios ont été supprimés tandis que les documents des entretiens sont conservés sur un ordinateur sécurisé par mot de passe.

3.3.5. Variable des réponses

Les réponses des étudiants sont soumises à des variables, présentés dans la partie « Résultats » tel que l'âge, le genre, ou la formation (filière au baccalauréat, enseignement complémentaire optionnel en éthique). L'université d'origine et donc les enseignements reçus de la PACES à la 3^{ème} année de médecine sont susceptibles d'impacter la perception des étudiants. Enfin, les expériences sont aussi grandement dépendantes des terrains de stages et des spécialités rencontrées.

Il est nécessaire de rappeler que ces entretiens rapportent des expériences subjectives, objets d'une mémoire sélective des étudiants, et à leur perception, fonction de leur vécu et de leurs valeurs individuelles liées à leur parcours personnel et familial.

4. Résultats (1/2) : les étudiants en stage

4.1. Présentation du corpus

4.1.1 Profils des étudiants

Concernant les profils des étudiants ayant répondu à l'étude, nous avons constaté les résultats suivants. Sur 10 répondants, il y a 9 filles et 1 garçon, âgés de 21 à 25 ans.

Figure 1 - Répartition du étudiants interrogés en fonction de leur genre

Figure 2 - Répartition du étudiants interrogés en fonction de leur âge



Suite à la restriction du périmètre de l'étude, l'ensemble des répondants sont en 4^{ème} année de médecine (DFASM1). Toutefois, un entretien a été réalisé avec une étudiante de 6^{ème} année (DFASM3) mais dont les résultats n'ont pas été exploités ici.

Au baccalauréat, 9 étudiants ont suivi une filière scientifique et une personne a reçu son diplôme à l'étranger avec un Baccalauréat International. Concernant leur université d'origine, 9 d'entre eux ont étudié à l'Université Paris Descartes (P5), et 1 à l'Université Paris Diderot (P7).

Enfin, deux étudiants ont bénéficié de formation complémentaire en éthique. La première a suivi un ECO sur l'Éthique de la Recherche. La seconde a suivi, en parallèle de ses études de médecine, un séminaire d'éthique dispensé sur 2 ans dans un établissement de classe préparatoire de médecine.

4.1.2 Services où ont été réalisés les stages

Voici les services hospitaliers dans lesquels les étudiants ont réalisé leurs premiers stages d'externat. Au moment des entretiens, ils en étaient à la transition entre leur deuxième et troisième stage de l'année. Leurs expériences se sont donc essentiellement concentrées sur le premier et deuxième trimestre de D2. Par ailleurs, en 4^{ème} année, les étudiants ont également eu l'opportunité d'effectuer des gardes au SMUR (SAMU) et donc de côtoyer des patients, bien que cela soit dans un environnement différent de l'hôpital.

Nous avons procédé à des regroupements des différents profils de stages réalisés et les présentés dans un tableau synthétique :

Tableau 1 – Services dans lesquels les étudiants de notre corpus ont effectué leurs stages et leur effectif (entre parenthèses)

Types de stage		Nombre d'étudiants concernés	Dénomination du stage
Médecine	Spécialité par organes	10	Cardiologie (2)
			Pneumologie (2)
			Hématologie (1)
			Gastro-entérologie (3)
			Néphrologie (1)
			Onco-hépatologie (1) (hôpital de jour)
	Spécialité plus globale	6	Médecine interne (2)
			Médecine infectieuse (1)
			Rhumatologie (2)
Par type de patients	2	Gériatrie (2)	
Chirurgie		6	Chirurgie orthopédique (2)
			Chirurgie viscérale (3)

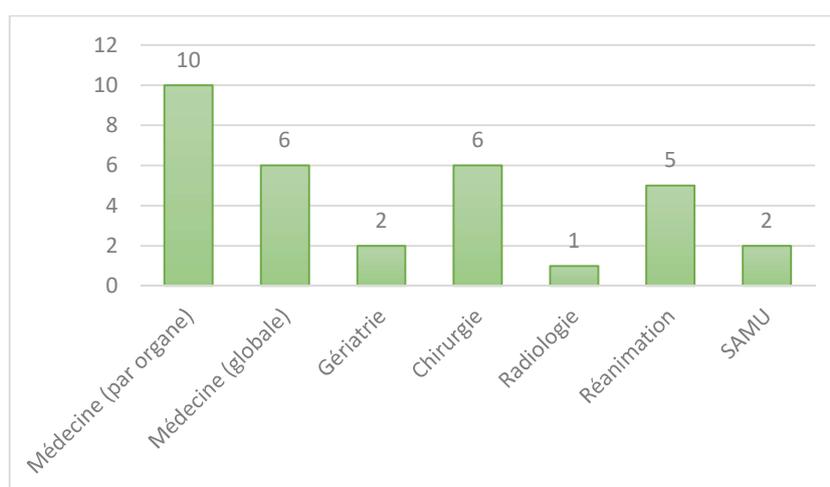
			Urologie (1)
Radiologie		1	Radiologie (1)
Urgence et Réanimation	Générale	5	Réanimation médicale (3)
	Spécialisée		Réanimation poly-traumatique (1)
			Réanimation hépatologie (1)
	SAMU	2	SMUR (2)

Le stage de radiologie a été distingué des autres en raison d'une prise en charge ponctuelle et d'un contact individuel moindre avec le patient.

Un des stages a été effectué au sein d'un « Département digestif », comprenant un service de médecine et un service de chirurgie. L'étudiant ayant passé son stage dans chacun des deux, il a été comptabilisé deux fois, dans la partie « Gastro-entérologie » et « Chirurgie viscérale ».

Dans les hôpitaux fréquentés par les étudiants, les services de gastro-entérologie et d'hépatologie étaient distincts, d'où cette séparation dans le tableau.

Figure 3 – Répartition des étudiants du corpus selon les regroupements de services de le tableau 1



4.2. Description des stages hospitaliers d'après les étudiants

4.2.1. Les spécificités des terrains de stage

Comme l'indique le graphique, les stages des personnes interrogées ont concerné une grande variété de services, au sein d'hôpitaux parisiens différents. Par conséquent, l'organisation, les pratiques et les situations rencontrées par les étudiants sont tout autant variables. Certains établissements ne font pas partie de groupes hospitalo-universitaires rattachés à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. Il en résulte un statut de l'externe quelque peu différent avec une répartition des tâches qui se distingue parfois des autres hôpitaux. N'accueillant pas toujours des externes, les missions de celui-ci sont alors réparties entre les autres membres du personnel hospitalier : par exemple, les internes se réalisent seuls les visites quotidiennes, les infirmières remplissent sur le logiciel le suivi du patient, réalisent les électrocardiogrammes (ECG), ...

Selon les services, les étudiants étaient seuls ou à plusieurs, avec différents niveaux de formation d'externes ou non. Ils étaient alors plus ou moins accompagnés lors de leurs premières missions.

Il existe aussi différents profils de stage. Les plus fréquents sont les stages de médecine. L'externe a la charge de plusieurs chambres de patients, assiste et participe aux soins médicaux et infirmiers qui sont prodigués, en lien avec la spécialité. Il y a ensuite les stages de chirurgie où l'étudiant alterne entre les interventions au bloc opératoire et la visite des patients en post-opératoire, « en salle » (dans leur chambre). Ce sont toutefois des temps de séjours plus courts pour le patient qui ne nécessitent parfois qu'une simple surveillance en vue de complications suite à l'opération. En conséquence, la relation entre l'étudiant et le patient s'inscrit aussi dans une temporalité plus courte. Quant à l'hôpital de jour, les patients sont hospitalisés mais repartent à leur domicile le soir car leur état ne nécessite pas une surveillance médicale continue. Enfin, en réanimation, les patients sont parfois inconscients ou ne sont pas en état d'interagir (verbalement ou physiquement). Chaque externe dans son cursus doit y passer, d'où le grand nombre de participants ayant effectué des stages de réanimation. Nous avons remarqué qu'il s'agit d'un lieu source de beaucoup de questionnements pour les étudiants.

Les services sont également plus ou moins spécialisés. En effet, les hôpitaux parisiens accueillent parfois des centres de référence pour certaines maladies graves ou rares, avec des patients venant de tout le pays (par exemple en cancérologie). Néanmoins, selon leur localisation, tous accueillent des populations diverses issues de milieux sociaux variés. Certaines spécialités peuvent concerner certaines populations en particulier. Par exemple, les personnes migrantes se rencontrent fréquemment dans les services de maladies infectieuses et tropicales, du fait de pathologies importées de leur pays.

4.2.2. Activités réalisées et types de gestes : la journée d'un étudiant en médecine

Les activités réalisées à l'hôpital par les étudiants interrogés varient en fonction de l'organisation des services et des spécialités. À travers les entretiens, et nos propres expériences, nous identifions cependant des récurrences dans les missions de l'étudiant hospitalier.

Dans tous les services, les externes se voient attribuer un certain nombre de patients. Au départ, il peut s'agir d'une répartition effectuée par les médecins qui privilégient les patients à la prise en charge la plus simple. Au fil du temps, les étudiants gagnent en autonomie et peuvent se répartir les patients entre eux. Chaque matin, l'externe doit aller voir ses patients, sauf si, par manque de temps, il doit reporter la visite de certains d'entre eux au lendemain.

Il s'entretient avec eux de leur état et réalise un examen clinique adapté à la spécialité médicale. Cet examen peut aussi être complété par le relevé des constantes¹ du patient, la réalisation éventuelle d'ECG... Ensuite, il doit reporter ses observations à l'ordinateur, via le logiciel hospitalier : il s'agit de remplir la « pancarte » numérisée du patient qui retrace l'évolution de ses constantes. Il doit également noter les traitements reçus et écrire brièvement sur l'évolution et l'état du patient pour permettre son suivi.

En parallèle, il est chargé d'un travail administratif : il remplit des bons de transport ou appelle des structures de villes pour obtenir des informations sur le patient (dossier, résultats médicaux ...). Ponctuellement, il peut réaliser les entrées des patients : à leur arrivée, ceux-ci sont interrogés et examinés de manière relativement complète par les étudiants.

Cet examen quotidien possède également une visée formatrice pour l'étudiant qui doit apprendre à mener un entretien médical.

« Normalement, fallait...la grande théorie, c'est que tu ne regardes pas le dossier, que tu vas dans la chambre avec ta feuille blanche et que tu refais toute l'entrée » (Adrien², médecine interne)

¹ Les « constantes » sont des paramètres physiologiques dont les valeurs sont maintenues par auto-régulation dans des limites définies. Parmi elles, il y a la pression artérielle, la fréquence cardiaque, la température, la fréquence respiratoire et la saturation en oxygène.

² Tous les prénoms mentionnés ont été changés

En fonction de leur disponibilité, les étudiants peuvent rendre visite au patient en compagnie d'un interne ou d'un médecin du service. Il revoit aussi ces derniers lors des visites ponctuelles du service avec l'ensemble de l'équipe médicale. À ce moment, le chef de service rend visite à chaque patient et fait le point sur la maladie et son évolution, le traitement en cours, etc. À ce moment, l'externe est chargé de présenter le dossier du patient, puis reste observateur de la suite dans la chambre.

« On avait chacun deux patients, qui étaient chacun très lourds parce que c'était de la réa et tout... Et on suivait un interne, un CCA³ et tout. Et tous les matins...enfin...oui tous les matins, y'avait la visite avec un PU-PH...parce que y'en a genre 5 dans le service...et...euh... Y'avait deux jours dans la semaine où fallait présenter les patients... Donc bah...fallait apprendre à les connaître etc... » (Juliette, 25 ans, réanimation)

« Pendant les visites, on parlait pas au patient [rires]. » (Kassandra, chirurgie orthopédique)

Les étudiants ont aussi relaté leur expérience d'apprentissage et de réalisation de gestes techniques, propres à chaque service : ponction lombaire, ponction d'ascite, sutures, pose de cathéter, toucher rectal, etc. Ils peuvent aussi parfois effectuer des gestes infirmiers comme les prises de sang ou « les gaz du sang⁴ », à leur initiative ou à la demande d'un soignant.

L'étudiant peut en outre réaliser des gardes durant lesquelles il accompagne un interne ou un médecin sur des plages horaires plus longues qu'habituellement (24h maximum) ou le week-end et jours fériés. Elles se font au sein du service ou au Service d'Accueil des Urgences.

Enfin, dans certains services, les étudiants ont rapporté réaliser des missions hors de leur champ de compétences et de statut. Une étudiante relate avoir réalisée seule des consultations de suivi de patients en oncologie et rédigé des ordonnances, signées ensuite par le médecin. Elle fut accompagnée pour la première fois d'une externe en 6^{ème} année avant de réaliser les consultations seule. Cela résulte de l'organisation du service, en lien avec le manque de temps des soignants.

« Du coup, j'ai commencé en uro à faire...première consult, solo, sans avoir vu de consult avant [rires] » (Calliope, urologie)

Au sein du SMUR, l'étudiant n'a pas de rôle prédéfini. Il se charge d'assister l'équipe au cours des interventions, auprès d'un médecin, un infirmier et un ambulancier. Durant ses débuts, l'étudiant

³ Toutes les abréviations sont reportées et expliquées en début de mémoire.

⁴ La gazométrie artérielle ou « gaz du sang » est un examen consistant à prélever un échantillon de sang artériel pour en analyser les composants chimiques tels que le dioxygène ou dioxyde de carbone. Il permet d'apprécier la fonction respiratoire du patient et son équilibre acido-basique.

observe le déroulement de l'intervention avec ses différents acteurs (équipe médicale, pompiers, patient et ses proches, ...). Ensuite, en gagnant en expérience et connaissant mieux l'équipe avec qui il travaille, il s'implique davantage. Selon les étudiants interrogés, la place de l'étudiant est variable en fonction de l'équipe.

« C'est hyper autonome, on fait un peu ce qu'on veut...c'est bien de s'intégrer dans l'équipe parce que c'est grâce à l'équipe qu'on peut progresser » (Calliope, SMUR)

« Alors, avec habitude, je peux sortir le matériel à l'avance. Mais je vais jamais faire la chose avant qu'on me demande de la faire, tu vois. » (Pauline, SMUR)

Les tâches sont variées : préparer le matériel nécessaire, effectuer des examens au patient (ECG, prise de sang, relevé de la tension artérielle, ...) ou encore interagir avec ce dernier en lui posant des questions. Selon les interventions, l'étudiant choisit de se mettre davantage en avant ou non, s'il estime être un frein dans l'équipe.

Dans la majorité des cas, c'est l'observation du fonctionnement du service et l'expérience acquise par les précédents stages qui a permis aux étudiants d'identifier leurs missions au sein du service. Néanmoins, au départ, certains étudiants se sont sentis perdus, concernant ce qui était attendu d'eux (les consignes étaient trop vagues ou inadaptées du fait de leur manque d'expérience) :

« Adrien : [...] Après j'allais voir [les patients] seul. C'était hyper malaisant d'ailleurs...en vrai, le début de l'externat est hyper malaisant...

Chercheur : Pourquoi ? Parce que tu ne sais pas quoi faire ?

Adrien : Ouais, tu sais pas quoi faire en fait. Et...ils ont beau t'expliquer... en général, ils vont te dire « bah tu vas voir tes patients, tu regardes s'ils vont bien » ce qui pour toi ne veut absolument rien dire parce ce que tu ne sais pas voir comment ils vont bien. » (Adrien, médecine interne)

4.2.3. Les profils de patients rencontrés

Les profils de patients rencontrés par les étudiants sont extrêmement diversifiés et dépendants des services.

Tout d'abord, bien entendu en fonction des spécialités, il existe des contextes pathologiques récurrents chez les patients. Par exemple, en hépatologie, une étudiante a rencontré un grand nombre de patients souffrant d'addiction alcoolique, bien qu'ils ne constituent pas la totalité des patients du service.

Le contexte d'hospitalisation est également variable, entre les patients admis en urgence et ceux venant pour une intervention programmée.

Toutefois, ils ont parfois été confrontés à des états pathologiques sévères, notamment en réanimation avec des patients polytraumatisés, inconscients, et donc des situations qui impactent la prise en charge et leur relation de soin. À l'inverse, en consultation, ils sont face à des patients non hospitalisés, parfois en rémission et qui ne s'identifient pas comme malades en tant que tels.

Ils sont aussi confrontés fréquemment à des personnes atteintes de démence, en lien avec le grand âge (pas uniquement en gériatrie), ou des personnes souffrant de maladies psychiatriques, ce qui a pour effet d'impacter les interactions qu'ont les étudiants avec eux et soulèvent plus fréquemment des questions éthiques du fait de la fragilité de ces personnes.

Enfin, globalement, les étudiants interrogés ont pu rencontrer un large panel de patients, aux âges différents. Aucun d'entre eux n'a effectué un stage en pédiatrie. Toutefois ils ont pu prendre en charge des adolescents et jeunes adultes, ce qui les a parfois interpellés. En revanche, ils ont fréquemment rencontré des patients âgés, pas uniquement en gériatrie.

D'après les externes, certains milieux sociaux ont été davantage observés dans certains services (par exemple les personnes en situation de précarité dans les services de maladies infectieuses) ou hôpitaux (avec des populations plus défavorisées dans le nord de Paris), en lien avec le lieu d'habitation de ces populations.

4.3. La préparation et l'accompagnement en stage

En début de stage, les externes ont rapporté des expériences très variables en fonction du service en termes d'accompagnement. Certains ont pu assister à leur arrivée dans leur service à une présentation de celui-ci, de ses activités et des missions de l'externe par les Chefs de Clinique Assistants. Ils ont parfois reçu des cours sur des points spécifiques médicaux ou bien été sensibilisés à certaines problématiques comme la précarité.

« Et ensuite, ils nous ont prévenu qu'à X, il y a beaucoup de précarité dans nos patients, il y a beaucoup de personnes qui sont à la rue, il y a beaucoup de personnes qui sont migrants... pratiquement tout le monde est en situation irrégulière, ils ont pas de protection sociale... Donc on avait été un peu sensibilisés à ça genre au début, enfin, on nous a préparé au fait qu'on allait avoir des situations difficiles, des gens qu'on savait qu'une fois qu'on allait les

soigner, ils retourneraient à la rue et malheureusement, on peut pas les garder. » (Alix, 22 ans, maladie infectieuse)

À l'inverse, dans un autre stage, Alix rapporte avoir été responsabilisée en termes d'assiduité, vis-à-vis des missions que doit honorer l'externe.

« Les chefs nous ont parlé mais c'était plus pour nous dire d'être responsable et de venir en stage, parce que ça s'était mal passé au stage d'avant avec les autres externes. Donc c'était plus en mode « on vous fait confiance, vous êtes des adultes dans le vrai monde du travail, si vous avez mal à la gorge, vous restez pas dans votre lit, vous venez quand même en stage, c'est la continuité des soins, c'est pareil en garde, si vous venez pas, il faut trouver quelqu'un ». Donc ils nous ont bien responsabilisés. » (Alix, gastro-entérologie)

Plusieurs externes décrivent un accompagnement émotionnel par les médecins ou les psychologues, dans certains services comme en réanimation où se rencontrent des situations émotionnellement éprouvantes.

« Bah ils nous ont dit, si, que...que c'est un service où y'a beaucoup de morts...que...qu'on pourrait avoir des cas un peu difficiles et tout...et euh...on avait...on pouvait en parler à une psychologue qui était là...tous les lundis... On avait une demi-heure, une heure avec elle, une sorte d'atelier...c'était vachement cool. » (Juliette, réanimation)

Dans plusieurs cas, les médecins ont averti les étudiants qu'ils pouvaient être confrontés à des expériences difficiles et qu'ils étaient disponibles pour en parler. Au niveau de la faculté, il existe aussi des dispositifs d'accompagnement pour les étudiants en stage.

Les premiers jours, les étudiants ont parfois suivi un interne ou un externe plus expérimenté lors de leurs premières visites au patient.

« Je crois que les premiers jours, j'étais accompagnée. Enfin, j'allais avec la FFI et euh...et après assez rapidement, c'était un peu moi qui choisissais. Soit j'y allais seule, soit j'y allais avec l'interne, soit avec le médecin, enfin...vraiment, j'étais très autonome de ce point de vue-là » (Noémie, gériatrie)

Dans d'autres services en revanche, ils ont d'emblée été seuls auprès des patients.

« Euh, on était tous autonomes dès le début, enfin les chefs étaient pas là pour nous encadrer. Les internes avaient beaucoup de travail aussi donc non, on était tout seuls. » (Lisa, réanimation)

À défaut des soignants, les étudiants pouvaient aussi compter sur la présence des externes plus expérimentés.

« Les deux, trois premiers jours, j'ai beaucoup suivi mon D4 parce que c'est lui qui me...c'est lui qui m'a un peu guidé et tout et ça c'était très sympa. » (Adrien, médecine interne)

Dans la grande majorité des cas, cependant, ils ont rapporté avoir rapidement gagné en autonomie au quotidien. C'est par exemple le cas de certains gestes techniques, au départ réalisés par les autres soignants (internes ou infirmiers). Au départ observateurs, les externes commencent par les pratiquer aux côtés d'un soignant avant de les réaliser seuls.

« Mes premiers gaz du sang, on était avec une infirmière. Bon, d'abord, elle nous a montré comment faire, puis c'était les infirmières qui faisaient. Elles nous montraient comment faire puis après on les faisait et euh, enfin, avec elles à côté. Et quand vraiment on avait... Moi par exemple quand j'avais réussi mon premier gaz du sang, je les faisais toute seule. Vraiment, j'allais seule dans la chambre, il y a pas de souci. » (Cindy, 21 ans, pneumologie)

« Plus tu pratiques, plus t'es à l'aise et plus on te laisse de liberté parce qu'on te fait confiance quoi. » (Calliope, SMUR)

En l'absence d'accompagnement dans les premiers apprentissages, même si cela favorise une autonomie, certains ont ressenti un sentiment d'abandon de la part des soignants.

« Et puis deuxième stage où c'est tout l'opposé euh...on avait pas d'internes, on était en sous-effectif, où c'était très prenant, où je me suis retrouvée dans des situations... » (Calliope, onco-hépatologie)

5. Résultats (2/2) : les questionnements des étudiants

5.1. Les situations qualifiées de « difficiles » à l'origine d'un malaise chez les étudiants

Avant d'identifier des situations éthiques en tant que telles, les étudiants ont présenté des situations qui ont été à l'origine de difficultés pour eux. Elles étaient en relation avec certains profils de patients qu'ils n'avaient jamais rencontrés et des conduites de soignants ou de patients également inhabituelles, ou encore d'interactions entre les deux ou avec eux. Parfois non identifiées par les étudiants comme en relevant, ces situations peuvent néanmoins révéler des questionnements d'ordre éthique dans la prise en charge de leurs patients ou des pratiques observées.

Il faut nuancer pourquoi elles ont été définies comme telles par les personnes interrogées. Il peut s'agir d'une sensibilité personnelle à ces thématiques éthiques ou bien construite à la suite de la formation reçue en éthique dès les premières années, notamment en ce qui concerne les questions de consentement ou du paternalisme médical.

Nous verrons ainsi que les notions de gêne, de malaise ressortent fréquemment des discours des étudiants en entretiens, voire même de fatigue, voire plus (certains étudiants ayant songé à interrompre leurs études, voire ont dû les suspendre momentanément). Ces éléments révèlent en creux des situations qui leur ont posé problème et relevant fréquemment de l'éthique des soins.

Ces cas réels sont qualifiés de « cas apprivoisés » par M. Spranzi (2018) : étudiés *a posteriori*, ils permettent « de sortir d'une certaine routine éthique, où ce qu'il est bien de faire est présupposé » (p.158).

À la fin de chaque situation rapportée comme difficile par les étudiants, nous avons tenté de dégager une piste éthique, ou du moins une ouverture vers une réflexion, documentée ou non, sous la forme de question figurée en gras à la fin du paragraphe.

5.1.1. Identification de profils de patients impliqués dans ces situations

Parmi les situations relatées par les étudiants, nous avons identifié certaines récurrences quant aux profils des patients concernés impliqués dans ces moments. Nous les avons répertoriés ci-dessous afin

de réfléchir en quoi la prise en charge de ces personnes peut soulever un enjeu éthique chez ces étudiants.

5.1.1.1. Le patient non compliant au soin

Pour commencer, parmi les profils de patients, les étudiants ont révélé avoir des appréhensions à interagir avec le patient non compliant. Face à des patients qui ne veulent pas être examinés, ils expriment leur embarras, avec une impression de « les forcer ». Cela est d'autant plus difficile pour eux qu'ils ne sont souvent pas à l'initiative du soin mais en charge, par un encadrant, d'effectuer le soin. Noémie parle alors de faire le « relais » entre le patient et le médecin lorsqu'il s'agit de négocier les soins : elle se fait la porte-parole de la demande du médecin à réaliser l'examen et reçoit l'opposition du patient. En parlant du toucher rectal chez des patients de gériatrie, elle décrit :

« J'avoue que parfois, ils me disaient « non » et j'avais pas tendance à insister. [...] Si c'est un truc que le médecin m'avait demandé de faire, j'allais le dire au médecin, le médecin me disait « tu vas insister », j'allais insister, si je revenais, il disait toujours non, bon bah tu laisses tomber ». (Noémie, gériatrie)

Cette situation renvoie aux difficultés que peut rencontrer l'étudiant dans ses interactions avec le patient. Dans ce cas, face au refus, il est conforté par le discours du médecin qui l'encadre. Nous le verrons par la suite puisque c'est souvent une relation triangulaire qui s'instaure.

Ce refus peut également être exprimé de manière plus affirmée par les patients. Certains manifestent leur refus ou leur résistance au soin par ce qui est décrit comme des situations d'agressivité selon les étudiants.

« Les patients qui sont...qui peuvent se montrer très agressifs de prime abord. « Oui bonjour... », ouais ils se mettent direct à râler, c'est hyper compliqué. » (Calliope)

Les étudiants ont rapporté plusieurs expériences de patients violents physiquement (Juliette raconte avoir été frappée par sa patiente) ou verbalement. Ils se sentent alors pris entre la nécessité de soigner ces patients et l'évitement, raconté de la manière suivante avec un patient atteint de pleurésie :

« Et...en fait, il m'insultait beaucoup. A chaque fois que je le voyais, il m'insultait...euh...Il voulait pas se laisser faire, il insultait tout le monde, genre tous les infirmiers, les aides-soignants, les médecins...enfin...sa femme aussi, à qui il parlait très très mal...euh...presque comme une servante quoi. Et je me sentais mal pour sa femme, et en même temps je...je savais pas comment réagir. Parce que bah je me faisais insulter tout le temps, à chaque fois que je le voyais, donc c'était vraiment dur. Et d'un autre côté quand j'en parlais, on me disait « bah oui

c'est dur, mais c'est quand même ton rôle de l'examiner ». Donc j'étais prise entre ces deux injonctions et c'était...c'était vraiment dur. » (Juliette, réanimation)

Face à ces moments éprouvants, l'étudiante ne sait pas comment réagir, faire remarquer cette attitude inconvenante ou l'ignorer. L'agressivité dans le soin est d'autant plus déstabilisante pour l'étudiant qu'il est encore en apprentissage dans ses gestes et sa relation au patient. Il en découle parfois un sentiment d'injustice face à cette violence dirigée envers eux, alors qu'ils ne sont pas responsables et ne sont que des étudiants :

« Je trouve que nous, on n'a rien demandé, on est juste là parce qu'on est en stage, on n'a pas choisi forcément d'être là. » (Calliope)

Toutefois, certains approchent l'idée que cette agressivité ne s'adresse pas nécessairement à eux mais à l'équipe soignante, l'institution hospitalière, ou témoigne de l'opposition à un soin spécifique (comme le toucher rectal). Elle ne résulte pas d'un acte ou d'un comportement de soin mais plutôt d'un profil de patient qui possède sa manière d'exprimer son mécontentement. L'attitude du patient peut aussi être liée à sa maladie, à sa souffrance. Dans ce cas, la situation d'hospitalisation qu'il connaît avec ses normes et ses contraintes se révèle être inéluctable à l'hôpital.

Quoi qu'il en soit, gérer ce type de situations nécessite des compétences relationnelles, parfois enseignées à l'université. Ces étudiants ont notamment reçu des cours de psychologie médicale concernant l'approche d'un patient violent. Ils peuvent également mettre en place des stratégies plus personnelles. Par exemple, pour faciliter les interactions, Juliette raconte :

« J'essaie de pas me laisser faire [rires] et de prendre ça un peu...pas à la légère mais de me dire bah, c'est pas personnel et puis...de pas... Tu vois... de pas rentrer dans son jeu d'agressivité, de dire « si je suis là, c'est pour que vous alliez mieux ». Enfin, il voulait aller mieux quand même enfin... « À un moment, il faut jouer le jeu, vous êtes dans un hôpital public, il y a des étudiants, c'est courant », enfin voilà. » (Juliette, réanimation)

Comme le suggère Juliette, le statut universitaire de l'hôpital est un élément implicite. Le patient n'est pas forcément au courant du statut de chaque soignant qu'il rencontre : tous portent une blouse blanche. Le patient doit se familiariser avec des codes, de même que l'étudiant, lors de ses premiers stages, qui découvre aussi cet univers spécifique, ses missions et ce qui est attendu de lui.

Au contraire de Juliette, Noémie a fait part de son expérience auprès d'un patient en contexte de dépression. Non disposé au soin, il verbalisait ses plaintes et faisait preuve d'hostilité envers l'équipe.

Il en est ressorti pour elle une « sensation de fatigue ». Au final, grâce à la grande part d'autonomie dont elle disposait dans ce service, elle a arrêté de voir ce patient, laissant sa prise en charge aux autres médecins. Ce choix n'a pas été tout à fait délibéré mais s'est fait de manière contournée :

« J'étais très autonome parce que...parce que, du coup, je pouvais aller voir les patients que je voulais. Du coup, je leur ai même pas dit que je voulais pas aller voir ce patient. C'est juste que j'appréhendais tellement que j'allais voir les autres patients et...après...ben c'était l'heure de déjeuner...et l'après-midi, je faisais autre chose. » (Noémie, gériatrie)

C'est cependant une attitude qui l'inquiète : elle est consciente qu'elle peut pour le moment se réfugier derrière son statut d'étudiant mais que ce ne sera plus le cas à l'avenir.

« Je dirais que niveau relation patient, c'était mon expérience très négative...de truc, parce que je me suis dit... « mais enfin, je peux pas quoi ! » Et puis c'était un peu déprimant de se dire que...enfin de me voir avoir cette réaction-là parce que dans le futur, faudrait que je prenne en charge des patients comme ça quoi. » (Noémie, gériatrie)

Ces étudiants sont conscients que cette agressivité n'est pas toujours dirigée contre eux. Néanmoins, nous nous interrogeons sur la possibilité qu'à l'externe de se dégager de certaines missions, du fait de son statut d'étudiant et selon les stages. En effet, cette attitude permet de réfléchir sur la perception de son rôle chez cette étudiante, qui n'est pas de soigner tous les patients mais d'apprendre auprès d'eux. Elle peut alors se passer d'examiner certains au profit d'autres. Se pose alors la question de comment sont sélectionnés ces patients, selon la facilité d'interaction ou la pathologie, mais aussi, selon les cas, quelle est la personne qui fait ce choix (le médecin superviseur ou l'étudiant lui-même). Dans certains services, les étudiants ont raconté qu'à leur début, les médecins sélectionnaient les patients « faciles » pour qu'ils aient moins de difficultés à les examiner (Alix, stage de pré-externat en oncologie). Par conséquent, leurs attentes sont aussi moins élevées vis-à-vis de ces patients.

« Je dirais que ce qui est bien, en tout cas jusqu'à maintenant, dès que j'avais des patients genre hyper difficiles, et bah il y a une attente très faible des chefs. » (Alix)

À noter qu'ici, ce n'est pas la situation qui est qualifiée de difficile mais le patient lui-même. S'il y a parfois des patients qui par leur comportement rendent l'interaction délicate, plus compliquée, nous verrons s'il n'y a pas dans certains cas une dimension d'essentialisation des patients qui peut se transformer en stigmatisation.

➤ **Du fait de son statut d'étudiant, l'externe peut-il se désengager vis-à-vis de certaines situations ?**

5.1.1.2. Le patient non disponible

Cependant, le refus des directives du médecin peut aussi émaner de l'étudiant lui-même face à un patient non disponible. Ici, ce n'est pas ce dernier qui s'oppose au soin mais l'externe qui prend la décision de ne pas le déranger à un moment inopportun.

« [...] Des fois, on dérange. Mais bon, c'est comme ça...moi... bah par exemple, il y a beaucoup de chefs qui disent « non non c'est bon, vous êtes là pour ça, faut les réveiller le matin ». Moi, je réveille jamais le patient le matin. S'il faut, je me planque dans l'hôpital mais je vais pas réveiller les gens pour écouter leur cœur alors que je l'ai écouté les six jours d'avant et qu'il va bien leur cœur ! [rires] » (Alix)

Ce sentiment de déranger pose alors la question de la position de l'externe quant à sa légitimité et celle de ses soins. Il se pose aussi cette question, quand il est face à un patient douloureux :

« Il y a pas des trucs que je redoute mais...c'est toujours plus difficile d'interroger un patient qui a mal par exemple et tu vois que tu le fais chier. Et en plus toi en tant qu'externe, t'as pas un rôle hyper...t'as pas toujours, en tout cas, un rôle très utile, t'es plus là pour apprendre des choses que pour être vraiment utile euh...au patient. Enfin, il y a certaines situations où tu l'es quand même voilà. Donc euh, quand tu dois interroger, examiner un patient qui est...qui est douloureux ou qui a juste la flemme d'être là... C'est un peu plus difficile quoi. » (Kassandra, chirurgie orthopédique)

Comment comprendre cette représentation du patient qui « a la flemme » ? Il est d'abord nécessaire de garder en mémoire qu'il s'agit des mots utilisés par les étudiants. Il peut s'agir de la lassitude d'un patient à qui on demande une participation au soin, qui doit subir plusieurs fois le même examen ou doit raconter à multiples reprises son histoire médicale. De même, dans une journée, nombreux sont les acteurs du soin à venir à la rencontre du patient dans sa chambre (médical, paramédical, psychologues et, selon les cas, kinésithérapeute, nutritionniste, ...).

Cette « flemme » peut aussi être interprétée comme une absence d'envie, moins forte que la manifestation directe de leur refus. Ici, il ne s'agit pas d'une opposition directe au soin. Le patient n'ose peut-être pas manifester son désir de ne pas être dérangé ou bien estime qu'il n'est pas en mesure de décider et doit se plier au fonctionnement de l'hôpital, sous peine d'être perçu comme un « mauvais patient ».

Il y a néanmoins la possibilité d'une résistance face une demande de mise en récit de son histoire médicale qui peut être plus facile à verbaliser face à un étudiant, éventuellement plus identifiable car il est présent plus longtemps, chaque jour, relativement au même moment (en matinée). Cette

opposition peut aussi intervenir au moment de l'examen clinique qui nécessite une implication du patient parfois contraignante : arrêter l'activité en cours, soulever les draps, se déshabiller, se mobiliser (d'autant plus s'il est douloureux).

Certains remarquent tout de même une évolution dans leur rapport aux patients au fil des stages. Ils osent davantage s'affirmer avec, malgré tout, un malaise persistant :

« C'est moins des trucs qui me gênent...euh...bah parce que j'ai beaucoup plus l'habitude. Après...tu vois, en ce moment, j'ai pas trop de patients qui me disent « j'ai pas trop envie d'être examiné », ça, en P2/D1, je m'enfuyais de la chambre [rires]. En même temps, en P2/D1, t'as pas...enfin c'est pas...c'est pas grave si toi, tu n'examines pas le patient. Maintenant, j'insisterais un peu plus mais je serais quand même toujours un peu mal à l'aise. J'aurais l'impression de forcer le patient...euh...voilà. » (Noémie)

Il apparaît nécessaire de s'interroger ce que signifie « forcer le patient ». Cela peut vouloir dire la réalisation du soin à l'encontre de la volonté du patient. Si cette situation est fréquente dans la pratique médicale, notamment hospitalière, justifiée généralement par le fait que c'est pour le bien du patient (position paternaliste), ici il faut apporter une nuance : cela questionne la place qu'accorde l'externe à ses soins dans la prise en charge du patient.

➤ **L'externe se sent-il toujours légitime dans ses soins ?**

5.1.1.3. Le patient inconscient

L'absence d'interaction avec le patient peut parfois représenter pour l'étudiant une opportunité dans sa construction d'une relation de soin. Noémie relate que cela a facilité sa prise en charge : face à l'état d'inconscience du patient, elle pouvait se concentrer sur l'examen clinique en lui-même, déjà source d'appréhensions.

« Quand j'étais en réa, la moitié des patients étaient endormis, et ça me dérangeait absolument pas de les examiner comme ça, limite c'était plus facile parce que j'avais pas à leur parler et tout ça, enfin voilà. » (Noémie, réanimation)

À l'inverse, et dans la majorité des cas, cela était plutôt source d'inconfort pour les étudiants. Une grande partie d'entre eux a effectué un stage en service de réanimation où ils ont côtoyé des patients inconscients ou non en mesure de s'exprimer du fait de machines. D'une part, ils ont rapporté leur malaise face à ces patients. Ils sont alors déstabilisés par cette représentation qu'ils ont du patient comme un être « déshumanisé », avec une dichotomie entre l'homme animé et le corps-machine.

Dans la totalité des situations avancées par les étudiants, il s'agit de patients inconscients en salle de réanimation. Entre la vie et la mort, la gravité de leur état impacte aussi la perception qu'en ont les étudiants, est source d'émotions.

« Il y avait pas d'échanges à proprement dit avec le patient, en fait c'était plus des...vraiment quasiment un corps quoi » (Lisa, réanimation polytraumatique)

L'absence de sensibilisation et de préparation à ces patients peut renforcer le bouleversement émotionnel des externes. Ces derniers ignorent souvent comment interagir, autrement que par la parole. Or dans ce cadre, ils ne savent pas si le patient perçoit, entend leurs mots.

« (...) Parfois, quand on est face à un patient inconscient, on est un peu...comment dire...déstabilisés et en même temps, la réa c'est tellement un milieu particulier, genre il y a tellement de machines partout, de...enfin c'est très...on est dans un cadre qui fait qu'on peut se...on peut se raccrocher un peu à...une fois qu'on sait quoi regarder dans l'examen basique...euh c'est plus très...c'est plus si impressionnant que ça... Mais je pense que ouais au début [rires]...le premier ou les deux premiers patients j'étais genre « qu'est-ce que je fais », « est-ce que je dis bonjour en entrant dans la salle », voilà. » (Kassandra, réanimation)

Avec eux, les examens cliniques sont réduits, car les étudiants se sentent moins « légitimes », et écourtés du fait de l'absence d'interactions orales, source de malaise. Pour certains, cela peut être synonyme d'un travail bâclé mais cela révèle également une marque de respect de l'étudiant qui ne profite pas de cette absence de réaction vis-à-vis du patient.

« Bah moi je suis très mal à l'aise quand ils sont dans le coma. En fait, je...j'aime beaucoup interagir avec le patient, lui parler quand je l'examine, lui faire des petites blagues et tout. Et du coup je me sens complètement...pas légitime en fait de l'examiner. En fait c'est comme si, pour examiner un patient, j'avais besoin de lui parler tu vois. Sinon, je suis pas à l'aise de le faire. Et du coup, je suis hyper mal à l'aise quand je l'examine. Et du coup, je le fais hyper succinctement et...après du coup, je mets pas plus que ce que j'ai fait dans mon mot tu vois. Je vais pas inventer des trucs que j'ai pas regardé. » (Pauline, réanimation - hépatologie)

Pauline parle de seulement saluer ses patients inanimés à demie-voix, par peur de « parler toute seule ». À l'inverse, parler peut aussi représenter une manière de garder un contact avec eux.

Ces positions en regard du patient sont aussi évolutives. Noémie, bien qu'elle ne soit pas retournée en stage de réanimation, se sent désormais davantage gênée face à des patients qui ne sont pas pleinement conscients.

« [...] j'ai un peu plus de respect...alors j'essaie de leur parler, tout ça, même s'ils comprennent rien. Comme ça, si jamais ils comprennent quelque chose, ils sont pas complètement...enfin choqués ou un peu...violés dans leur intimité, tu vois. » (Noémie, gériatrie)

On remarque alors une éthique qui se construit au fur et à mesure des expériences personnelles : l'étudiante perçoit les limites qu'elle se fixe et gagne en légitimité.

Une autre des difficultés qu'ils rencontrent avec ces personnes en réanimation est la question de l'approbation aux soins et du consentement. Sans manifestation de leur accord ou désaccord, ils ressentent une gêne dans l'exercice des soins :

« [...] c'est comme si tu faisais quelque chose sans l'accord de quelqu'un parce qu'il dormait, et moi ça me...je trouvais ça un peu bizarre. Je savais que c'était mon rôle, j'avais le droit, machin était à l'hôpital, c'est pour son bien et tout mais...n'empêche que le fait de pas pouvoir lui parler, je ressentais une certaine gêne. » (Juliette, réanimation)

Cette gêne rend compte de l'internalisation de la notion de consentement relatif à l'examen clinique ou aux traitements, au soin plus généralement. Pour Pauline, la question de l'approbation du patient est plus nuancée. Son absence se légitime par la nécessité des soins, pourtant, il existe un malaise persistant.

« Bah voilà, c'est le truc quand ils sont passifs...euh...je me sens pas très à l'aise de ça...parce que j'ai l'impression qu'ils consentent pas en fait, tu vois. Après, bon, c'est pour leur bien tu vois, donc je devrais pas me prendre la tête en vrai, c'est pour leur bien qu'on fait ça. Et donc y'a pas vraiment besoin de rechercher leur consentement, tant que c'est pour leur bien. » (Pauline, réanimation - hépatologie)

Le consentement apparaît comme un concept ancré chez ces étudiants mais avec toutefois des représentations différentes. Bien que nécessaire, il est contrebalancé à leurs yeux par la légitimité des soins : « j'avais le droit », « c'est pour le bien ». Cette légitimité du soin peut provenir de convictions personnelles ou bien s'appuyer sur les directives du médecin. Ce sont des positions toutefois mouvantes comme l'indique, plus loin dans l'analyse, le rejet de ces étudiants de modèles d'interactions paternalistes.

En résumé, l'interaction verbale permet souvent de « maintenir un lien pendant l'examen clinique ». Y compris avec des patients qui ne sont pas capables d'interagir, les voir s'animer représente pour cette étudiante une forme d'interaction et donc de réponse à des gestes, ce qui lui est plus facile à interpréter et gérer.

« Euh...et du coup, t'as aucun contact avec eux...mais...tu vois, ils bougent, ils interagissent en fait. Moi je pense que c'est plus l'immobilité qui me dérange. » (Pauline, réanimation - hépatologie)

La nécessité d'une approbation du patient est également illustrée lorsque les externes condamnent la pratique d'autres soignants, notamment vis-à-vis de gestes délicats, en lien avec l'intimité du patient, comme lors dans la situation suivante concernant un toucher rectal :

« Y'a des médecins du service pendant cet examen...je pense c'était assez traumatisant pour le patient, où ils prévenaient absolument pas, ils installaient même pas bien le patient, juste ils baissaient le pantalon, ils faisaient le toucher, ils disaient rien après... » (Juliette, gériatrie)

Pour eux, une telle attitude du médecin renvoie à l'assimilation du patient à un objet de soin. La violence hospitalière à laquelle ils assistent lors de ces examens intimes les amène à leurs propres questionnements et appréhensions lorsqu'ils refont ce geste, par peur de reconduire une telle attitude.

Nous remarquerons dans plusieurs *verbatim*s que les étudiants s'interrogent sur le consentement du patient, notamment à être examinés. Ce type d'interrogations émergent particulièrement quand le patient est inconscient.

➤ **Quelle est la place du consentement chez les patients inconscients dans les soins au quotidien ?**

5.1.1.4. Le patient ne comprenant pas le français

En amont du consentement, l'information est aussi un enjeu repéré par les étudiants, notamment vis-à-vis d'une barrière de langue.

« Quand y'a une barrière de la langue, je trouve ça hyper difficile. [...] Mais...la barrière de la langue du coup, c'est aussi un problème de se retrouver en consult...tout seul, à essayer de comprendre un peu les infos, à essayer de se rendre compte que...bah, oui, on a aussi un gros problème de langue. » (Calliope)

Calliope raconte une expérience vécue dans un service de néphrologie :

« J'ai dû faire des consultations, où le patient, il parle pas bien français, il parle pas anglais non plus. Enfin c'est hyper difficile de comprendre le truc. Un monsieur, je lui demande...euh...s'il arrive à uriner correctement, s'il fait bien pipi...vraiment, j'essaie d'aller au plus simple. « Vous

faites bien pipi ? », « euh... », « est-ce que le pipi il est rouge ? », il me dit « oui c'est rouge ». Je fais « euh...bah merde, c'est pas normal que ce soit rouge ». Et j'essaie de caractériser, « est-ce que c'est rouge tout le temps, est-ce que y'a des morceaux ? » tu vois. Puis lui, il me dit « non non, c'est rouge normal », « comment ça rouge normal ? ». Du coup je lui montre un truc rouge, je dis « rouge ? », il me fait « ah non ! », puis il cherche, il cherche, puis je lui montre du jaune, « et ça ? », et il fait « ah oui oui comme ça ! ». Ah j'ai eu peur ! [rires] » (Calliope, urologie)

➤ **Quelle est la place de l'information, de la compréhension et du consentement du patient en présence d'une barrière de langue ?**

5.1.1.5. Le patient du même âge

Deux étudiantes ont raconté leurs difficultés face à des patients du même âge :

« Je dirais que j'ai toujours eu plus de mal quand les patients avaient à peu près mon âge. »
(Cindy)

« Moi ce qui m'atteint, c'est vraiment les patients qui ont mon âge. Ça c'est dur. » (Alix)

Elles rapportent les difficultés à côtoyer une personne malade à laquelle elles s'identifient en termes d'âge, de formation... Cindy évoque la notion d'« empathie » (selon ses propres mots) qui serait trop forte.

➤ **Comment les étudiants apprennent-ils à trouver le « juste distance » avec leurs patients ?**

5.1.1.6. Le patient qu'on n'écoute pas

Enfin, certains étudiants ont parlé du temps passé auprès des patients. En les voyant quotidiennement, ils prennent parfois le temps de les écouter et peuvent identifier certaines situations de non-dits au sein de l'équipe, comme le raconte Alix auprès d'un patient en maladie infectieuse « que personne n'avait vraiment pris le temps d'écouter ».

Il s'agit d'un patient venant d'Afrique, atteint de VIH et sous traitement antirétroviral. Au moment de la crise sanitaire, il était au Mali qui a connu des problèmes d'acheminement l'empêchant d'avoir correctement accès à ses médicaments. De plus, il connaît des difficultés à avaler ses comprimés mais il a mis en place des techniques pour se détendre et prendre son traitement, quitte à prendre du temps. Pour ces deux raisons, l'équipe médicale a identifié ce patient comme « en refus de traitement » alors que jusque-là, il n'avait jamais manqué ses prises de traitement. Au contraire, ce

patient comprenait sa situation et était impliqué dans sa prise en charge. Cependant dans le service, par méconnaissance de ces éléments, il devait se hâter pour avaler ses médicaments ce qui engendrait une résistance de sa part.

Face à ces « refus » inscrits dans son dossier, Alix a cherché à comprendre les raisons de ce patient en l'écoutant une heure et demie. C'est ainsi qu'elle a compris le véritable état d'esprit du patient qui n'était pas en rupture de traitement mais avait besoin de calme dans ces moments. À son avis, il ne s'agit pas de malveillance de la part de l'équipe de soin qui a identifié ce patient ainsi mais des « raccourcis » qui sont employés lorsque les informations sont transmises. De son côté, il ne s'agit pas d'un homme qu'elle a suivi longtemps mais elle estime avoir gagné ces informations et la confiance de ce patient en passant du temps auprès de lui.

« Mais en fait, dès qu'on prend le temps, ils nous disent ça » (Alix, maladie infectieuse)

Comme le montre cet exemple, l'étudiant a parfois accès à certaines informations inédites que lui livre le patient, parfois en désaccord avec celles retenues par l'équipe de soin. Toutefois, l'étudiant n'osera pas toujours rapporter ces données, parfois par peur des réticences ou oppositions auprès des autres soignants. Dans l'exemple que nous venons de décrire, Alix a toutefois insisté auprès de l'interne, ce qui n'est pas toujours le cas :

« Et en fait, dans le service ben...personne n'avait trop pris le temps, quand j'ai raconté à mon interne, au début il a un peu levé les yeux, je lui ai fait « non mais écoute-moi, ce que vous pensez, c'est complètement faux, ce monsieur, il faut le laisser tranquille, il sait prendre ses comprimés, faut le laisser tranquille et voilà ». (Alix, maladie infectieuse)

- **Que faire de cette information recueillie par l'étudiant ? Comment lui donner un sens auprès de l'équipe et dans la prise en charge ?**

5.1.2. Les attitudes de soignants qui interpellent les étudiants

C'est aussi en observant des comportements de soignants que les étudiants peuvent ressentir un malaise éthique. Bien que souvent certains soignants aient fait office de modèles tant sur le plan médical que relationnel, tous les externes ont rapporté aussi des conduites de soignants qu'ils ont perçus comme maltraitants, offrant dès lors un contre-modèle.

5.1.2.1. L'humour à travers le folklore carabin

En premier lieu, il y a les propos stigmatisants à l'égard de certains patients, notamment dans un contexte psychiatrique. Lisa a exprimé son dérangement lorsque certaines situations sont tournées en dérision. Elle soulève également son aspect banalisé.

« Après c'est la stigmatisation des patients psys, comme il y en avait beaucoup dans le service. Mais ça après, c'est comme dans tous les services je pense. Où les chefs rigolent entre eux, où les infirmières rigolent entre eux... Je trouve ça moyen quand c'est des patients qui souffrent...et qui se retrouvent avec des fractures partout justement parce qu'ils sont pas équilibrés donc euh... Enfin je sais que c'est courant dans tous les services de rigoler de ça mais je trouvais ça pas...pas terrible. » (Lisa)

Le rire peut-être un moyen de décompresser des situations éprouvantes émotionnellement, une façon de mettre à distance la souffrance des soignants. Ce qui est source de gêne, c'est que les moqueries soient ciblées sur une catégorie de personnes renvoyant à une stigmatisation fréquente des malades mentaux.

Adrien rapproche ainsi ces comportements des traditions carabines autour de l'humour noir :

« [...] je pense que c'est une stratégie de...un mécanisme de défense je sais pas. Mais comme nous tous, étudiants en médecine, quand t'as un peu l'esprit carabin comme moi je l'ai... Je sais pas, comme quand tu chantes tes chansons paillardes à la con en médecine. Non mais ça paraît très con de dire ça mais t'as plein de chansons qui parlent de patients qui crèvent tu vois et...tu as une façon de t'en foutres de la gueule qui fait du bien... » (Adrien)

Cette notion du « folklore carabin » a été développée par E. Godeau dans *L'esprit de corps : sexe et mort dans la formation des internes en médecine* (2007). Ce sont cependant des codes qui commencent à être incorporés dès l'externat en fréquentant le milieu hospitalier et auprès des étudiants plus âgés à travers le « parrainage ».

Noémie a quant à elle une position plus ambivalente sur la question puisqu'elle souligne parfois la nécessité de prendre de la distance sur les situations difficiles à l'hôpital tout en notant l'attitude incorrecte que cela représente :

« [...] je comprends tout à fait que...quand les gens font de l'humour noir sur les patients, quand ils rigolent...de leur maladie, bon, même si c'est pas sympa. » (Noémie)

À nouveau, ce partage des valeurs peut traduire des codes en cours d'acquisition et une éthique qui se construit. L'étudiant se situe entre le malaise que lui suscite ces traditions et la fonction qu'elles occupent dans la construction professionnelle.

- **La mise à distance au patient des traditions carabines véhicule-t-elle une posture indifférenciée chez les soignants nuisant à sa sensibilité en matière de souffrance ?**

5.1.2.2. La mise à distance émotionnelle dans les situations difficiles

Ce malaise peut aussi émerger d'une prise de distance en générale des soignants vis-à-vis des patients et de leur situation.

« Bah je trouve que les chefs, ils sont très détachés, on sent qu'ils font vraiment juste leur métier et qu'ils sont...je dirais pas qu'ils sont en train d'objectiver le patient parce que...parfois ils leur disent, pas toujours, mais parfois ils leur disent « voilà, je vais faire ça », tu vois. Je comprends pas pourquoi parce que ça fait cinq minutes qu'ils sont dans la chambre et ils expliquent pas ce qu'ils font et d'une seul coup, ils disent. Et je pense que c'est peut-être aussi leur manière à eux, tu vois, de garder un lien. Je vois qu'ils sont très à l'aise, enfin, ils ont pas du tout l'air gênés. » (Pauline, réanimation)

Pauline est interpellée par la manière d'interagir de ce soignant, parfois contradictoire. Au début de la situation, l'attitude peut être interprétée comme distanciée du patient avant d'être nuancée. Pour elle, il s'agit aussi d'une attitude professionnelle acceptable puisqu'il s'agit d'une manière d'interagir qui ne semble pas déranger ce médecin. À nouveau, ces questionnements face à des positions contradictoires révèlent une identité professionnelle en cours de construction en assistant à ces situations d'interactions.

- **Une attitude professionnelle distanciée est-elle compatible avec une approche du soin compréhensive et empathique ?**

5.1.2.3. Les comportements culpabilisants et la stigmatisation des patients

D'un autre côté, les étudiants ont aussi remarqué des soignants dans un modèle d'interaction considéré comme « paternaliste ». Le médecin se pose comme le sachant vis-à-vis d'un patient dans une position inférieure et vulnérable, qui n'a pas de poids dans les décisions de sa santé.

« Bah moi en consult', je trouve que des fois...bah c'est toujours des chefs que j'aime pas mais...il a une façon un peu indirecte de donner des leçons et d'expliquer aux gens qu'ils font pas les choses bien qui est quand même assez désagréable ». (Alix)

Cette position ne rentre pas tout à fait dans le cadre d'un modèle d'interaction paternaliste. Il s'agit du médecin qui édifie le savoir médical comme savoir suprême, niant par la même occasion le savoir du patient. Cette opposition est d'autant plus remarquable et dérangeante pour l'étudiant qu'il est encore en cours d'apprentissage de ces connaissances. Sans pour autant les remettre en cause, n'ayant pas toutes les informations sur le versant médical, il peut être davantage en mesure de prendre en compte d'autres sources de savoir.

En revanche, les attitudes des soignants peuvent traduire des comportements ouvertement culpabilisants comme le raconte Noémie auprès d'un patient dépendant à l'alcool. Souffrant de troubles cognitifs liés à sa maladie, il ne prenait pas ses traitements pour les complications liés à sa maladie.

« En gros il l'a culpabilisé...enfin, dans le sens, il avait raison, pour le foie par exemple, le patient a refusé de prendre ses traitements...Et d'un côté c'était un peu de sa faute si son foie était en train d'être flingué mais euh...mais oui, je trouvais que c'était pas tout à fait professionnel et...pas une manière d'annoncer le truc quoi. » (Noémie, néphrologie)

On remarque à nouveau une opposition entre le point de vue moralisateur du médecin et le regard extérieur de l'externe sur une attitude culpabilisante à l'égard du patient. Ce transfert de représentations (personne en addiction fautive, part de responsabilité individuelle) ici explicite est source de dérangement pour ces étudiants. Il ne faut néanmoins pas oublier la dimension implicite avec laquelle sont véhiculées les représentations de la santé par le corps médical.

➤ **Comment penser la responsabilité face à la stigmatisation des patients en addiction ?**

5.1.2.4. Situations qualifiées de « paternalistes » du point de vue des étudiants

D'autres étudiants ont aussi vécu des situations plus violentes. Par exemple, dans cette anecdote, Lisa passait du temps en service de réanimation auprès d'un patient. Avec des difficultés à s'exprimer, elle lui avait remis une ardoise sur laquelle il traçait ses lettres avec lenteur. Intervient alors un CCA qui souhaite expliquer aux externes une notion médicale sur le corps du patient.

« Et au lieu de nous laisser, d'essayer de comprendre le patient, ses besoins de l'assister parce qu'il était intubé en fait...et c'était horrible... Il a juste re-sédaté le patient « oui oui c'est bon le patient », il lui a remis du *sufentanyl* pour rendormir le patient et nous expliquer son truc. » (Lisa, réanimation polytraumatique)

D'autres situations sont aussi parfois plus fréquentes et plus banalisées, notamment lors des visites des patients avec les chefs de service où il est fréquemment souligné par les étudiants l'attitude incorrecte des médecins. Fréquemment, il leur arrive de discuter des cas devant les patients, en semblant les ignorer, ou en tout cas en ne s'adressant pas à eux.

« [...] parler des patients à la troisième personne devant eux alors que c'est des patients tout à fait conscients [...] ils parlaient d'eux devant eux, c'était hyper violent, et souvent, ils étaient mal après la visite, les patients, fallait les revoir pour euh...pour voir comment ils se sentaient parce qu'en fait ils...enfin c'était horrible la visite dans ce service. Et c'était hyper gênant, enfin, moi je déteste cette situation-là. » (Pauline, MPR)

Cette étudiante souligne cette prise de conscience dans l'attitude vis-à-vis des patients comme ayant un marqué un tournant dans les générations à l'hôpital :

« J'ai l'impression qu'il y a vraiment deux générations très franches de médecins : la génération des PU...euh...un peu âgés, qui sont encore très paternalistes et...vraiment, ils ont été...ils ont été formés comme ça tu vois. Euh...et puis notre génération à nous, où on nous l'a dit dès la P1 qu'il faut pas être paternaliste, et on nous l'a redit en P2, on nous l'a redit en D1 et...moi je trouve que c'est vraiment intégré, tu vois. Et je vois vraiment le bénéfice que ça fait de pas être paternaliste, et le mal que ça fait d'être paternaliste. Et...et je trouve que c'est flagrant. » (Pauline)

On remarque que le terme de « paternalisme » est souvent retrouvé dans le discours pour identifier des situations de maltraitements, sans qu'elles relèvent pour autant d'un tel modèle. C'est donc une notion parfois mal définie qui englobe diverses attitudes de soignants qu'ils rejettent. Cette récurrence sémantique peut être liée au fait que ce concept apparaît très tôt dans les enseignements des étudiants et qu'il est ancré dans leur perception du monde hospitalier. Il peut également s'agir d'une réelle prise de conscience personnelle face à des situations rencontrées à l'hôpital. Cependant, pour certains, leur position n'est pas aussi définie, comme l'a montré leur discours précédent sur les patients inconscients de réanimation. Par exemple, certains ne remettent pas en cause des actes de soin tant qu'ils sont bienfaisants pour le patient, bien que l'absence de consentement soit dérangeante pour eux.

5.1.2.5. La possibilité qu'ont les étudiants de parler de ces situations éthiques difficiles

Souvent, face à ces situations de maltraitance, les étudiants ont dit ne pas avoir osé en parler avec les autres soignants, souvent par peur d'être mal vus par des supérieurs hiérarchiques. Cela peut aussi

porter atteinte à la cohésion de l'équipe et être un moyen de s'auto-exclure. Chez Ondine, après avoir vécu une telle expérience, elle dit :

« Vraiment, après ça, j'y ai repensé, je m'en suis voulue. Je me suis dit « t'es trop con, c'est pas parce que t'es en D1 que tu peux pas ouvrir ta bouche si quelqu'un... » Enfin, t'es quand même capable de voir si quelqu'un va pas bien et...et c'est pas parce qu'il est interne genre, qu'il a la science infuse de... Enfin, t'as une sensibilité...euh...et si si je m'en suis voulue et je me suis même promis que...ça recommencerait pas et c'est pas parce que mon chef ou un mec en face de moi m'impressionne...que je dois laisser des situations où je vois très bien moi, enfin faut que je me fasse plus confiance ... » (Ondine, stage de pré-externat en gynécologie)

- **Quelle possibilité ont les étudiants de parler de situations éthiques difficiles et quels sont les effets de leur non-verbalisation ?**

5.1.2.6. Écart de valeurs entre les étudiants et les soignants

Parfois, ce silence fait l'objet d'un mal-être. Toujours auprès d'Ondine, elle fait part de son ressenti :

« Quand j'aime pas un chef, quand je suis pas à l'aise avec sa façon de faire et tout euh...ça me dérange énormément et ça me met...ça me met pas bien quoi. Genre...je sais pas où me foutre euh...je sais pas quoi faire...enfin, ça m'énerve euh...ça me plait pas. Et j'ai eu de la chance, je suis pas tombée sur...enfin. J'ai eu quelques chefs où j'étais pas d'accord mais la majorité j'étais d'accord mais ça me plait énormément quand on est sur la même longueur d'onde éthique. » (Ondine)

À travers cette expression de « longueur d'onde éthique », elle évoque la dimension relationnelle dans l'interaction avec les autres médecins qui est aussi une composante du bon fonctionnement du soin. Par ailleurs, la « façon de faire » mentionnée par cette étudiante renvoie aussi à une éthique qui s'applique à des décisions et des attitudes en situations concrètes et singulières. Elle résume cet ensemble de comportements à des valeurs partagées ou non et qui lui alors permettent alors de se référer ou non à un soignant.

- **Comment rendre les soins acceptables par tous au sein d'une équipe avec des points de vue et des valeurs en divergence ?**

5.1.3. Les situations identifiées comme « éthiques » selon les étudiants

Les étudiants ont aussi été confrontés à des situations plus facilement identifiées par eux d'un point de vue éthique.

5.1.3.1. Décisions médicales en fin de vie et rapport à la mort

Certaines sont inhérentes à l'exercice de la médecine et aux activités dans les services. C'est le cas dans les services de réanimation où se procèdent des décisions de limitations de soins. Ces questions sont liées au progrès médical qui permet le maintien « artificiel » de la vie et questionne donc les soignants sur leurs représentations et conception de la vie. La question de l'acharnement thérapeutique a été soulevée à plusieurs reprises (chez Cindy et Cassandra), parfois liée à une méconnaissance des enjeux et des procédures de décision chez les étudiants.

Lisa a notamment souligné avoir été marquée par la rapidité avec laquelle sont prises certaines décisions :

« [...] niveau limitation...de soins...bah parfois je trouve ça un peu rapide, un peu choquant...enfin choquant...pas choquant parce que je comprenais pourquoi ils limitaient un patient, pourquoi ils prenaient les décisions qu'ils prenaient... Mais juste quand tu vas voir un patient tous les jours et que...à un moment, on parle de limitation et que ça arrive tellement vite en fait... » (Lisa, réanimation polytraumatique)

Cette identification de « rapidité » peut renvoyer à un décalage entre le rythme de l'organisation du service et le rythme de l'étudiante. En effet, il faut également prendre en compte le temps d'adaptation nécessaire au soignant face à un décès : pour cette étudiante novice, il est sûrement plus long que pour le reste de l'équipe.

Calliope a, quant à elle, fait part d'une de ses interventions en SMUR. Après un long moment à masser un patient en arrêt cardiaque, le réanimateur a fait le choix de ne pas poursuivre les manœuvres du fait de son grand âge. Bien que comprenant la décision, sa rapidité et son absence de collégialité ont marqué cette étudiante.

Ces regards sont aussi liés au rapport à la mort des étudiants. Pour beaucoup, ils y sont directement confrontés pour la première fois à l'hôpital. Ainsi, bien que ce soit un élément omniprésent à l'hôpital, sa banalité a souvent interpellé les externes lors de leurs premiers stages.

On remarque alors la variété des mots posés sur leurs premières impressions face au décès d'un patient :

« J'ai eu une fois un patient qu'on a extubé...et une fois une patiente qui a fait un arrêt cardiaque, qui allait très bien le matin, qui a fait un arrêt cardiaque l'après-midi. Et le lendemain

matin, je vais m'occuper d'elle et je vois que la chambre est vide...et ça m'a fait bizarre. » (Lisa, réanimation polytraumatique)

Pour cet étudiant, utiliser un langage cru renvoie à la violence de l'événement :

« les patients qui crèvent » (Adrien)

À propos d'une autre patiente décédée :

« Donc j'avais fait deux fois son entrée, je l'avais suivie quand même pas mal de temps, et c'était un peu chiant. » (Adrien, médecine interne)

Il existe plusieurs situations de confrontation à la mort du patient. D'une part en direct, de manière frontale et brutale, qu'elle soit anticipée (en soins palliatifs par exemple) ou non (en réanimation, dans un contexte d'urgence). D'autre part indirectement, face au lit vide. C'est souvent ce dernier cas que rencontrent les étudiants, n'étant pas présent en permanence dans le service. Ils sont renvoyés à un vide, une solitude auxquels ils ne s'attendaient pas en entrant dans la chambre et les rend mal à l'aise.

Un autre rapport à la mort se fait de manière indirecte. Ondine raconte une consultation de gynécologie avec une patiente qui venait de faire une fausse couche.

« Et en gros...on avait l'impression qu'elle supportait...enfin, c'est un peu affreux mais...très bien sa fausse-couche, enfin elle donnait bien le change et d'un coup, elle a explosé et... Et moi je sentais que l'interne...enfin, il lui avait dit de se déshabiller, sur le fauteuil à côté mais elle le voyait pas et il dit « bah là » et il continuait de taper sur son ordi et en fait, elle a complètement dégoupillé, elle s'est mise à pleurer, elle a dit « je viens de faire une fausse couche enfin, c'est comme ça que vous me parlez et tout ». On s'est excusés, on est sortis. [...] Il était...il a eu le bon comportement après coup. Mais sur le coup, pas du tout. Et il m'a demandé s'il trouvait qu'il avait poussé. J'ai dit « un peu » [rires]. » (Ondine, stage de pré-externat en gynécologie)

Contrairement à d'autres situations de soins, on remarque que la mort (ici indirectement) demeure un événement traumatisant et peut continuer d'interroger les soignants dans leur attitude. Dans ce cas, l'étudiant peut servir de relais à identifier des comportements susceptibles de heurter les patients et permettre de prendre du recul aux médecins.

Face à situations de fin de vie, un élément central dans les questions des étudiants est la notion du temps. La temporalité des étudiants est souvent différente de celle des autres soignants. Il existe également une temporalité d'ordre psychique dans l'acceptation de la mort, comme une expérience

émotionnellement forte. Ainsi, les expériences rapportées face à la mort, comme les questions soulevées, ne relèvent pas toujours de l'éthique.

L'emploi du temps de l'externe est partagé entre l'hôpital et l'université où il a ses cours. Sa présence est donc en pointillés. N'étant présent qu'une partie de la journée, il vit un rythme différent du service. Il ne voit les patients que dans certains moments de leur journée. Il manque alors certains moments essentiels qui peuvent expliquer des décisions et l'évolution des situations. Par exemple, il ne rencontre généralement pas la famille dont les visites ont souvent lieu l'après-midi. Contrairement aux autres soignants, il ne baigne pas en permanence dans l'ambiance du service mais il est partagé entre ces deux milieux. Cela peut être à l'origine pour certains de difficultés à trouver leur place au sein de l'équipe. Chaque jour, l'étudiant doit se réadapter aux évolutions du service sans forcément avoir un moment pour échanger et débriefing avec les autres soignants.

Entre chaque rotation d'équipe, il existe les « transmissions » entre personnels paramédicaux d'une part et d'autre part entre infirmiers et médecins. Ils échangent brièvement sur l'évolution de l'état général de chaque patient ou toute donnée pertinente pour l'équipe de soins (modification de traitement, examens à réaliser, ...) L'étudiant peut y assister mais, en retrait, il peut manquer certaines informations, ce qui nuit à une bonne compréhension de la situation et en biaise la perception.

➤ **Comment articuler la temporalité de l'étudiant avec celle du service et des autres soignants pour une meilleure compréhension des enjeux éthiques ?**

D'autre part, dans ces moments, le détachement des soignants est à nouveau souvent relevé :

« [...] l'interne a un détachement envers les patients qui crèvent...ce qui est un peu choquant parfois. T'arrives le matin et tu fais « qu'est-ce qu'il arrive avec celui-là ? », « ah bah il est mort ». Bah ok, super quoi, yes. C'est un peu ça... Et en même temps je les comprends... Tu ne peux pas dire que la mort du patient ne t'impacte pas, faut être soit très faux-cul, soit t'es un sociopathe. » (Adrien)

Ce recul est aussi perçu à l'échelle du service et de son fonctionnement où les décès font partie du quotidien, ce qui interpelle Cassandra :

« Par exemple un patient qu'on sait qui va mourir, qui a pas de famille, euh, il est pas religieux du tout donc on n'appellera pas l'aumônier...il va juste mourir tout seul dans sa chambre tu vois, et tout se continue...tranquillement... » (Cassandra)

- **Avec l'expérience, comment se vit l'épreuve de la mort du patient ? Existe-t-il une perte de sensibilité chez les soignants ?**

5.1.3.2. La transplantation d'organe

D'autres situations, plus inédites, peuvent aussi faire naître des émotions contradictoires chez l'étudiant qu'il questionne *a posteriori*. Pour illustrer, Lisa rapporte son expérience d'un prélèvement d'organe sur un patient en état de mort encéphalique :

« Et moi j'étais juste hyper contente d'aller au bloc, d'aller voir un cœur prélevé mais tu vois c'est bizarre, où tu te dis « je suis excitée » parce que tu vas voir un organe enlevé d'un corps mais en même temps, t'as la famille parce qu'en fait, bah c'était une personne à la base... Donc tu te poses des questions un peu euh...bizarres... « pourquoi je suis contente »...enfin...voilà [rires] » (Lisa, garde en réanimation)

Ici, les questionnements s'articulent autour de la symbolique forte d'un don d'organe, comme acte de solidarité, auquel s'ajoute le vécu du décès, deux moments émotionnellement forts pour les proches comme les soignants. Le deuil se heurte alors à l'excitation de la prouesse technique médicale.

- **Comment parvenir à une attitude professionnelle et adaptée lors d'un prélèvement d'organes, moment à la fois de performance technique et de deuil pour la famille ?**

5.1.3.3. Utilisation du langage médical

Certains externes ont souligné leur vigilance quant au langage médical employé avec le patient, parfois source d'incompréhensions. N'ayant pas encore pleinement intégré ce vocabulaire, ils sont encore à distance de ce langage technique et remarquent plus facilement les problèmes d'interprétations engendrés. Au contraire des autres soignants, les étudiants ont un vocabulaire partagé entre le médical et le profane et sont parfois conscients de l'écart entre les deux.

« Moi je suis hyper touchée, enfin je remarque énormément les...le vocabulaire médical. Genre les patients, ils remarquent vraiment rien. Ils savent pas ce que c'est « coaguler », ils savent pas ce que c'est « vasculariser », enfin, ils comprennent rien. Et il y a beaucoup de médecins qui, malheureusement, ils oublient. [...] On a vraiment une façon de parler... On s'en rend compte dans nos mots d'évolution. [...] Bah déjà, ça a beaucoup changé entre la d1 et la d2 hein. On parle vraiment des patients avec des mots beaucoup plus rigoureux, beaucoup plus médicaux. Si je parlais comme ça avec mes parents, ils comprendraient rien, genre c'est évident. » (Alix)

Nous remarquons ici que les questionnements des étudiants se placent dans un contexte personnel, comme mentionné ici avec l'évocation des parents. Selon la présence ou non de professionnels de santé parmi leurs proches, ces étudiants peuvent être plus facilement interpellés par l'emploi de ce langage. En ayant au contraire côtoyé des médecins, les termes techniques peuvent apparaître comme davantage familiers et être plus facilement intégrés. La prise de conscience des difficultés de compréhensions pourrait être plus forte chez ceux qui ont été moins familiers du vocabulaire médical dans leur passé. L'éthique professionnelle pourrait alors renvoyer non seulement à des expériences mais aussi à une trajectoire sociale.

Néanmoins, pour ces étudiants, l'emploi du vocabulaire médical est aussi synonyme de rigueur : il est ainsi tout de même valorisé entre soignants car permet de s'intégrer à l'équipe et au milieu hospitalier. Il fait partie des « codes » médicaux pour se comprendre entre professionnels mais aussi face au patient, en donnant une certaine crédibilité scientifique. Le langage médical participe donc également à la construction d'une identité professionnelle chez ces étudiants.

- **L'incorporation du vocabulaire technique médical qui permet à l'étudiant de s'affirmer dans le milieu médical n'est-elle pas aussi à l'origine d'incompréhensions face au patient ?**

5.1.4. Identification d'un besoin d'encadrement à l'hôpital

D'autre part, il existe des situations éthiques liées à l'étudiant et à son statut à l'hôpital.

Nous avons déjà évoqué plus tôt de telles problématiques en rapport avec le statut de l'étudiant au lit du patient. Il se questionne notamment sur sa légitimité et son utilité à soigner et si cela est compatible avec sa formation. Ces doutes ont des conséquences sur le soin, par exemple avec à des examens parfois écourtés ou reportés. Pour y remédier, l'étudiant a besoin de repères et d'un encadrement qui n'est pas parfois pas suffisamment important pour qu'il se sente en confiance dans leurs actes.

Calliope met en cause l'organisation du service et souvent le manque de disponibilité des encadrants. Les étudiants se sentent livrés à eux-mêmes, parfois abandonnés et ont peur de passer à côté de certains éléments importants, ce qui est source d'inquiétude voire de mal-être. Cette étudiante a par exemple réalisé ses premières consultations seules, sans retour du médecin a posteriori :

« Donc oui, beaucoup de stress, surtout pour les...pour l'examen clinique où j'étais en mode « je palpe le ventre » mais ça se trouve y'a des trucs pas normaux je sais pas tu vois [rires]. Et ça c'était encore plus stressant comme j'étais seule pour la consult...d'être tout seule, de devoir

examiner, de dire « bon bah, peut-être qu'il y a un truc qui va pas » donc je vais essayer de décrire ça quand je vais voir le chef après mais comme le chef voit pas le patient...bon...c'est un peu...c'était un peu Bagdad l'histoire. » (Calliope, onco-hépatologie)

Cela est aussi particulièrement visible lors de la réalisation des premiers gestes techniques, comme ici avec les sutures :

« J'ai eu super peur parce qu'on m'a dit « tu peux le faire » et personne m'encadrait » (Juliette, garde aux urgences)

Ce sentiment de manque peut-être lié à divers éléments. D'une part, l'absence d'encadrement peut être liée au manque de disponibilité des autres soignants ou au sein d'un service organisé de cette manière. D'autre part, le soignant peut être pleinement conscient d'avoir conféré ces missions à l'étudiant qui, malgré cette confiance, ressent des doutes dans ses capacités. Bien qu'en tant qu'apprenant leur responsabilité ne soit pas engagée, beaucoup ont peur de blesser, d'infliger de la douleur, de nuire au patient.

« la peur de faire mal, elle arrive assez souvent » (Calliope)

Malgré ces réticences et parfois une absence totale d'encadrement, aucun des étudiants dans ce cas de figure n'a jamais émis une opposition franche à la réalisation d'une de ses missions. L'investissement peut toutefois varier d'un étudiant à l'autre. Dans le cas d'Alix, elle cherchait à effectuer le plus de gestes techniques possible, en demandant aux différents soignants. D'autres au contraire ont parfois eu recours à des attitudes d'évitement, comme l'une des étudiantes qui a arrêté de voir l'un de ses patients. Plusieurs raisons peuvent être avancées, notamment la crainte de se voir dévalorisé aux yeux de l'équipe. L'évaluation en fin de stage peut aussi entrer en jeu concernant la volonté de l'étudiant de prouver sa volonté et ses capacités.

Cela nécessite aussi un temps d'adaptation au service qui leur semble nuire à une bonne continuité et qualité des soins. Pour Calliope, à chaque changement d'externe :

« [...] il y a quand même une différence de niveau. Pour le service, ça se sent parce qu'il faut reformer les externes etc. au protocole » (Calliope, onco-hépatologie)

Adrien rapporte le caractère dangereux que peut représenter le manque d'encadrement des étudiants.

« Au SAU, t'es ultra autonome, mais genre ultra, beaucoup trop. T'as des SAU où t'es autonome, un peu encadré et t'as l'USC⁵ X où globalement t'es autonome à la limite...du danger pour autrui, ce qui me scandalise. » (Adrien, garde aux urgences)

Il évoque notamment des moments aux urgences où il s'est retrouvé sans chef, parfois à voir des patients et les laisser sortir sans qu'ils aient été revus par un médecin senior. Chez Ondine, il s'agit d'une situation où elle se retrouve seule dans le service, en l'absence de médecins, face à un patient en train de convulser. Impuissante, elle finit par parvenir à appeler un chef avant de raconter après coup :

« Je pense que j'étais un peu en colère...que personne se soit soucié de comment j'allais...de...du système qui fait qu'on laisse une meuf qui sait pas faire... » (Ondine, néphrologie)

Chez ces étudiants, la peur ressentie durant ces moments se transforme alors en colère en direction d'un système qui ne permet pas un encadrement suffisant de ses externes. En l'absence de médecin pour les guider, ils ont parfois l'impression d'endosser l'entière responsabilité des actes qu'ils entreprennent. Ils ont alors la sensation d'être un danger pour les patients, ce qui s'ajoute à leurs incertitudes dans leurs soins.

- **Comment accorder la prise d'autonomie et le besoin d'encadrement chez les étudiants ? Quels sont les risques pour le patient ?**

5.1.5. L'information au patient par l'étudiant

5.1.5.1. Des connaissances médicales limitées

Dans leurs interactions avec les patients, les étudiants font régulièrement face aux limites de leurs connaissances médicales et de leur niveau d'information quant au dossier.

Par exemple, dans le cas d'un diagnostic grave comme celui d'un cancer, l'étudiant ne connaît pas toujours le niveau d'information du patient sur son état de santé.

« Je pense que je le faisais aussi avant mais je fais attention à...avant de dire quelque chose au patient sur des trucs un peu graves...à savoir que ça a déjà été annoncé. Après, je pense que ça a déjà été fait avant parce que c'est un truc qu'on lui dit...ouais faut pas que ce soit un externe qui annonce qu'il a un cancer quoi. » (Noémie, néphrologie)

⁵ USC : Unité de Soins Continus

Cela renvoie à la différence de temporalité de l'externe qui n'est pas toujours présent et peut donc manquer des informations. Ces difficultés émergent aussi en fonction du niveau de transmission des informations au sein de l'équipe médicale. Cette affirmation de l'étudiante marque aussi la conscience des limites du rôle de l'externe, en ce qui concerne une annonce de diagnostic. Toutefois, l'attribution des missions aux externes ne constitue pas une forme de désengagement sur eux. A l'inverse, l'évitement des étudiants ne marque pas un manque de responsabilité mais un décalage entre leurs appréhensions et les exigences qui rendent impossible le soin.

Les étudiants possèdent parfois leurs manières pour se dégager de certaines situations :

« La phrase classique de « oh bah je sais pas moi, vous savez, je suis étudiant, je veux pas dire de bêtise, vous redemanderez au chef ». Ça je le...on le faisait souvent. » (Adrien)

Dans ce cas, l'étudiant n'expose pas toujours son impossibilité à répondre aux attentes du patient mais transfère la responsabilité de l'annoncer vers un autre soignant.

➤ **Comment permettre une information satisfaisante au patient malgré des connaissances et une expérience limitées ?**

Par méconnaissance de la procédure d'annonce, par exemple en oncologie, une autre étudiante a perçu ce moment comme de la dissimulation. Dans ce cas, l'étudiant a d'autant plus l'impression de se sentir en retrait vis-à-vis de l'équipe en n'étant pas pleinement informé.

« Ouais, ils faisaient un peu de la rétention d'information je trouvais avec les patients. Je pense que...enfin les cancers tu sais, tu fais des annonces, tu les prépares un peu mais du coup, il y avait pas des super transmissions là-dessus, enfin avec les externes surtout. Et moi je savais jamais s'ils étaient au courant qu'ils avaient un cancer ou pas...donc je disais rien. [...] Ça m'a dérangée énormément. Parce qu'à la fin, je comprenais que c'était dans une logique de...préparer le terrain, qu'ils faisaient ça de manière humaine et que c'était pas ne pas lui dire pour ne pas lui dire. Au début, j'étais un peu paumée » (Ondine, gastro-entérologie)

Par ailleurs, les étudiants se voient adressées des questions médicales (concernant la maladie ou le traitement) auxquelles ils n'ont pas la réponse. Cela peut être une source de frustration qui, à nouveau, les confronte à leurs doutes et renforcent le sentiment d'inutilité mentionné plus tôt.

« Et en fait, on sait pas répondre parce qu'on a pas toutes les connaissances, l'interne est pas là... « Euh, bah je vais demander à l'interne... ». C'est un peu compliqué... » (Lisa)

Dans ce cas, il est fréquent que l'étudiant doive faire le relais de l'information entre le patient et le médecin. S'instaure alors une relation triangulaire avec le patient.

« Parfois je redemandais aux internes après, si c'est pas dans mes compétences, je dis « je sais pas, je vais demander à l'interne », voilà. » (Pauline)

Au contraire, d'autres étudiants ont parfois peur que leur manque de connaissances nuise à leur dynamique relationnelle et la confiance instaurée auprès du patient. Ils ont la sensation de perdre en crédibilité. Dans ce cas, ils essaient de masquer leur méconnaissance, soit concernant le diagnostic, soit lors de questions du patient demandant des explications sur sa maladie, son traitement :

« Au début, j'étais complètement perdue. Parfois, les patients, ils posaient des questions et moi j'étais en mode...bah, je cherche sur Internet, pendant que je discutais. « Oui, vous prenez ça comme traitement, d'accord », hop, internet, « ah oui, je vois, parfait ! » [rires]. » (Calliope, onco-hépatologie)

Pour Calliope, l'information en ligne peut aussi se révéler plus accessible par rapport aux médecins souvent débordés du service. Internet peut aussi être utilisé pour avoir accès rapidement à certaines informations considérées comme mineures, comme ici les indications d'un traitement. Il est possible que les étudiants privilégient cet outil pour ce genre de recherche mais s'adressent aux médecins pour des explications plus avancées.

- **Les connaissances médicales limitées des étudiants nuisent-elles aux interactions avec le patient et à la construction d'une relation de soin ?**

5.1.5.2. La confrontation à l'incertitude médicale

Enfin, les problématiques des étudiants en matière d'information sont aussi liées à l'incertitude médicale en elle-même. Inhérente à la médecine, elle renvoie à l'incapacité à répondre à certaines questions, en lien avec un pronostic, l'efficacité d'un traitement. Dans ce cas, le soignant ne peut avancer que des hypothèses, basées sur des statistiques, sans pouvoir affirmer avec certitude.

« quand des patients...posent des questions très en détail sur euh...leur futur, leur pronostic »
(Lisa)

Les étudiants découvrent alors les limites du savoir médical et touchent à l'incertitude qui les suivra tout au long de leur carrière professionnelle. Elle vient s'ajouter aux autres situations de

questionnements mentionnés plus tôt, laissant les étudiants d'autant plus démunis qu'ils ne peuvent pas toujours compter sur la réponse d'un supérieur.

Face à ces demandes de patients, les étudiants se sont interrogés sur la raison pour laquelle elles leur étaient adressées, et non aux autres médecins.

Il existe aussi les interrogations par rapport aux questions posées par les patients à destination des étudiants et non des médecins. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées, sur lesquelles nous reviendront dans la partie « Patient-étudiant : une relation privilégiée ? ».

« Je pense qu'ils osent plus nous poser les questions, parce que notre statut, il est un peu flou tu vois. Genre déjà, « externe », ils savent pas ce que ça veut dire donc moi je me présente toujours en tant qu'étudiante. Et euh...et même...si en général, quand même ils captent. Mais je pense qu'ils osent plus nous poser certaines questions qu'ils oseraient pas poser [...] »
(Pauline)

En effet, nous avons mentionné plus tôt que les étudiants peuvent représenter des interlocuteurs privilégiés pour les patients. Ils sont plus souvent présents et, du fait de leur statut (étudiant et jeune adulte), peuvent apparaître plus accessibles. Ils ont ainsi accès à certaines informations mais, à l'inverse, peuvent faire l'objet d'une plus grande agressivité des patients. Cette disparité de réactions est alors à replacer dans un contexte et en fonction du profil du patient.

➤ **Le statut de l'étudiant permet-il une communication facilitée auprès du patient ?**

5.1.5.3. Un double rôle d'apprentissage et de soin à l'origine d'un sentiment d'illégitimité

À ce stade, nous remarquons que la sensation d'illégitimité des étudiants à travers ces situations traverse nombre des questionnements formulés. Il incarne parfois même un réel malaise permanent chez Ondine qui raconte :

« Au début, je me dérangeais moi-même en fait. Je m'étais rendue compte que j'étais pas du tout bien parce que...ouais, j'avais l'impression de...je sais même pas si c'est un imposteur mais...une menteuse. De pas tout dire quoi. Je sais pas. Comme si c'était une pièce de théâtre et que je jouais...un demi-rôle...qui sert pas à grand-chose. » (Ondine)

« [...] Si j'ai pas les connaissances je vais voir [le patient] pour le voir et que je sers à rien et je me sens pas légitime d'être là et je me sens un peu comme une voyeuse quoi. » (Ondine)

En effet, la sensation d'inutilité des étudiants est un élément redondant des entretiens, notamment lorsque les étudiants estiment ne pas avoir les connaissances nécessaires pour soigner. À l'inverse, en gagnant en savoir, ils se sentent davantage légitimes et plus en confiance auprès des patients.

« [...] je pense que c'est juste un gain d'assurance. De un, un gain d'assurance et de deux, je connaît quand même beaucoup plus de trucs » (Adrien)

« Parce que j'ai plus d'assurance en fait. Je suis plus calme...je pense qu'au fil du temps, bah en fait, on a des connaissances donc on peut un peu plus expliquer les trucs importants. Donc...bah ça se ressent et...et du coup, ça change la relation. Ça la solidifie, ça la fortifie...enfin...on sent que ça devient plus médical. » (Juliette)

En revanche, pour d'autres, il est légitime et normal d'associer les deux et n'hésitent pas à en parler au patient, notamment lors des premières réalisations de gestes techniques :

« Parfois quand il y en a qui ont [des gaz du sang] très souvent, je leur dis « hésitez vraiment pas à me guider parce que euh, je suis là pour apprendre et comme ça on apprendra tous les deux ». Ça peut être assez sympathique. Et euh, enfin, je leur disais toujours que j'étais étudiante mais que, vraiment si je...s'ils étaient un peu mal à l'aise par rapport à ça, il y a pas de souci, je pouvais laisser une infirmière le faire. » (Cindy)

Une telle attitude peut aussi être rapprochée de la représentation du consentement chez ces étudiants, rapportée plus tôt. Parfois source d'inconfort, en explicitant ouvertement sa position d'apprenant, cette externe parvient à se débarrasser de ces doutes en impliquant le patient. Il s'agit d'appuyer l'approbation du patient en le faisant participer au soin mais aussi à l'apprentissage de l'étudiant.

Pour d'autres cependant, cet avis est plus nuancé et le rôle de l'externe est parfois simplement d'assurer une écoute.

« En plus, comme t'as pas de connaissances médicales, tu tapes juste la discut et parfois ça va très bien. » (Adrien)

« Franchement, je comprends que c'est important quand t'es en consultation, quand t'es PUPH, quand t'as 15min chrono, quand t'as déjà une heure de retard dans tes consults, oui, tu peux pas les laisser parler. Mais franchement quand t'es externe, tu passes un meilleur moment, s'ils parlent dans le sens qu'ils veulent tu vois ». (Alix)

À nouveau, cela fait référence aux questionnements des étudiants concernant leur rôle à l'hôpital, en débit de leur expérience et savoir limités. Les interactions verbales qui ne sont pas proprement

médicales peuvent aussi représenter un moyen pour les étudiants de trouver leur place parmi les soignants. Conscients de leurs limites, ils ne cherchent pas à se substituer au médecin mais parviennent à trouver leur rôle au sein de l'équipe. C'est ainsi pour eux une façon de gagner en légitimité.

➤ **Les rôles d'apprentissage et de soin de l'externe sont-ils contradictoires ?**

5.1.6. Synthèse des principales questions des étudiants

À ce stade, nous avons remarqué deux principales catégories de questionnements issus des expériences et des vécus des étudiants durant leurs stages.

Une partie d'entre eux sont liés à leur place d'étudiant. Dès le départ, ils s'interrogent sur leurs pratiques dans les interactions avec les patients. Reviennent alors les notions d'information, de consentement ou d'incertitude, parfois associés à des situations particulières (patient inconscient en réanimation, patient non compliant, etc.). Ces problématiques renvoient également aux doutes et appréhensions qu'ils ont quant à leur rôle à l'hôpital et leur légitimité à soigner, du fait de leur manque d'expérience et leurs connaissances limitées. Ils relèvent parfois des difficultés à concilier ces missions avec leur apprentissage en cours. Malgré cela, nous avons remarqué qu'à travers ces expériences, et parfois l'évolution de leur attitude, une construction professionnelle en cours.

D'autre part, les questionnements des étudiants proviennent de pratiques observées desquelles ils tirent des leçons pour leur futur. Avec un œil neuf sur le milieu hospitalier, ils sont parfois interpellés par certains actes, pourtant habituels et banalisés par les autres soignants (utilisation du vocabulaire technique médical par exemple). À l'inverse, tous gardent en mémoire des situations où l'attitude des soignants leur a été exemplaire dans leur formation et dans la construction de leur identité à l'hôpital. Ils sont également marqués par les situations singulières qui interrogent chaque soignant et qui les accompagneront tout au long de leur vie professionnelle (situations de fin de vie). Parfois, l'expérience de ces moments crée un conflit de valeur chez ces étudiants : ils sont alors partagés entre leurs représentations des attentes du patient et les pratiques observées.

Au final, nous observons que ces problématiques éthiques relient les étudiants à la fois avec les patients mais aussi les soignants. Pour les premiers, ils s'interrogent sur comment placer la « juste distance » dans le soin tandis qu'avec les seconds, il cherche sa place pour s'intégrer au sein de l'équipe médicale. C'est une relation triangulaire qui commencent à se construire afin de concilier au mieux leur rôle de soignant et d'apprenant.

5.1.7. Attitude face à ces situations

Face à ces situations de questionnements éthiques vécues ou observées, les étudiants ont pu en tirer des conclusions afin d'orienter leur pratique actuelle et future. Ils sont nombreux à avoir rapporté être plus attentifs à leurs propres interactions vis-à-vis des patients :

« J'avoue que...j'espère que je ferais jamais ça. Ouais je...disons que je fais hyper attention... »
(Noémie)

Toutefois, ce sont des positions qui demeurent à nuancer. Comme nous l'avons remarqué plus tôt, leurs attitudes et leurs positions face à certaines situations sont encore évolutives et susceptibles de se modifier au gré de leurs futures expériences.

Ils ont également rapporté de nombreux modèles vertueux de soignants qui les ont permis de mieux appréhender ces situations ou de se préparer dans leurs interactions avec les patients.

« ... les premières interactions que j'ai eues c'était une visite avec le chef...avec Thibault⁶ justement, c'était trop bien. C'était une visite qui était incroyable parce que ce chef en l'occurrence a une relation incroyable avec le patient qui est...génialissime. Je pense que si je veux être médecin plus tard, c'est...c'est dingue. Le mec arrive, il a une connaissance de dingue, mais en plus il a un...je sais pas, il a un tact, une compréhension mais en même temps une distance qui était très bien passée. » (Adrien)

Dans ce modèle, nous remarquons l'importance pour cet étudiant d'une alliance entre les compétences médicales et relationnelles permettant à l'étudiant de le guider dans sa formation qui n'est pas purement technique.

D'autres étudiants sont plutôt dans un rapport immédiat à leur pratique et en tirent des conséquences immédiates. Par exemple, ils parlent d'une hausse de leur « empathie » suite à ces moments de maltraitance :

« Je pense que j'ai eu quand même un rebond d'empathie pour ce que les patients vivent quand même à ce moment-là » (Cindy)

⁶ Le prénom a été modifié.

« Ton empathie elle augmente forcément parce que t'as vu certaines pratiques maltraitantes donc tu fais plus attention au patient et t'évites de les mettre dans des situations comme ça. »
(Lisa)

Soulignons cependant que l'utilisation de cette notion d'empathie est soumise à leurs représentations variables. Tout comme le paternalisme, c'est un concept qu'ils ont abordé en cours les années précédentes et qui est parfois ancré dans leur vocabulaire. Il aurait été intéressant d'approfondir cette vision afin de questionner les étudiants s'ils en tirent un bénéfice ou non de ce « rebond d'empathie ».

5.2. Étudiant – patient : une relation privilégiée ?

Les problématiques relevées par les étudiants ont souvent été en lien avec leur statut d'apprenant à l'hôpital, conscients que cela fait d'eux des soignants (car ils participent aux soins) distincts des autres professionnels. Pour eux, cela a un impact sur leurs interactions. Certains d'entre eux s'interrogent sur le sens qu'ils donnent à leur présence auprès des patients et à leurs soins.

Par exemple, nombre d'entre eux ont relevé la question de l'information vis-à-vis des patients, parfois privilégiée. Plusieurs hypothèses ont été avancées :

- L'étudiant est perçu comme disponible puisqu'il suit le patient chaque jour et peut s'entretenir plus longuement
- De par son statut d'étudiant et son profil (plus jeune, moins expérimenté), il peut apparaître comme plus accessible

Cela renvoie alors à la part sociologique dans la dynamique interactionnelle avec le patient. Il existe souvent une différence sociale entre médecin et patient et ce dernier peut ne pas se sentir apte à poser certaines questions, qu'il renvoie alors à l'externe. Cette facilité à interroger le médecin dépend fortement du milieu socio-culturel du patient (Fainzang, 2006). Il peut craindre que ses demandes d'information fassent l'objet d'un mépris du médecin et mettent ainsi en place des stratégies pour avoir accès à l'information (par exemple, poser une même question à différentes personnes). L'étudiant peut dans ce cas servir de relais pour expliciter certaines informations et situations échappant à l'équipe, comme une situation que nous avons décrite avec l'entretien d'Alix.

Il a ainsi été demandé aux étudiants s'ils estimaient que leur statut permettait une relation privilégiée avec les patients à l'hôpital. À nouveau, leurs points de vue divergent.

D'un côté, certains estiment avoir construit une meilleure dynamique relationnelle avec le patient. Du fait de cette disponibilité et accessibilité mentionnée plus haut, l'étudiant peut davantage échanger oralement le patient et percevoir certains signes lorsqu'il est en position d'observateur (lors des visites,

en consultation). Avec des connaissances médicales encore limitées, il peut être davantage réceptif à certains points, moins techniques mais aussi importants dans le soin. De plus, leur présence sur le moins long terme et leur rôle d'apprenti-soignant crée une relation à part, qualifiée de « plus intense ». Le médecin quant à lui aura accès à certains aspects du patient, plus médicaux, à travers un suivi souvent plus long.

C'est ainsi que l'étudiant représente un entre-deux au sein de l'équipe : il possède une blouse blanche et il est donc identifié comme un soignant aux yeux des patients. Le statut est d'autant plus flou pour certains d'entre eux qui considèrent toutes ces personnes en blouses comme des médecins. En effet, certains patients ont rarement identifié les différents statuts à l'hôpital (PU-PH, CCA, interne, externe) et ne cherchent pas forcément à y avoir accès. Toutefois, au fil du temps, le patient peut se familiariser avec les différences hiérarchiques en remarquant que l'étudiant a moins de connaissances médicales, un langage technique moins poussé. Il peut aussi observer les interactions entre médecins et étudiants (hiérarchie) qui impactent sa perception et sa relation en l'étudiant : lui donner moins de crédit et de légitimité ou au contraire faciliter les échanges.

5.3. Représentation de l'éthique

Face à cette diversité de situations identifiées (ou non) comme éthiques par les étudiants mais en tous cas perçues comme posant question et dignes d'être relatées, nous les avons interrogés sur leur représentation de l'éthique.

« C'est une limite à pas franchir, y'a une question de...c'est peut-être une perte de chance pour l'humain derrière... » (Alix)

Au vu de ce qu'en dit cet étudiant, l'éthique apparaît comme un concept flou et peu concret pour les étudiants. Dans cette conceptualisation, « une limite à pas franchir », l'éthique apparaît comme une borne aux pratiques et se rencontre alors quand l'acceptable atteint ses limites. Toutefois, cela ne dit rien de ce qui est acceptable ou non, ce qui dépendrait des situations et des sensibilités. Cela pourrait expliquer la grande diversité de situations perçues comme étant de la maltraitance, relatées plus tôt par les étudiants.

D'autres avaient en tête une définition d'une question éthique comme une situation soumise à plusieurs options.

« ... une situation qui pourrait entraîner deux prises en charge différentes » (Juliette)

« ... il y aurait plusieurs méthodes de...plusieurs façons de faire. Qu'il y en aurait aucune qui serait vraiment mauvaise, qu'il y en aurait aucune qui serait vraiment idéale... »
(Pauline)

Ces étudiants sont alors conscients de la notion de conflit de valeurs et d'opinions que peuvent entraîner ces dilemmes éthiques. Ils ont ainsi en tête des situations précises, souvent en lien avec la fin de vie et dans des services particuliers comme la réanimation. En revanche, des moments plus banals et quotidiens, pourtant source de questionnements également, ne sont pas envisagés d'un point de vue éthique. Ainsi, pour beaucoup, ils n'estiment pas avoir vécu des situations de tels questionnements. N'étant pas encore médecins, cela pourrait s'expliquer parce qu'ils se sentent parfois moins concernés, du fait du peu de responsabilité engagée.

Par exemple, pour Pauline, la question éthique est, à son stade de formation, davantage en retrait par rapport à l'aspect médical :

« [...] dans une situation clinique, tu vois, il y a comment il faut le faire d'un point de vue médical, et il y a comment il faut l'aborder d'un point de vue éthique. Et je trouve que comme je maîtrise pas ce qu'il faut faire d'un point de vue médical, bah j'ai pas le temps de me poser les questions éthiques [...]. » (Pauline)

À nouveau, cela renvoie aux difficultés que connaît l'étudiant avec les enjeux de sa formation (se former, être évalué). Les problématiques éthiques telles qu'il l'envisage sont donc subsidiaires à ce stade de leur cursus et nécessiteraient d'être considérées à part des questions médicales.

5.4. Formation en éthique

5.4.1. Accompagnement en éthique

Enfin, il nous est apparu nécessaire de terminer avec les enjeux autour de la formation en éthique, à commencer par l'accompagnement des étudiants dans ces moments de questionnements ou de vécu difficile. Souvent, les situations qu'ils ont qualifiées de difficiles voire éthiques, ou encore qui ont provoqué un malaise, sont tuées par les étudiants, ou alors seulement discutées entre externes. On peut déplorer la faiblesse du compagnonnage lors des études, mais variable d'un service à l'autre et en fonction de la disponibilité des aînés. Pour eux, en parler aux médecins est souvent lié à la confiance qu'ils leur accordent.

Dans certains cas, les étudiants se sentent aussi plus disposés à parler selon la spécialité exercée qui influe parfois la disponibilité des médecins.

« C'est plutôt parce que c'est des mecs plus âgés et en plus en chir, ils sont...enfin, ils sont hyper occupés et assez impressionnants donc euh [...] Enfin, ils étaient plus imposants, je sais pas comment dire... Après c'est de la chir, c'est du haut niveau. Bah, alors, en maladie infectieuse, ils sont ultra brillants aussi mais il y avait plus une ambiance de famille » (Alix, gastro-entérologie)

Il y a d'une part, la réalité du service (avec des médecins effectivement très occupés) et les représentations qu'on parfois les étudiants face à certaines spécialités : ici, l'exemple de la chirurgie renvoie chez cette personne à une image de technique et d'indisponibilité des médecins. Cette vision impacte alors l'accessibilité que peuvent avoir les soignants à discuter.

À noter également que la mention d'une discussion a toujours été mentionnée comme étant auprès des médecins, plutôt que le reste du personnel soignant (paramédicaux, psychologues, ...). Il est à supposer que ces étudiants se sentent plus proches d'eux par la formation médicale ou par l'âge (en ce qui concerne les internes). Cette proximité est aussi à exploiter dans la mise en place d'un accompagnement en éthique à l'hôpital.

Les entretiens se sont finalement achevés par une discussion sur la formation que les étudiants ont reçu en éthique et leurs perspectives pour de nouveaux enseignements.

5.4.2. Utilité des enseignements théoriques

5.4.2.1. Les concepts marquants en éthique pour ces étudiants

En questionnant les étudiants sur leur formation reçue en éthique, leurs souvenirs sont variables. Néanmoins, tous ont encore en mémoire les cours reçus en première année, avec des principes marquants, notamment concernant le consentement, le paternalisme, ou des questions marquantes comme la fin de vie.

« tout ce dont je me souviens bien, c'est le consentement libre et éclairé, le paternalisme, enfin les grands principes quoi. » (Pauline)

Ces mêmes principes sont effectivement ancrés chez la plupart des étudiants interrogés comme l'indiquent leurs questionnements éthiques. Le consentement ou le paternalisme sont souvent

ressortis des entretiens, avec parfois des interprétations différentes de ces concepts. Nous remarquons donc que ces étudiants ont davantage tiré de ces enseignements une sensibilisation à ces problématiques plutôt qu'une position tranchée et unanime.

5.4.2.2. Retours sur le format et l'organisation des enseignements

Concernant leur avis sur l'utilité et le format de ces cours, il est encore une fois divergeant. Pour certains, ces premiers cours sont perçus comme trop théoriques, peu en lien avec la pratique clinique.

« [...] je pense qu'il y avait beaucoup de choses qui étaient très spécifiques...donc on a pas encore été en situation...et je pense qu'on est aussi très très tôt dans le cycle et que...toutes ces question-là, quand elles arrivent, on les esquive assez vite, parce qu'on sait pas répondre. »
(Lisa)

Chez ce profil d'étudiant, nous remarquons le besoin d'un enseignement dont il pourrait en tirer une application pratique directe. Contrairement aux connaissances médicales, les apports de l'éthique sont parfois flous chez ces étudiants, la plupart sortant à peine du lycée et sans contact avec le milieu hospitalier.

D'autres regrettent parfois un enseignement trop « dogmatique » avec des cours qui durent longtemps et ne laissent que peu de place à la réflexion et la discussion en éthique.

« [...] je trouvais qu'en P1, c'était très dogmatique ce qu'on apprenait, [...] je trouve qu'on nous faisait pas beaucoup réfléchir, après, c'est un peu le but de la p1 mais...euh...mais je trouve que c'était dommage parce que c'est vraiment les bases ce qu'on allait apprendre ensuite en éthique. Et...qu'en fait, on le remettait pas du tout en question. » (Pauline)

Chez Pauline, c'est le format du cours qui est pesant. Elle aimerait davantage s'impliquer dans sa formation en éthique. Cette revendication peut être entendue du fait que l'enseignement médical laisse peu de place à l'étudiant pour discuter et échanger sur les savoirs transmis. Au contraire, l'éthique peut apporter l'opportunité d'amener de la subjectivité et de la réflexion dans la construction du savoir (théorique et pratique) des étudiants.

5.4.2.3. L'application concrète des cours d'éthique en stage

En revanche, d'autres ont estimé cette base de formation utile encore maintenant, afin de poser des repères théoriques, notamment à travers la découverte de concepts abordés plus tôt. Certains sont

aussi satisfaits d'avoir été sensibilisés dès le départ à certaines situations fréquentes en stage. Par exemple, Alix a été interpellée par la fréquence des suspicions de maltraitance infantile à l'hôpital, en lien avec les cours qu'elle a reçus en PACES.

Les cours d'éthiques servent enfin à l'information et les étudiants estiment être rassurés après avoir été mis au clair sur certains points juridiques.

« J'ai trouvé ça très cool parce que comme ça, on est au clair sur la législation et tout » (Ondine)

Ces cours permettent alors également à l'étudiant de cerner des limites claires à ce qui est autorisé ou non et permet de le rassurer dans ses actes. C'est en lien avec ses interrogations sur sa responsabilité dans les soins : bien que des appréhensions, toutefois légitimes, persistent, l'étudiant connaît ainsi ses droits et ses devoirs à l'hôpital. Ces enseignements ont donc un effet non négligeable sur leur formation de soignant à l'hôpital, qui dépasse le cadre médical, vers des actes plus apaisés.

5.4.2.4. Retours sur la temporalité des enseignements

Enfin, la question de la temporalité se pose aussi. Parfois identifiés comme trop en amont dans le cursus, il est à noter que la plupart ont encore en mémoire des points importants des cours de première année. Cependant, ils aimeraient préserver cette sensibilité les années suivantes.

« Trop tôt, non. Pour le coup, trop tôt, je pense pas parce qu'en p1...si y'a bien un truc que j'ai retenu entre la P1 et la D2, c'est ma P1 genre...je pense, c'est vraiment mes seuls acquis... »
(Alix)

Cette remarque souligne le fort impact qu'ont eus les cours de première année chez cette étudiante. Ayant été préparés intensément pour le concours de PACES, ces savoirs sont davantage ancrés chez les étudiants. Il est également possible que ces cours aient été marquants, comme premiers pas vers le monde médical auquel ils aspirent. Il est donc nécessaire de réfléchir sur ces premiers savoirs et la manière de les pérenniser au long du cursus.

5.4.3. Propositions pour la formation éthique

5.4.3.1. La valorisation d'un enseignement orienté vers la pratique future des étudiants

Malgré ces différents points de vue, tous s'accordent sur la nécessité d'un enseignement en éthique, dès les premières années d'études médicales. Ils perçoivent ainsi un besoin d'intéresser et de sensibiliser les étudiants à ces problématiques.

« [...] je trouve ça dommage que ça soit pas l'une des priorités [...] c'est sûr que notre formation est beaucoup plus axée sur la théorie...froide » (Kassandra)

Comme Pauline qui précédemment distinguait l'approche médicale et éthique, cette hiérarchie est aussi ressentie chez cette personne. Persiste alors les restes d'une approche scientiste de la médecine qui est perçue ici.

« [...] ce que j'ai retenu de cette formation c'est qu'il fallait qu'on réfléchisse dès maintenant aux problèmes d'éthique parce que si un jour, on se retrouvait en face du problème, on saura quoi faire, en accord avec nos valeurs, quelque soient nos valeurs. » (Noémie)

Cette vision de l'éthique rejoint les problématiques formulées par les étudiants face à des situations observées et qui les interrogent sur leur pratique future. L'éthique leur permet de se pencher sur ces actes pour qu'ils soient en cohérence avec leurs valeurs : ils aspirent alors à transformer leurs appréhensions actuelles en une pratique apaisée. Ces questionnements s'insèrent alors dans une démarche de construction identitaire professionnelle qui débute avant même les premiers stages hospitaliers.

5.4.3.2. La volonté d'un enseignement arrangeant dans l'externat

Cependant, pour eux, ils souhaitent éviter une forme de contrainte, notamment au moment de l'externat, déjà exigeant. Entre les cours médicaux et les stages, ils se sentent déjà grandement accaparés sur le plan intellectuel et temporel. Certains souhaitent donc un enseignement arrangeant au niveau du temps et de la notation.

« Et ensuite, pendant l'externat, on a tellement de cours et de trucs à apprendre, bah t'as pas envie de passer du temps sur ça donc euh...je sais pas du tout comment trouver un moyen de ne pas contraindre les gens par des notes. » (Juliette)

5.4.3.3. Enseigner l'éthique nécessite de travailler sur des sensibilités et des représentations diverses

Pourtant, ils sont conscients que tous les étudiants ne sont pas intéressés par les questions éthiques, même s'il leur semble nécessaire de les éduquer à ces questions.

« Mais je pense que c'est quand même important qu'on ait tous un...une formation de base là-dessus. » (Kassandra)

« [...] je trouve qu'il y a des gens qui se posent pas du tout la question de l'éthique et euh...et même dans les sujets de sociétés tu vois, c'est pas que en médecine, l'éthique c'est un questionnement sur tout...et euh...ce serait intéressant de forcer les gens à se poser un peu des questions. » (Pauline)

Cela rejoint l'idée d'une hiérarchie entre l'enseignement médical et celui portant sur les enjeux sociétaux et éthiques. Selon leur sensibilité, certains étudiants se porteront davantage sur le premier. Cet équilibre entre les deux renvoie toutefois à des questions plus profondes, notamment les raisons qui portent l'étudiant vers la voie médicale. Bien qu'il soit impossible d'explorer pleinement cette question ici, il est possible de remarquer qu'il existe différents profils d'étudiants aspirant à des exercices de la médecine différents. En caricaturant, certains tendront vers une approche très technique de la médecine tandis que d'autres recherchent ses aspects relationnels avec un lien étroit aux patients. Ainsi, selon la vision qu'ils portent pour leur exercice futur, ces étudiants auront une approche différente concernant les enjeux éthiques.

5.4.3.4. Intéresser à l'éthique en amenant de l'interactivité

Pour concilier ces visions, les étudiants interrogés s'accordent sur un format qui intègre davantage d'interactivité. Cela peut passer par des ateliers, des simulations ou des jeux de rôle.

« faire un truc un peu plus interactif » (Calliope)

Il s'agit d'une manière d'impliquer l'étudiant sans le cloisonner dans des enseignements unidirectionnels.

Ils désirent également un enseignement d'éthique plus ancré dans leur pratique hospitalière. Certains aimeraient voir se développer des « groupes de parole » où ils peuvent échanger en toute liberté sur ces situations qu'ils ont perçues comme difficiles. D'autres aimeraient pouvoir parler plus facilement d'éthique avec les médecins de leur service, par exemple en intégrant cette dimension dans les visites hebdomadaires auprès des patients.

« [...] parler plus de situations, je pense, qui se passent réellement à l'hôpital...pas juste de grands thèmes éthiques » (Lisa)

5.4.3.5. Un enseignement tourné vers la pratique hospitalière

Cette volonté rejoint l'enjeu qu'ont les étudiants à concilier leur formation universitaire avec leur pratique hospitalière. Cela reflète le besoin de sens pratique qu'ont les étudiants dans leur apprentissage. Les stages ne sont alors plus uniquement un moment pour se construire sur le plan médico-technique mais permettent aussi de s'ouvrir à des problématiques plus larges en lien avec la société.

Quoi qu'il en soit, pour ces étudiants interrogés, l'éthique est une question de première ligne et indissociable des expériences de stage. Bien entendu, il s'agit d'un panel restreint qui ne reflète pas la totalité des opinions à ce sujet. Malgré des points de vue variés, ce sont des problématiques qui font déjà sens pour eux. Au gré de leurs expériences, l'éthique clinique se replace alors dans son sens étymologique, à savoir au lit du patient.

« Je pense que ça s'apprend vraiment à l'hôpital, en stage. Pour apprendre la relation médecin-malade, faut vraiment être un externe qui va en stage. » (Adrien)

6 : Discussion

6.1. Validation du plan de recherche

Cette recherche s'est déroulée à travers des entretiens assez ouverts, notamment en ce qui concerne les questions d'éthique⁷. Ainsi, a pu être balayé un large champ des expériences des étudiants. Il a donc fallu les retravailler en accord avec les hypothèses de départ, volontairement sous forme de questions. Certaines hypothèses ont été validées tandis que de nouvelles ont émergé des entretiens. Malgré leur faible expérience, il s'est avéré que les étudiants avaient un certain recul sur certaines problématiques en lien avec des situations de soins et ont pu apporter des éléments enrichissants la recherche dans ce champ assez peu exploré.

Par ailleurs, leurs avis sont apparus comme très variables, en fonction de leur perception et ressenti personnel⁸, mais aussi des services dans lesquels ils sont passés. Néanmoins, ils ont parfois eu du mal à mettre le doigt sur certaines expériences déroutantes et à les qualifier. Elles se traduisent alors par un sentiment diffus de malaise ou de mal-être. La structure de l'entretien a dû être modifiée en conséquence notamment afin d'explorer davantage leur représentation de l'éthique et l'articuler avec les expériences qu'ils ont retenues et relatées.

Enfin, certains points se recoupent avec les observations tirées de la littérature. Il en émerge aussi de nombreuses autres questions d'éthique, en lien ou non avec le rôle d'étudiant à l'hôpital, qui ont été plus ou moins documentées et à retravailler à l'avenir.

6.2. Limites et difficultés de l'étude

Cette étude comporte certaines limites que nous vous invitons à considérer dans l'interprétation des résultats.

6.2.1. Retour sur le recrutement et l'analyse

⁷ Nous rappelons que nous n'avons pas directement demandé aux étudiants des situations de questionnements éthiques afin de ne pas biaiser leurs réponses par des représentations variées de l'éthique. À la fin, nous les avons interrogés sur ces dernières afin de les mettre en parallèle avec leurs réponses précédentes.

⁸ Ces visions des étudiants sont en lien avec des trajectoires et des histoires personnelles, que nous n'avons pas exploré dans ce travail de recherche.

Tout d'abord, le recrutement des étudiants s'est fait suite à un appel à volontariat. Les externes ayant répondu à l'annonce sont donc davantage disposés à s'intéresser à l'éthique et en parler. Certains ont déjà entamé une démarche de réflexion éthique suite à leurs expériences, ce qui les a amenés à répondre à l'annonce. Ajouté à cela le nombre restreint d'étudiants, il est impossible de dégager des profils d'étudiants soumis à ces réflexions ni de généraliser ces préoccupations à l'ensemble des étudiants : ce sont avant tout des questionnements personnels, qui peuvent ne faire sens seulement qu'à eux. Leurs profils sont aussi plutôt similaires, avec une majorité de personnes féminines (explicable par une féminisation récente de la profession), issues de l'université Paris Descartes et ayant réalisé un stage en service de réanimation. On constate alors que ce dernier est le lieu de nombre de problématiques aux yeux de ces étudiants (patients inconscients, décisions de limitation des soins, ...). L'échantillon des personnes interrogées a également dû être réduit au vu du faible nombre de répondants issus de 5^{ème} et 6^{ème} année de médecine. Ces questionnements sont donc issus d'expériences très récentes et peu nombreuses., bien qu'ils nous permettent de saisir une vision vouée à évoluer avec la formation.

6.2.2. Étudiant et médecin : construction d'une identité professionnelle au travers de (contre) modèles

Par ailleurs, nous avons remarqué la difficulté que pouvait représenter le fait de verbaliser ces situations de mal-être. Les étudiants ont été amenés à formuler des questionnements⁹ sur des pratiques jugées problématiques bien qu'elles soient en cours d'apprentissage. Ils assistent à une transgression des principes transmis par leurs encadrants, faisant le plus souvent office de modèles. En effet, tous les étudiants rapportent avoir eu des modèles de médecins durant leurs stages, que ce soit dans les gestes médicaux mais aussi les interactions avec les patients. Toutefois, il semble qu'il soit plus facile de verbaliser des moments ponctuels qui ont été choquants plutôt que des personnalités modèles (à travers des attitudes parfois moins significatives) de soignants qu'ils côtoient sur le long terme. Il en ressort ainsi une sur-représentation de ces pratiques dérangeantes alors qu'elles sont probablement minoritaires dans les expériences en stage de ces étudiants.

Cette présence de contre-modèles est à interroger dans l'apprentissage de ces jeunes soignants. En effet, le décalage dans les valeurs du soin¹⁰ peut parfois être vécu comme traumatisant et source de

⁹ Ces questionnements ont été permis par la mise en récit de leurs expériences et de leur vécu, en essayant de décrire ce qui les dérangeait dans les pratiques, plus ou moins perçues comme problématiques.

¹⁰ Les étudiants ont fréquemment qualifié des attitudes de soignants comme « paternalistes », sans pour autant qu'elles relèvent effectivement de ce mode d'interaction. Quand bien même c'était le cas, l'aisance des soignants dans ces moments relève d'un décalage de vision sur la forme que doit prendre les interactions médecin-malade.

souffrance. Pour d'autres personnes, ils ont été un moyen de sensibilisation qui, bien que violent, leur a permis d'être davantage attentifs dans leur attitude auprès des soignants. C'est pourquoi nous avons choisi l'appellation de « contre-modèles » pour définir ces attitudes qu'ils ne souhaitent pas reproduire.

Comme l'a souligné Alix, une des étudiants, voir un large panel de profils de soignants différents lui permet de se construire elle-même en fonction du type de médecin qu'elle souhaite devenir. C'est d'autant plus vrai avec les internes, plus proches d'eux en termes d'âge et de formation mais agissant déjà comme modèles dans le soin. Ce rapprochement identitaire n'est cependant pas essentiel : « la reconnaissance réciproque est donc le point d'aboutissement possible et non le point de départ obligé de la socialisation conçue comme processus de construction et de reconnaissance de l'identité personnelle » (Dubar, p.89).

Comme nous l'avons vu tout au long de ce développement, cette construction identitaire agit également sur le plan éthique, après observation de modèles et de contre modèles et avec des questionnements tout le long. Pour Dubar, ces identités visent à évoluer à travers la socialisation qui les construit et les déconstruit. C'est ce que nous avons observé à travers ces questionnements d'étudiants.

6.3. Forces de l'étude

Cette étude comporte également des forces qui peuvent être valorisées ici. En effet, la restriction de la sélection des participants aux seuls étudiants de 4ème année, soit la première année d'externat, peut au final s'avérer être un avantage. Ainsi, toutes les expériences des étudiants sont récentes, remontant tout au plus à six mois. Le biais de mémoire est alors moindre, notamment vis-à-vis de leur ressenti suite à ces premières expériences hospitalières.

De plus, de part ce choix de restreindre les entretiens à cette première année de stage en tant qu'externe des hôpitaux, le regard apporté sur le monde hospitalier est neuf, voire « naïf » avec davantage de choses perçues avant que certaines situations rentrent dans les pratiques familières, « ordinaires » et ne sautent plus aux yeux.

Par ailleurs, les entretiens ont été menés par une étudiante en médecine elle-même, issue de la même promotion avec donc un profil équivalent dans l'âge et la formation. Il en résulte une communication parfois facilitée avec des étudiants souvent plus prompts à se livrer sur certaines expériences. Comme

ils l'ont eux-mêmes signalé, il est plus aisé de parler de ces problématiques avec des personnes proches en âge ou en formation, comme les internes, sans crainte de jugement. Cette proximité peut s'avérer une faiblesse, par manque de distance avec les interlocuteurs., ce qui a nécessité une forme d'attention et un travail de réflexivité Les échanges avec d'autres chercheurs, notamment la directrice de mémoire, ainsi que les lectures permettent de garder une forme de vigilance dans les formes d'interprétation, et dans l'analyse.

Enfin, malgré la grande similitude des profils de répondants, il a émergé des témoignages variés avec des rapports à l'éthique différents, sans pour autant prétendre à témoigner de l'ensemble des situations qu'ils peuvent rencontrer. Nous avons ainsi pu approcher une diversité des stages et des situations relevées offrant une richesse de témoignages malgré un échantillon faible.

6.4. Représentation de l'éthique pour les étudiants

6.4.1. Décalage entre les situations « éthiques » et « difficiles »

Une autre difficulté pour l'analyse a résidé dans le choix de construire l'entretien autour de questions ouvertes afin de ne pas orienter les étudiants en plaquant une interprétation de l'éthique qui ne serait pas la leur. Il en résulte une grande variété de questionnements qui ne relèvent pas tous de l'éthique, en sachant qu'ils en possèdent une vision restreinte à ce stade de leurs études et comme l'ont montré nos questions lors de l'entretien. Fréquemment, dans les situations présentées, la question éthique était en filigrane et sa mise en évidence dans les résultats découle de notre interprétation personnelle. Pour preuve, bien qu'ayant soulevé un grand nombre de situations, beaucoup d'étudiants n'estimaient pas avoir été confrontés à des questionnements éthiques. Nous nous en sommes rendus compte vers la moitié des entretiens, ce qui nous a poussé à les modifier afin d'explorer cette voie.

D'une part, il a été décidé dès le départ de ne pas introduire directement la notion de « situations éthiques » pour ne pas se heurter aux représentations de l'éthique qui peuvent bloquer certaines pistes en entretien. À la place, il a été choisi de parler de « situations difficiles », terme plus vaste et ayant amené à des questionnements parfois hors du champ de l'éthique et qui concernait aussi le vécu et les expériences.

Nous avons souvent remarqué un décalage entre les problématiques avancées par les étudiants qui les ont marqués en stage avec celles qu'ils qualifiaient de proprement « éthique ». En effet, une partie d'entre eux estimait ne pas avoir été confrontée à celles-ci.

6.4.2. Comment s'illustre l'éthique à l'hôpital pour ces étudiants

Nous remarquons d'abord que la majorité de ces préoccupations relèvent d'une éthique clinique, car elle est la plus en lien avec les pratiques vécues et observées à l'hôpital. Les autres dimensions de l'éthique (comme l'éthique de la recherche ou la bioéthique) sont moins bien cernées par les étudiants ou ne relèvent pas d'une application concrète dans leur formation à l'hôpital dans les premières années.

De plus, comme nous l'avons dit, ces situations ne sont pas toujours identifiées comme éthiques par ces étudiants. Dans leurs représentations, les situations éthiques relèveraient davantage d'un dilemme dans le cadre d'une prise de décision qui aboutirait à un choix moral. Pour certains externes, l'éthique se rencontre lors de situations extraordinaires, par exemple en fin de vie, ou lors de prises de décisions importantes dans la prise en charge qui ont un impact sur la vie des patients (balance bénéfice-risques dans le choix d'un traitement). N'étant pas directement impliqués dans ces dernières, ils ne s'estimaient pas concernés par ces problématiques.

Pourtant, en permanence, il prend des décisions qui ne relèvent, certes, pas d'un engagement fort dans la prise en charge du patient, mais ayant néanmoins un impact¹¹. Ces choix sont véhiculés par des émotions, des représentations, des valeurs, qui amènent l'étudiant à agir ou non. De cette manière, nous nous confrontons à une forme d'éthique internalisée du point de vue de l'étudiant, en lien avec les normes et valeurs de la société, son parcours et de son appropriation des cours théoriques (indépendamment de sa pertinence et de sa qualité).

Malgré cette présence effective de l'éthique dans la pratique des externes¹², ces questions demeurent difficiles à cerner pour l'étudiant. En effet, elles sont soumises à une « variation de règles » et une « absence d'uniformisation » (Parent) plaçant les étudiants en position d'inconfort. C'est tout l'inverse qu'ils connaissent avec les connaissances médicales qui apparaissent comme des faits établis, des principes à suivre, ce qui est sécurisant pour ces médecins en devenir.

¹¹ Par exemple, pour des raisons de contraintes de temps, un externe peut décider d'aller voir certains patients plutôt que d'autres dans sa journée. Bien que tous les patients soient revus ensuite par l'interne ou le médecin, cela peut impacter le suivi du patient qui pouvait profiter de ce moment d'entretien avec l'étudiant pour verbaliser certaines demandes.

¹² Cette intégration des normes fait partie d'un processus de socialisation de l'étudiant qui intègre un milieu avec ses valeurs, ses codes. Il s'approprie cet « habitus social » développé par N. Elias (1987) de manière inconsciente pour faire partie d'une identité collective, le « nous », du corps soignant.

Or, dans notre conception, une problématique éthique peut également être envisagée face à des situations d'interactions où le soignant est dans une posture contraire aux principes éthiques (par exemple, absence d'information ou de recherche de consentement). Une telle attitude ne présenterait pas de situation de dilemme proprement dite, mais peut être liée à un contexte institutionnel, hiérarchique, voire d'une question de personnalité d'un soignant. Parfois, cela relève aussi de valeurs et d'interprétation de la situation selon les soignants, mais aussi d'organisation et de moyens dans le service, etc.

Il existe toutefois un continuum entre ces deux situations avec des postures engendrant des difficultés morales et aboutissent à des décisions à l'origine d'un mal-être.

Cette vision restreinte de l'éthique chez les externes peut être liée à la formation reçue, au départ basée sur des principes théoriques. Le lien avec la pratique clinique peut donc apparaître plus difficile chez ces étudiants.

6.4.3. Origine des questionnements des étudiants

Enfin, il est aussi possible d'interroger l'origine de ces questionnements. Il a été volontairement choisi des personnes disposant d'une faible expérience afin de mettre en lumière certaines situations qui ont pu être banalisées au fil du temps par les autres soignants. Néanmoins, il est aussi apparu que certains points ont pu être relevés comme marquants du fait d'une méconnaissance de certains fonctionnements, biologiques ou structurels, à l'hôpital ou chez le malade. C'est parfois l'explication et la compréhension qui ont rendu le vécu de ces moments comme moins perturbants. Il faut donc nuancer la « banalisation » de ces questions éthiques, entre la compréhension d'un système et la désensibilisation au fil du temps.

Toutefois, nous pouvons dépasser cette dichotomie car si une situation interpelle au départ, il est toujours nécessaire de l'interroger au fil du temps et des expériences. Cela a pour but de rendre le soin acceptable non seulement pour les soignants, mais aussi pour le patient et les proches chez qui ces questions peuvent apparaître comme nouvelles donc potentiellement marquantes.

6.5. Quelle est la place de l'éthique à travers ces situations de violence ?

À travers les situations rapportées par les étudiants, beaucoup d'étudiants font l'état de violences vécues ou observées à l'hôpital. L'enjeu de ce travail a été de repérer parmi celles-ci, celles qui relevaient de l'éthique médicale.

6.5.1. Identification de deux types de violence à l'hôpital

Nous remarquons deux types de violences perçues par les étudiants, desquelles découlent les situations à l'origine d'un malaise.

D'une part, les situations de violences directes, d'ordre verbal ou physique. Il existe une gradation de ces violences qui peuvent aller d'un soin qui se fait sans explication (le médecin qui arrive dans la chambre pour faire examiner le patient aux étudiants sans lui demander son avis ou prévenir) à des actes plus violents. Par exemple, le patient est parfois contraint à prendre un traitement sous peine d'être identifié comme en rupture de traitement (exemple des patients atteints de VIH). Il peut également être restreint dans ses mouvements, contraints à l'immobilité (par exemple pour réaliser un geste technique comme la ponction lombaire ou avec la contention en psychiatrie). Cette attitude véhicule également une symbolique forte du patient statique et compliant, comme un objet de soin, ce qui nous amène à la deuxième dimension de la violence.

D'autre part, la violence symbolique est perçue à travers une vision mécanique du corps-objet (exemple du patient examiné à multiple reprise par plusieurs étudiants dans un but de formation). Elle peut prendre des formes plus indirectes avec des maltraitances qui résultent d'un défaut d'organisation du service (personnel en sous-effectif et donc une maltraitance dans le cadre d'un manque de soins) ou d'interactions stéréotypées chez le personnel soignant (détachement du médecin avec peu de qualités relationnelles et d'écoute).

6.5.2. La violence au sein des études de médecine

Tout d'abord, il existe la violence des études, en lien avec les conduites : celles des étudiants transgressifs (rituels étudiants, événements festifs¹³), dans les rapports médecins-patients¹⁴

¹³ Bien qu'interdit depuis 1998, des pratiques de « bizutage » sont rapportées dans plusieurs facultés de médecine, en lien avec les traditions d'intégration des étudiants en 2^{ème} année. Elles sont toutefois peu documentées et leur réalité est mal cernée en dehors de rapports d'incidents suite à ces événements.

¹⁴ L'identification des violences hospitalières comme enjeu institutionnel a débuté en 2000 avec la circulaire DHOS/P1/2000/609 relative à « la prévention et l'accompagnement des situations de violence ». En 2005 est

notamment lors de situations de vulnérabilité (psychiatrie¹⁵, gériatrie) ou des médecins envers les étudiants (internes, externes) et qui relève de la maltraitance institutionnelle.

D'autre part, la violence se situe aussi dans les pratiques. Au départ sujettes à question, elles deviennent, pour la plupart, partie intégrante du milieu hospitalier. Aujourd'hui cependant, de par l'évolution du regard dans la société, certaines deviennent socialement inacceptables. Avec l'évolution des normes, les limites de l'intolérable sont déplacées. Elles sont ainsi remises en question aux yeux des jeunes étudiants qui les découvrent pour la première fois, mais aussi pour les autres soignants à qui cela s'apparente à une prise de conscience.

D'autres pratiques demeurent malgré tout banalisées à travers un apprentissage de la violence et par la violence comme l'a évoqué Emmanuelle Godeau (2007). L'étudiant se doit de prendre de la distance avec son patient en s'appropriant un corps anatomiquement. Tout comme ils la font subir à leurs patients, les étudiants vivent une « dépersonnalisation » (Parent, 2014). Une étudiante interrogée par cette dernière déclare alors : « nous sommes réduits au savoir que nous n'avons pas, et les malades sont réduits à leur organe déficient ». Cette normalisation de la violence est alors intériorisée durant les études. Cette appropriation est toutefois synonyme de doutes et d'appréhension quant à la persistance de ce malaise ressenti tout au long de leur vie professionnelle. À cela s'ajoute la pression de ces études sélectives et compétitives confrontant les étudiants à la peur de ne pas tenir le coup. Nous faisons pourtant l'hypothèse que dans la majorité des cas, ces situations de conflit (interne ou externes) chez ces étudiants finissent par être assimilées et ces questions enfouies (si tant est qu'elles aient existé).

À travers ces « épreuves » traversées, les études de médecine revêtent pour les étudiants une valeur thérapeutique, spirituelle, voire initiatique (Parent). En d'autres termes, l'étudiant s'est « endurci » durant ses études et il en tire un sentiment de gratification. Outre la valorisation personnelle, il a acquis une attitude et un état d'esprit qui lui permettront de faire face à des situations exigeantes à l'hôpital qui vont lui demander une forte adaptation et une gestion de ses émotions.

créé l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) qui se charge de recueillir et prévenir les faits de violence à l'hôpital

¹⁵ Pour Lina Torres (2014), les situations de maltraitances sont liées à une perte de sens chez les soignants, en partie lié à des contraintes du service mais aussi la pratique médicale qui pousse à un certain détachement. Elle parle d'« instincts de guerre » qui surviennent dans les moments de tension amenant à des violences et disparaissent aux moments d'apaisement.

Au-delà du plan médical, c'est aussi une identité sociale et professionnelle qui se construit, en passant par des rites initiatiques au moment de l'internat (Godeau) et la transmission de normes et de valeurs au sein d'une communauté de soignants.

6.5.3. Certaines formes de violence sont inhérentes au soin et passés sous silence

Cependant, nous avons souligné que certaines formes de violences étaient inhérentes au soin¹⁶ et donc peuvent porter atteinte aux étudiants comme aux soignants. Pourtant, ces situations sont souvent tues et donc difficiles à identifier. Cela peut relever d'un manque de confiance en l'équipe, la sensation de ne pas être légitime pour en parler (selon son statut, ou pour un événement qu'on minimise), et la volonté d'être bien perçu aux yeux des médecins formateurs, aussi évaluateurs tout au long du stage.

Ainsi, ce silence commun perpétue ces pratiques. Y adhérer permet également d'être admis au sein d'une communauté de soignants où ces normes sont intégrées par tous (mais pas forcément acceptées). Cela questionne ainsi leur disposition à parler de ces situations au risque d'être exclus. Ils peuvent toutefois être appuyés par la formation reçue en éthique leur offrant des principes directeurs¹⁷ faisant office de norme. Les pratiques continuent donc parfois au détriment du patient et des soignants chez qui un malaise persiste. Ce malaise est d'autant plus important chez les étudiants qui souffrent d'un « déséquilibre » (Parent) entre leur formation et le rôle de soignant, contrairement aux autres professionnels.

6.6. Pudeur et éthique

Néanmoins, ce malaise décrit par les étudiants face à des pratiques admises n'est pas propre à la filière médicale. Elle intervient dans plusieurs dimensions du soin, qui n'est pas seulement médical, notamment lors des confrontations à l'intimité du patient et à sa propre pudeur.

6.6.1. Le toucher, une première forme de transgression

Par exemple, l'aide-soignante, en faisant la toilette intime d'un patient du sexe opposé peut ressentir de la gêne. Sans aller dans les actes techniques, nous remarquons que dans les interactions avec le

¹⁶ Selon Ciccone (2015), certaines formes de violence sont inévitables dans le soin, notamment le soin psychique qui confronte à une interprétation du monde, mais aussi corporel « avec les exigences d'adaptation, de réparation, de mieux-être qui la constituent » (p.3).

¹⁷ Dans les cours d'éthique, les étudiants ont notamment appris le Principisme de Beauchamps et Childress (1979) qu'ils mentionnent indirectement en entretien au travers de leur conception de bienveillance, non-malfaisance, autonomie et équité.

patient, toucher le corps de l'autre représente déjà une forme de transgression. En effet, la pudeur du soignant face au patient en situation de vulnérabilité (alité, déshabillé ...) représente encore plus une forme de transgression (Kotobi, 2017). Pourtant, se mettre à la place de l'autre renvoie à l'essence de l'altérité du soin.

6.6.2. La pudeur dans les interactions de l'étudiant

De plus, il existe également une dimension éthique de la pudeur. Nous l'avons cerné dans les attitudes et pratiques rapportées par les étudiants. Par exemple, quand il s'agit de parler de certaines choses ou pas, ou avec ces étudiants qui « n'osaient pas » interagir avec le patient par peur de le déranger (entretien d'Alix) ou effectuer certaines tâches (toucher rectal, entretien de Noémie). Du fait de leur place à l'hôpital, certains ne s'estimaient pas en position de pouvoir demander ou réaliser certains actes. C'est donc une pudeur liée à son intimité (selon ses valeurs, son histoire) et lié à un statut qui aboutit à une forme d'auto-censure chez ces étudiants.

Toutefois, la dimension de pudeur semble peu évoquée compte-tenu de sa dimension transgressive, peut-être parce qu'elle fut déjà intégrée par les étudiants en 4^e année¹⁸. N'ayant pas été dans certains services particulièrement sujets à ces questionnements (exemple, gynécologie), il est possible que cela n'ait pas interpellé les étudiants. Enfin, nous pouvons faire l'hypothèse que le personnel paramédical soit plus concerné par cette dimension de la pudeur, en raison des tâches qui lui sont confiées. Or chez le personnel médical, hormis certains gestes spécifiques (examen gynécologique, toucher rectal), le rapport à l'intimité du patient est moindre (déshabiller le patient pour l'ausculter). Il peut cependant être confronté à une autre forme d'intimité lors de l'interrogatoire médical où des questions sensibles peuvent être posées (concernant la sexualité par exemple).

6.6.3. La pudeur à l'origine d'une prise de distance dans la relation de soin

Pour Kotobi, la pudeur a parfois été érigée en tant que posture professionnelle¹⁹ : aux yeux de certains soignants, en ne demandant pas certaines informations, il s'agit de ne pas se montrer « déplacé » et

¹⁸ Nous rappelons qu'à ce stade de la formation, en 4^{ème} année, les étudiants avaient déjà réalisé plusieurs stages hospitaliers, plus courts. Dès la deuxième année, ils ont réalisé un stage de soins infirmiers durant lequel la confrontation à l'intimité du patients (durant la toilette par exemple) aura pu être plus importante. Toutefois, ces expériences étant plus anciennes et ne concernant pas l'externat, il est possible que les étudiants n'aient pas pensé à les mentionner.

¹⁹ Lorsqu'il s'agit d'aborder la sexualité ou l'intimité du patient, plusieurs profils de soignants peuvent être dégagés pour faire face à la gêne (Heiniger, 2014). Le « jeune stagiaire » inexpérimenté ne sait pas comment se

offrir un soin identique quelle que soit la personne. Au contraire, les étudiants, cela a pu être perçu comme un désintérêt, un manque de tact de la part des soignants. De leur côté, ce qui est perçu comme une attitude bienveillante, à l'écoute, impose aussi de s'engager, de s'impliquer émotionnellement. Un tel niveau de participation peut alors parfois être éludé par des postures de retrait chez les soignants comme chez les étudiants, à travers les attitudes d'évitement qui ont été racontées. Il s'agit d'une forme de protection face à des situations difficiles ainsi qu'un élément qui participe à une image professionnelle.

Cette prise de distance des soignants, parfois interprétée comme de la pudeur, trouve son origine à travers deux dimensions (Kotobi) :

- Dans l'attachement vis-à-vis du patient, il se confronte à la difficulté de trouver la « juste distance ». Pour ces étudiants, cela est d'autant plus ardu avec les patients chez qui ils se reconnaissent, en particulier les jeunes adultes (entretien de Cindy). Face à eux, ils se doivent d'être professionnels et faire preuve de responsabilité²⁰.
- Ils peuvent aussi se protéger à travers un « droit à ne pas savoir » afin de préserver une impartialité dans leurs soins. Dans les entretiens, certains ont ainsi avancé ne pas chercher à trop connaître les patients qu'ils ne soignaient pas directement afin de se dégager d'un retentissement émotionnel trop fort à leur décès (entretien d'Adrien)

Enfin, la chercheuse souligne le risque d'une confusion entre la pudeur, la gêne, la honte à réaliser les soins, avec de l'appréhension, de la timidité, de la peur, inhérentes aux premières fois. Il y a donc un malaise inéluctable au départ, auquel on ne peut se soustraire. En revanche, il est possible de s'interroger, en complément grâce aux enseignements facultaires, sur la manière dont est vécu le malaise et comment il impacte le soin vis-à-vis du patient.

6.7. Accompagnement en éthique

Il apparaît un enjeu d'accompagnement en éthique de l'étudiant pour faire le lien entre formation théorique et pratiques au lit du malade. Accompagner permet non seulement d'encadrer mais aussi de rassurer l'étudiant. Il ne s'agit pas de lui fixer des normes mais de l'inviter, par la réflexion, à construire son propre cadre de référence, ce qui est acceptable pour lui, en lien avec le juridique, l'institution, la société, etc.

comporter, copiant l'attitude des autres soignants. Il accepte souvent qu'on lui demande de faire sans se poser de questions. Le « technicien » aborde la question de manière médicale et factuelle. Le « décent » se montre pudique et voit la sexualité comme un sujet tabou et privé. Le « compréhensif » est plus à l'aise dans ses interactions et se montre à l'écoute.

²⁰ Lorsqu'ils peuvent s'identifier aux patients, les étudiants se sentent inquiets avec un besoin de mise à l'écart de leurs sentiments. Les stages marquent un moment de responsabilité et d'indépendance chez ces jeunes adultes, souvent retardé chez les étudiants en médecine (Kalindjian)

6.7.1. Offrir un espace de discussion face à ces questionnements

L'accompagnement de l'étudiant pourrait débuter en lui offrant la possibilité de parler et d'échanger sur ce qu'il a vécu, ce qu'il a ressenti. Cet espace de discussion ne se fait donc pas obligatoirement auprès des soignants mais aussi, ce qui est déjà le cas, entre pairs (avec les externes ou les internes). Nombreux sont ceux qui ont par ailleurs uniquement rapporté ces situations qui leur posaient problème parmi les autres externes. Cela peut aussi expliquer la facilité d'accès à ces réponses en raison de la position de l'investigatrice, également étudiante en médecine. Il est alors nécessaire d'explorer la piste du compagnonnage entre étudiants, non seulement sur le plan médical (dans l'apprentissage bio-médical) mais aussi éthique. Ils ont ainsi moins peur d'un jugement, en plus d'une facilité et d'une accessibilité à travers des échanges informels et ont l'avantage de vivre des situations communes, chacun réagissant avec ses propres valeurs, représentations et émotions. En discutant entre pairs et futurs confrères, ils introduisent déjà la collégialité au sein de leur pratique. Cela constitue une autre forme d'apprentissage et de sensibilisation à travers les retours d'expériences de leurs camarades.

Toutefois, il leur est aussi indispensable de pouvoir évoquer les situations problématiques avec les soignants, médecins ou non, qui guident déjà leur exercice médical sur le plan technique. Ils accèdent de cette manière à un regard distancié (par rapport aux études médicales) et expérimenté et peuvent mieux comprendre les contextes cliniques ou autres qui peuvent donner des clés de compréhension à des attitudes qui les ont choquées de prime abord. Néanmoins, comme l'ont rapporté les étudiants du corpus, selon leur personnalité et la confiance qu'ils accordent envers les équipes, ils se sentent plus ou moins aptes à en parler avec eux.

6.7.2. Les opportunités offertes par l'écoute des étudiants pour les soignants

Du côté des soignants, il y a l'intérêt d'une écoute réellement disponible et bienveillante pour recueillir ces interrogations, autres que sur le plan médico-technique (en éthique ou autres), ce qui revêt aussi un intérêt pour eux. Cela leur permet, sur le plan individuel, de questionner leurs pratiques, tout en permettant d'augmenter les progrès du savoir sur les violences éducatives et institutionnelles (Davous, 2014). A plus large échelle, il ne s'agit pas seulement de dénoncer de manière naïve mais de caractériser ces situations et leur part d'évitable.

Enfin, selon Parent, pour les deux partis, écouter et discuter permet, entre autres, aux deux partis de :

- Prendre du recul sur l'aspect technique, médical

- Réintroduit la dimension de soin et non plus seulement de guérison
- Aborder d'emblée la complexité de la médecine et des études : technique, relationnelle, éthique et relationnelle. La complexité éthique est structurée autour de quatre enjeux : la transgression, les limites des actes (autorisées ou qu'on se fixe à soi), l'incertitude et la responsabilité, également retrouvés lors des entretiens.

Ainsi, cela dépasse la dichotomie d'état de malaise permanent ou d'insensibilité totale face à ces situations qui, avec l'expérience, ne deviendront plus aussi singulières pour les étudiants.

Dans un entre-deux, le questionnement éthique vise à une réflexion amenant une action responsable, qu'il faut pouvoir expliciter en référence à des valeurs (Mamzer, 2019). Il est à noter que, quelle que soit la préparation en éthique, il y aura toujours une « détresse morale irréductible » dans chaque décision médicale, mentionné par M. Spranzi (2018). Malgré la conscience d'avoir pris la meilleure (ou la moins pire) des décisions, il demeure un résidu moral qui ne satisfait pas pleinement. Or, afin de pouvoir « vivre avec » ce choix, il est nécessaire de s'expliquer les raisons qui l'ont motivé.

6.7.3. Les soignants sont-ils disposés à questionner leurs pratiques ?

Maintenant que nous avons cerné l'intérêt du retour de ces étudiants, il faut questionner son effectivité. Les soignants sont-ils disposés à entendre ces questionnements et en parler ? En effet, tous ne veulent pas ou ne sont pas en mesure de questionner leur pratique. Cela peut déjà être le cas concernant certaines pratiques (situations de tension, ou hautement techniques qui nécessitent une particulière vigilance). Il est alors compréhensible que d'autres soient plus intégrées et non remises en cause (car fréquentes, vues comme anodines). Questionner ces pratiques normalisées par tous reviendrait à un retour à un malaise moral, synonyme de mise en difficultés au quel certains soignants ne sont pas disposés à revenir.

« Devenir soignant, c'est donc apprendre à transgresser²¹. » (Patient, p.216). Des actes de transgression paraissent donc essentiels aux yeux des soignants. Les ignorer participerait alors à les banaliser et donc les faire intégrer aux nouveaux stagiaires afin qu'ils acquièrent les normes de soin et s'intègrent parmi les soignants, comme souligné plus tôt. Ces « normes » ne sont toutefois pas figées. Cette démarche s'intègre alors dans une approche de l'éthique évolutive qui représente un

²¹ Le Breton (1993, p.18-19) décrit la première expérience de transgression chez les étudiants au moment de la première dissection anatomique qu'il décrit comme une « expérience inaugurale » voire un « rite d'initiation ». Au départ, ils sont choqués de braver l'interdit en incisant la peau, assimilant la dissection à une « profanation ». Cette expérience leur a finalement permis de désacraliser le corps et certains perçoivent de la fierté *a posteriori*, ayant le sentiment d'avoir intégré la communauté médicale. En faisant preuve de sang-froid, ils intègrent une posture qu'ils imaginent nécessaire à leur future pratique.

questionnement permanent sur les limites des pratiques, à penser de manière individuelle (sur le sens de ses actes) et collectives (penser le soin pour qu'il soit acceptable par tous). Afin de penser ces situations de malaise généralisé, il est nécessaire de se décentrer des expériences qui touchent uniquement le corps médical, mais les soignants en général.

6.8. Propositions pour l'enseignement

Pour finir, sans avoir nécessairement réfléchi à la question, les étudiants ont aussi de nombreuses propositions pour l'enseignement de départ. Certaines problématiques avancées en hypothèses, notamment en regard de la temporalité, ont été écartées par les étudiants au profit de préoccupations davantage axées sur l'interactivité et des situations concrètes et incarnées. En effet, nous n'avons pas remarqué de différence majeure entre les étudiants ayant suivi des enseignements optionnels, car tous ont essentiellement cité les cours reçus en première année.

6.8.1. Les enjeux autour d'une éthique effective

Pour Moussaoui, à travers un enseignement interactif et tourné vers la pratique quotidienne, « il ne s'agit pas seulement d'instruire, d'inculquer, d'apprendre à l'étudiant, mais surtout de l'interpeller ». C'est ainsi qu'on peut définir les compétences éthiques comme « la capacité effective des professionnels d'agir de manière adéquate en situation » (Aiguier, 2017). Pour les étudiants, l'éthique passe alors d'une connaissance théorique à une compétence pratique qui vise à adopter la meilleure attitude possible en situation concrète.

Dans les réponses des étudiants concernant les enseignements qui les ont marqués, on remarque effectivement des principes fondateurs d'éthique, associés à des préoccupations plus récentes autour des enjeux de société. Nous constatons alors « le passage d'une éthique axée sur les discours normatifs à propos des pratiques, à une capacité de « faire » de l'éthique en situation ». La formation en soin ambitionne alors à une prise de conscience des enjeux contemporains afin d'aboutir à une pratique de soin en pleine conscience. Pourtant, il ne faut pas négliger l'importance des éléments théoriques qui demeurent des outils de réflexion précieux afin d'aiguiser l'esprit critique des étudiants soignants (Moussaoui, 2007). Il faut cependant à faire réfléchir les étudiants sur ces principes pour ne pas qu'ils ancrent une vision restrictive de l'éthique (exemple du paternalisme).

6.8.2. Des pistes à travers des enseignements déjà existants

Les étudiants de l'Université de Paris Cité eux-mêmes ont pu connaître certains de ces projets innovants et plébiscités pour leur interactivité, comme celui de la classe inversée pour l'ECO Éthique de la Recherche.

Il serait également intéressant d'étoffer l'offre d'enseignement par l'implication d'acteurs multiples de l'éthique, car elle ne se limite pas aux médecins. À Sorbonne-Université (Paris 6), il existe par exemple l'intervention de patients-partenaires, soit les premiers concernés par ces questions d'éthique clinique. C'est une des manières à réfléchir à l'avenir pour rapprocher davantage la formation des étudiants avec la réalité clinique de l'hôpital et la réalité du vécu et de l'expérience des patients.

Quoi qu'il en soit, le réel enjeu autour de la formation en éthique se fait essentiellement autour de son homogénéisation. Pour l'heure, il existe de nombreux modèles d'enseignement qui ont fait leur preuve à l'échelle de plusieurs universités. À l'avenir, il serait intéressant de travailler sur les disparités dans la formation en élargissant ces projets à plus grande échelle.

6.8.3. Des exigences organisationnelles et structurelles

D'un autre côté, il y a un enjeu sur l'enseignement où « l'acquisition des compétences biomédicales [se fait] au détriment des compétences éthiques » (Barrier, 2005). Cela est d'autant plus vrai à l'heure actuelle avec les réformes de l'ECN et des connaissances classifiées par rang : il faut chercher à ne pas laisser de côté l'éthique malgré un volume de cours déjà conséquent. Pour certains étudiants, cette hiérarchie entre l'enseignement médical et éthique est la cause d'une moindre préoccupation pour cette dernière de la part de certains étudiants.

De plus, la formation en éthique ne peut être pensée sans la question de son évaluation et de sa notation. Il faut réfléchir son format, penser un outil de mesure validé et sensible tout en prenant en compte la valeur personnelle et subjective de ces problématiques.

6.8.4. Vers la professionnalisation des étudiants en médecine

Enfin, cet enseignement rentre dans une dynamique de professionnalisation des étudiants. Il s'agit de leur transmettre les « valeurs réelles du milieu » hospitalier (Patient). Pour cela, il faut prendre en compte la dimension asymétrique de relation aux autres soignants avec pour importance la cohérence entre leurs actes et leurs discours : cela entre dans l'enjeu des modèles et contre-modèles pour les

étudiants. Ce déséquilibre permet pourtant l'humanisation à travers un accompagnement en tant que médecin et adulte en construction. Pour Claude Dubar, c'est la construction de l'identité professionnelle qui se fait et continue de se sensibiliser tout au long de la vie professionnelle : « l'individu se socialise en intériorisant des valeurs, des normes, des dispositions qui en font un être socialement identifiable » (p.79).

Conclusion

Dans ce mémoire de master 2 d'éthique, nous avons cherché à mettre en lumière quels sont les questionnements d'ordre éthique chez les étudiants en médecine lorsqu'ils arrivaient en stage. L'objectif principal était d'identifier ces interrogations et à quel moment elles intervenaient, lors de situations inédites ou plus banales, bien que nouvelles pour les étudiants. Pour cela, nous nous sommes concentrés sur une population d'étudiants de 4^{ème} année de médecine à l'Université Paris Cité. À travers cette même promotion, nous savons également qu'ils ont tous reçu le même socle de formation en éthique, dès la première année. C'est pourquoi l'objectif secondaire de cette étude était d'interroger la construction d'une éthique professionnelle, entre les cours à la faculté et les expériences à l'hôpital.

À travers les entretiens réalisés, nous avons remarqué le décalage qu'il existait aux yeux des étudiants entre les situations qui leur créaient un malaise de différents ordres (moral, émotionnel, ...) et celles qu'ils identifiaient comme « éthiques ». Tandis que les exemples pour les premières étaient nombreux, les secondes leur paraissaient beaucoup plus singulières dans leur pratique. En effet, l'éthique intervient pour eux dans les moments de décisions orientant la prise en charge d'un patient.

Parmi les expériences qu'ils avaient vécues comme difficiles, elles étaient avant tout associées à des profils de patients ou de soignants. Émergeait alors deux types de problématiques éthiques ou impliquant une réflexion éthique : celles touchant n'importe quel soignant, et celles propres à l'étudiant hospitalier. Dans le premier cas, elles se réfèrent à des sujets omniprésents à l'hôpital, comme la fin de vie ou le consentement. Ces moments peuvent être vécu comme des formes de violence directe ou symbolique, dans la représentation du patient par les soignants. Dans l'autre cas, c'est le statut de l'externe qui est questionné. Entre son apprentissage et son rôle de soignant, l'étudiant se retrouve parfois à interroger sa légitimité dans les soins. De plus, le manque d'expérience et de connaissances médicales amène parfois d'autres problématiques et font ressentir aux étudiants une nouvelle forme de malaise dont la source est le manque de compréhension de la situation. Enfin, au sein d'une relation triangulaire avec le patient et les autres médecins, les personnes interrogées ont également questionné leur place au sein de l'équipe soignante.

En revanche, malgré une définition parfois précise de l'éthique, la notion demeure floue pour une grande partie d'entre eux. Souvent associé à une prise de décision dans la prise en charge d'un patient,

ils se sentent ainsi moins concernés, étant rarement dans une position de décisionnaire à l'hôpital. Avec une faible expérience, la représentation de l'éthique demeure alors pour eux peu concrète et essentiellement associée à ce qu'ils ont appris à la faculté. Toutefois, elle émerge également dans des situations n'impliquant aucun choix mais dont les postures peuvent être identifiées comme contraires aux principes assimilés par les étudiants (autonomie, non-malfaisance, ...).

En ce qui concerne leur formation en éthique, les étudiants remarquent ainsi la nécessité d'avoir des bases théoriques et une sensibilisation à certaines questions telles que la fin de vie ou la maltraitance infantile. Toutefois, ils souhaitent apporter davantage d'interactivité et d'innovation dans le format d'enseignement pour se distinguer des cours médicaux déjà denses.

En d'autres termes, les étudiants cherchent à pouvoir articuler les principes théoriques éthiques qu'ils ont reçus avec les expériences qu'ils rencontrent en stage. Dès les premières années, c'est une construction qui se perpétue tout au long de la vie professionnelle et qui doit être en mesure d'être accompagnée et sans cesse interrogée.

Bibliographie

1. UFR de Médecine Université Paris Cité. Organisation des études et modalités des contrôles de connaissances et de compétences – DFASM1 : Année Universitaire 2021-2022. Université Paris Cité; 2021 [cité le 9 mai 2022]. 11p. Disponible: https://u-paris.fr/medecine/wp-content/uploads/sites/24/2021/10/RDE_DFASM1_21-22_v15.09.pdf
2. UFR de Médecine Université Paris Cité. Charte des stages et des gardes. Étudiants hospitaliers (« externat »). Annexe des règlements des études. Année universitaire 2021-2022. Université Paris Cité; 2021 [cité le 9 mai 2022]. 16p. Disponible: https://u-paris.fr/medecine/wp-content/uploads/sites/24/2021/11/Charte_des_Stages_2021-2022_UFR_Medecine_UP.pdf
3. UFR de Médecine Université de Paris. Aspects émotionnels et relationnels en stage : Livret de l'externe. Université de Paris; 2020 [cité le 22 décembre 2021]. 11p. Disponible: <https://u-paris.fr/medecine/wp-content/uploads/sites/24/2021/02/Livretexterne2020.pdf>
4. Benkemoun JM. Enjeux éthiques de l'expertise mentale chez l'adulte et l'enfant. [Notes de cours], Université Paris Cité; 2022.
5. Fortin S. Conflits et reconnaissance dans l'espace social de la clinique : les pratiques cliniques en contexte pluraliste. *Anthropologie et Sociétés*, volume 37, numéro 3, 2013, p. 179–200.
6. Parent K. Que faire des violences rapportées par les étudiants ?. Dans Dominique Davous éd. *L'éthique à l'épreuve des violences du soin*. Érès; 2014, pp. 213-228. Disponible: <https://www.cairn-info.ezproxy.u-paris.fr/l-ethique-a-l-epreuve-des-violences-du-soin--9782749243146-page-213.htm>
7. Zielinski A. La vulnérabilité dans la relation de soin. « Fonds commun d'humanité », *Cahiers philosophiques*, vol. 125, no. 2, 2011, pp. 89-106. Disponible: <https://www.cairn.info/revue-cahiers-philosophiques1-2011-2-page-89.htm>
8. Michon M. *Phénoménologie de la souffrance : Survivre à soi-même*. [Note de cours]. Université Paris Cité; 2021
9. Barrier J, Brazeau-Lamontagne L, Pottier P, Boutoille D. Comparaison des compétences médicales éthiques des étudiants de 3ème et de 6ème année en stage hospitalier en médecine interne. *Revue De Médecine Interne*. [En ligne] 1 févr 2005 [cité le 12 mai 2022];26:128-36. DOI:[10.1016/j.revmed.2004.09.022](https://doi.org/10.1016/j.revmed.2004.09.022) Disponible: https://www.researchgate.net/publication/246642474_Comparaison_des_compétences_médicales_ethiques_des_étudiants_de_3_e_et_de_6_e_année_en_stage_hospitalier_en_médecine_interne
10. 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. *Acad Med*.

2009 Sep;84(9):1182-91. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181b17e55. Erratum in: Acad Med. 2009 Nov;84(11):1616. PMID: 19707055.

11. Piccoli M. Passer de l'Étudiant Médecin au Médecin Responsable : Malaise et problématiques éthiques des étudiants en Médecine : Étude transversale sur les étudiants en DCEM 3 de Paris Descartes. [Mémoire de master]. Paris: Université Paris Descartes; 2012 [cité le 3 janvier 2022]. Disponible: http://www.ethique.sorbonne-paris-cite.fr/sites/default/files/m2_piccoli.pdf
12. Dubar C. La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles. Paris: Armand Colin, « Collection U »; 2015, ISBN : 9782200601874. DOI: 10.3917/arco.duba.2015.01. Disponible: <https://www.cairn.info/socialisation--9782200601874.htm>
13. Moussaoui D. Le défi pour l'éthique médicale au XXIème siècle est son enseignement. Bull. Acad. Natle Méd.; 2007, 191, no 1, 131-137; [En ligne] séance du 23 janvier 2007. [cité le 3 janvier 2022]. Disponible: <https://www.academie-medicine.fr/le-defi-pour-lethique-medicale-au-eme-xxi-siecle-est-son-enseignement/>
14. Spranzi M. Les cas sauvages, les concepts éthiques et l'évolution des normes. Dans Marta Spranzi, directrice. Le travail de l'éthique. Décision clinique et intuitions morales. Mardaga; 2018, p. 103-160. Disponible: <https://www-cairn-info.ezproxy.u-paris.fr/le-travail-de-l-ethique--9782804706098-page-103.htm>
15. Spranzi M. Le rôle de l'éthique en médecine: Éthique clinique et bioéthique. [Note de cours], Université Paris Cité; 2021
16. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. Dans: Recherches qualitatives, 26(2), 1–18; 2006. DOI: <https://doi.org/10.7202/1085369ar> Disponible: http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26%282%29/blais_et_martineau_final2.pdf
17. Fainzang S. Du côté des patients. Dans Sylvie Fainzang, directrice. La relation médecins-malades : information et mensonge. Presses Universitaires de France; 2006, p. 75-117. Disponible: <https://www-cairn-info.ezproxy.u-paris.fr/la-relation-medecins-malades-information-et-mensonge--9782130558286-page-75.htm>
18. Godeau E. L'esprit de corps : Sexe et mort dans la formation des internes en médecine. Paris: Maison des Sciences de l'Homme; 2007. ISBN: 978-2735111657
19. Ministère de la Santé et de la Prévention. Observatoire national des violences en milieu de santé [En ligne]. [Lieu inconnu]. La violence en milieu de santé et l'ONVS : Un meilleur accompagnement des professionnels et des patients [mis à jour le 4 mai 2022 ; cité le 25 mai 2022]. Disponible: https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante/dgos-onvs?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000f4bfef091cbae898606add90513262d87c662e666a6f677593f9b17234f64e9408aac6e040143000852456d868675d8a597062aac3d8e41f6cb13625f34d0aaeb443aea77887f3bfbaba2d9e790e15ed7a0b4f36c72bbb68

20. Lina Torres D. Sadisme ordinaire en psychiatrie : une question taboue, en parler et agir pour l'éviter. Dans Dominique Davous éd., L'éthique à l'épreuve des violences du soin. Érès; 2014, p. 179-191. DOI: <https://doi.org/10.3917/eres.seign.2014.01.0179> Disponible: <https://www.cairn.info/l-ethique-a-l-epreuve-des-violences-du-soin--9782749243146-page-179.htm>
21. Ciccone A. La violence dans le soin. Dunod; 2014. ISBN : 9782100706044. Disponible: <https://www.cairn.info/la-violence-dans-le-soin--9782100706044.htm>
22. Elias N. La société des individus. Pocket; 1998. ISBN: 78-2266143127
23. Kotobi L, Lkhadir A. Une enquête anthropologique hospitalière autour de la pudeur et de la diversité culturelle. [Rapport de recherche] CHU de Bordeaux; 2017. [\(hal-01548731\)](#)
24. Heiniger A. Intimité et sexualité des patients : Point de vue du personnel hospitalier. [Mémoire de maîtrise en médecine]. Lausanne: Université de Lausanne; 2014 [cité le 21 décembre 2021]. Disponible: https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_A2F479E25C92.P001/REF
25. Kalindjian N, Hourantier C, Ludot M, De La Londe JG, Corcos M, Cadwallader JS, Moro MR, Lachal J, Piot MA. Experiences of French medical students during their clerkship in adolescent psychiatry: a qualitative study. Eur Child Adolesc Psychiatry. 16 févr 2022. DOI: 10.1007/s00787-021-01940-1. PMID: 35171376.
26. Davous D, Le Grand-Sébille C, Seigneur E. Introduction : Questionner autrement le soin. Dans Dominique Davous éd., L'éthique à l'épreuve des violences du soin. Érès, 2014, pp. 7-13. DOI: <https://doi.org/10.3917/eres.seign.2014.01.0007> Disponible : <https://www.cairn.info/l-ethique-a-l-epreuve-des-violences-du-soin--9782749243146-page-7.htm?contenu=resume>
27. Mamzer MF. Introduction à l'éthique médicale. [Note de cours], Université Paris Descartes; 2019
28. Le Breton D. La Chair à vif : Usages médicaux et mondains du corps humain. Métailié; 1993. ISBN: 2864241579
29. Aiguier D. Développer la compétence éthique dans la formation médicale : pourquoi ? comment ?. Dans Tréma [En ligne], 47; 2017 [mis en ligne le 01 février 2018, consulté le 15 mars 2022.] DOI : <https://doi.org/10.4000/trema.3649> Disponible: <http://journals.openedition.org/trema/3649>

Table des figures

Figure 1 - Répartition du étudiants interrogés en fonction de leur genre.....	28
Figure 2 - Répartition du étudiants interrogés en fonction de leur âge.....	28
Figure 3 – Répartition des étudiants du corpus selon les regroupements de services du tableau 1.....	30

Table des tableaux

Tableau 1 – Services dans lesquels les étudiants de notre corpus ont effectué leurs stages et leur effectif (entre parenthèses).....	29
--	----

Annexes

Annexe 1 – Spécialités médicales proposées en stage pour les étudiants de DFASM1 selon les enseignements par pôle en 2021-2022 à l'Université Paris Cité

Pôle A	Pôle B	Pôle C
Matières		
Cardiologie Pneumologie Urologie Néphrologie Maladies infectieuses	Endocrinologie -Nutrition Cancérologie Hématologie Hépatogastro (HGE)	Méd physique & réadaptation Dermatologie Gériatrie Rhumatologie Orthopédie & traumatologie
Services correspondant au pôle		
Cardiologie / médecine vasculaire / cardio- oncologie Chirurgie cardio-vasculaire Pneumologie / physio respi / département thoracique Chirurgie thoracique Onco-pneumologie Urologie Néphrologie / transplantation / physio Maladies infectieuses /Microbiologie / Antibiothérapie et hygiène hospitalière / centre de diagnostic / immunologie SMIT / équipe mobile mal inf	Chirurgie viscérale / digestive Hépatogastro-entérologie / hépatologie Endocrino / Diabétologie Oncologie / Radiothérapie / centre Maladies du Sein / Soins de suite cancérologiques / oncogénétique Chirurgie oncologique Hématologie	Rhumatologie Médecine Physique et Réadaptative Chirurgie Orthopédique - Dermatologie Gériatrie Chirurgie plastique / reconstructrice / esthétique
Stages hors pôles associés		
Réanimation Radiologie Anapathologie Médecine interne	Radiologie	Réanimation Réanimation des grands brûlés Radiologie Médecine interne -Polyclinique (PASS)

Annexe 2 – Liste des enseignements de sciences humaines et sociales qu’ont reçus les étudiants en PACES à Paris Descartes en 2018-2019

- Introduction à l’éthique médicale
- Fondements et principes de l’éthique de la recherche
- Stratégies d'adaptation et résilience face au stress et aux traumatismes
- Le médicament comme objet social
- Le don d’organes : question des besoins et de la pénurie
- Le médicament comme sujet scientifique
- Fin de vie, maladie grave, mort et médecine
- Données médicales, entrepôts de données et anonymisation
- Bien-être et mal-être au travail
- Qu’est-ce que la vérité scientifique ?
- Les origines de la médecine
- Argumentation, logique, méthode et raisonnement
- La maltraitance infantile
- Le secret professionnel

Annexe 3 - Grille d'entretien

- Dans quels services avez-vous fait vos premiers stages ? Quel stage vous a le plus marqué ?
- Pourriez-vous me raconter vos premières expériences d'interactions avec les patients lors de ce stage ?
 - Où ? Qui était présent ? Qu'est-ce qui a été abordé (ou pas) ?
 - Avez-vous été présenté au patient ? Avez-vous pu interagir avec le patient (lui parler, le toucher) ou étiez-vous seulement observateur ?
 - Quelles tâches avez-vous réalisées ? Comment cela s'est-il passé ? Quelles difficultés avez-vous rencontrées (sur le plan technique, relationnel) ?
 - Vous êtes-vous posé des questions avant d'interagir avec le patient (par exemple quand vous allez le voir seul) ? Si oui lesquelles ?
 - Que faites-vous avant de toucher un patient (lui parler, ...) ? Avez-vous eu des hésitations avant d'effectuer un geste technique ? Quels éléments vous ont aidés, rassurés ?
 - Y a-t-il des choses qui vont ont dérangées ou déroutées ?
 - Avez-vous été préparé à ces premiers échanges ou interactions ? (équipe, médecin du service, interne, cours, échanges avec les autres étudiants...)
- Apprentissage au cours du temps
 - Avez-vous le sentiment que vos interactions avec les patients ont changé entre vos premiers stages et aujourd'hui (interaction verbale, contact physique) ? Si oui, de quelle manière ? Si non, pourquoi ?
 - Vous sentez-vous plus à l'aide dans vos interactions ? Si oui, pourquoi ?
- Pouvez-vous me raconter une situation que vous avez perçue comme difficile ou qui vous a posé question en stage ? Pourquoi ?
 - Avez-vous été préparé par l'équipe d'accueil du stage (médecins ou autres soignants) ? de quelle manière ? Y a-t-il eu des échanges ou une discussion à ce propos ?
 - Qu'avez-vous ressenti ? Comment l'avez-vous géré ?
 - En avez-vous parlé avec quelqu'un par la suite ?
 - Cela vous a-t-il impacté dans les interactions suivantes avec les patients ? Si oui, comment ?
- Quelle formation ou enseignement en éthique avez-vous reçu ? Lesquels vous ont marqué ?
 - Quel est votre parcours scolaire ? Quel âge avez-vous ?
 - A quelle université avez-vous suivi votre PACES ?
 - Vous a-t-elle été utile dans la pratique hospitalière ?
 - Pouvez-vous finir par des propositions pour l'enseignement (facultaire ou hospitalier) ?

Annexe 4 - Message d'annonce diffusé sur les groupes de promotion pour la participation à l'étude

[PARTICIPATION ÉTUDE – ETHIQUE ET EXTERNAT]

Bonjour !

Je suis une étudiante en médecine qui a fait une césure pour suivre un M2 en éthique. Je prépare actuellement mon mémoire sur les questionnements éthiques des étudiants en médecine au cours de leurs stages d'externat et le lien avec les cours d'éthiques reçus à la fac.

Pour cela, je réalise des entretiens avec des externes. L'idée, c'est de pouvoir échanger avec vous sur vos expériences en stage, les interactions avec les patients et les situations qui vous ont interpellés d'un point de vue éthique.

Qui ?

Je recherche des étudiants en médecine du deuxième cycle (de la 4^{ème} à la 6^{ème} année) de l'Université de Paris Cité. Ils doivent avoir effectué une PACES à ex-P5 ou ex-P7 afin de pouvoir relier avec leur cours d'éthiques en P1.

Comment cela se déroule ?

L'entretien dure environ 30 min en zoom ou présentiel. Il peut se dérouler courant avril selon vos disponibilités. Il consiste en quelques questions sur vos expériences en stage et votre regard envers l'éthique. Un enregistrement audio est réalisé. Les données seront anonymisées.

Si vous avez des questions ou si vous souhaitez participer à l'étude, contactez-moi par mp ou au 06 23 19 15 24. N'hésitez pas à en parler autour de vous, cela m'aiderait beaucoup !

Merci d'avoir lu jusque-là et bon courage à tous !