



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

ANNÉE 2017

N°150

**QUE SONT LES COMPETENCES 'COMMUNICATION',
'COOPERATION-COLLABORATION' ET
'ERUDITION' POUR LES ETUDIANTS ET LES
ENSEIGNANTS A LA FACULTE DE MEDECINE
LYON-EST ?**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Tome 1/2

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le **JEUDI 29 JUIN 2017**
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

MACABREY Juliette
Née le 31 juillet 1988 à Vénissieux (69)

Sous la direction du Pr Yves ZERBIB et du Dr Jérôme GOFFETTE

A maman,

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Président | Frédéric FLEURY |
| Président du Comité de | Pierre COCHAT |
| Coordination des Etudes Médicales | |
| Directrice Générale des Services | Dominique MARCHAND |
| <u>Secteur Santé</u> | |
| UFR de Médecine Lyon Est | Doyen : Gilles RODE |
| UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux | Doyen : Carole BURILLON |
| Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB) | Directrice : Christine VINCIGUERRA |
| UFR d'Odontologie | Directeur : Denis BOURGEOIS |
| Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR) | Directeur : Xavier PERROT |
| Département de Biologie Humaine | Directrice : Anne-Marie SCHOTT |
| <u>Secteur Sciences et Technologie</u> | |
| UFR de Sciences et Technologies | Directeur : Fabien de MARCHI |
| UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) | Directeur : Yannick VANPOULLE |
| Polytech Lyon | Directeur : Emmanuel PERRIN |
| I.U.T. | Directeur : Christophe VITON |
| Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA) | Directeur : Nicolas LEBOISNE |
| Observatoire de Lyon | Directrice : Isabelle DANIEL |
| Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE) | Directeur : Alain MOUGNIOTTE |

Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2016/2017

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

| | | |
|----------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Blay | Jean-Yves | Cancérologie ; radiothérapie |
| Cochat | Pierre | Pédiatrie |
| Cordier | Jean-François | Pneumologie ; addictologie |
| Etienne | Jérôme | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Gouillat | Christian | Chirurgie digestive |
| Guérin | Jean-François | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| Mornex | Jean-François | Pneumologie ; addictologie |
| Ninet | Jacques | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie |
| Philip | Thierry | Cancérologie ; radiothérapie |
| Ponchon | Thierry | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Revel | Didier | Radiologie et imagerie médicale |
| Rivoire | Michel | Cancérologie ; radiothérapie |
| Rudigoz | René-Charles | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Thivolet-Bejui | Françoise | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Vandenesch | François | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

| | | |
|---------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Borson-Chazot | Françoise | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| Chassard | Dominique | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Claris | Olivier | Pédiatrie |
| D'Amato | Thierry | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| Delahaye | François | Cardiologie |
| Denis | Philippe | Ophtalmologie |
| Disant | François | Oto-rhino-laryngologie |
| Douek | Philippe | Radiologie et imagerie médicale |
| Ducerf | Christian | Chirurgie digestive |
| Finet | Gérard | Cardiologie |
| Gaucherand | Pascal | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Guérin | Claude | Réanimation ; médecine d'urgence |
| Herzberg | Guillaume | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Honorat | Jérôme | Neurologie |
| Lachaux | Alain | Pédiatrie |
| Lehot | Jean-Jacques | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Lermusiaux | Patrick | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Lina | Bruno | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Martin | Xavier | Urologie |
| Mellier | Georges | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Mertens | Patrick | Anatomie |
| Michallet | Mauricette | Hématologie ; transfusion |
| Miossec | Pierre | Immunologie |
| Morel | Yves | Biochimie et biologie moléculaire |

| | | |
|---------------|---------------|------------------------------------------------|
| Moulin | Philippe | Nutrition |
| Négrier | Sylvie | Cancérologie ; radiothérapie |
| Neyret | Philippe | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Nighoghossian | Norbert | Neurologie |
| Ninet | Jean | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Obadia | Jean-François | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Ovize | Michel | Physiologie |
| Rode | Gilles | Médecine physique et de réadaptation |
| Terra | Jean-Louis | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| Zoulim | Fabien | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

| | | |
|---------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| André-Fouet | Xavier | Cardiologie |
| Argaud | Laurent | Réanimation ; médecine d'urgence |
| Badet | Lionel | Urologie |
| Barth | Xavier | Chirurgie générale |
| Bessereau | Jean-Louis | Biologie cellulaire |
| Berthezene | Yves | Radiologie et imagerie médicale |
| Bertrand | Yves | Pédiatrie |
| Boillot | Olivier | Chirurgie digestive |
| Braye | Fabienne | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie |
| Breton | Pierre | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| Chevalier | Philippe | Cardiologie |
| Colin | Cyrille | Epidémiologie. économie de la santé et prévention |
| Colombel | Marc | |
| Cottin | Vincent | Pneumologie ; addictologie |
| Devouassoux | Mojgan | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Di Filippo | Sylvie | Cardiologie |
| Dumontet | Charles | Hématologie ; transfusion |
| Durieu | Isabelle | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie |
| Edery | Charles Patrick | Génétique |
| Fauvel | Jean-Pierre | Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie |
| Guenot | Marc | Neurochirurgie |
| Gueyffier | François | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| Guibaud | Laurent | Radiologie et imagerie médicale |
| Javouhey | Etienne | Pédiatrie |
| Juillard | Laurent | Néphrologie |
| Jullien | Denis | Dermato-vénéréologie |
| Kodjikian | Laurent | Ophthalmologie |
| Krolak Salmon | Pierre | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie |
| Lejeune | Hervé | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| Mabrut | Jean-Yves | Chirurgie générale |
| Merle | Philippe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Mion | François | Physiologie |
| Morelon | Emmanuel | Néphrologie |
| Mure | Pierre-Yves | Chirurgie infantile |
| Négrier | Claude | Hématologie ; transfusion |
| Nicolino | Marc | Pédiatrie |
| Picot | Stéphane | Parasitologie et mycologie |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rouvière Roy | Olivier Pascal | Radiologie et imagerie médicale Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| Ryvlin Saoud Schaeffer Scheiber Schott-Pethelaz Tilikete Truy Turjman Vallée Vanhems Vukusic | Philippe Mohamed Laurent Christian Anne-Marie Caroline Eric Francis Bernard Philippe Sandra | Neurologie Psychiatrie d'adultes Biologie cellulaire Biophysique et médecine nucléaire Epidémiologie, économie de la santé et prévention Physiologie Oto-rhino-laryngologie Radiologie et imagerie médicale Anatomie Epidémiologie, économie de la santé et prévention Neurologie |

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ader Aubrun Boussel Calender Chapurlat Charbotel Chêne Cotton Crouzet Dargaud David Di Rocco Dubernard Ducray Dumortier Fanton Fellahi Ferry Fourneret Gillet Girard Gleizal Henaine Hot Huissoud Jacquin-Courtois Janier Lesurtel Michel Million Monneuse Nataf Peretti Pignat Poncet Raverot Ray-Coquard | Florence Frédéric Loïc Alain Roland Barbara Gautier François Sébastien Yesim Jean-Stéphane Federico Gil François Jérôme Laurent Jean-Luc Tristan Pierre Yves Nicolas Arnaud Roland Arnaud Cyril Sophie Marc Mickaël Philippe Antoine Olivier Serge Noël Jean-Christian Gilles Gérald Isabelle | Maladies infectieuses ; maladies tropicales Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence Radiologie et imagerie médicale Génétique Rhumatologie Médecine et santé au travail Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale Radiologie et imagerie médicale Urologie Hématologie ; transfusion Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence Neurochirurgie Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale Neurologie Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie Médecine légale Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence Maladie infectieuses ; maladies tropicales Pédopsychiatrie ; addictologie Pédiatrie Pneumologie Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie Chirurgie thoracique et cardiovasculaire Médecine interne Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale Médecine physique et de réadaptation Biophysique et médecine nucléaire Chirurgie générale Epidémiologie, économie de la santé et prévention Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Chirurgie générale Cytologie et histologie Nutrition Oto-rhino-laryngologie Chirurgie générale Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale Cancérologie ; radiothérapie |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | |
|----------|-----------------|------------------------------------------------|
| Rheims | Sylvain | Neurologie |
| Richard | Jean-Christophe | Réanimation ; médecine d'urgence |
| Robert | Maud | Chirurgie digestive |
| Rossetti | Yves | Physiologie |
| Souquet | Jean-Christophe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Thaumat | Olivier | Néphrologie |
| Thibault | Hélène | Physiologie |
| Wattel | Eric | Hématologie ; transfusion |

Professeur des Universités - Médecine Générale

| | |
|------------|---------|
| Flori | Marie |
| Letrilliat | Laurent |
| Moreau | Alain |
| Zerbib | Yves |

Professeurs associés de Médecine Générale

| | |
|-------|--------|
| Lainé | Xavier |
|-------|--------|

Professeurs émérites

| | | |
|------------|-------------|--------------------------------------------------|
| Baulieux | Jacques | Cardiologie |
| Beziat | Jean-Luc | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| Chayvialle | Jean-Alain | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Daligand | Liliane | Médecine légale et droit de la santé |
| Droz | Jean-Pierre | Cancérologie ; radiothérapie |
| Floret | Daniel | Pédiatrie |
| Gharib | Claude | Physiologie |
| Mauguière | François | Neurologie |
| Neidhardt | Jean-Pierre | Anatomie |
| Petit | Paul | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Sindou | Marc | Neurochirurgie |
| Touraine | Jean-Louis | Néphrologie |
| Trepo | Christian | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Trouillas | Jacqueline | Cytologie et histologie |
| Viale | Jean-Paul | Réanimation ; médecine d'urgence |

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

| | | |
|-----------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Benchaib | Mehdi | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| Bringuier | Pierre-Paul | Cytologie et histologie |
| Dubourg | Laurence | Physiologie |
| Germain | Michèle | Physiologie |
| Jarraud | Sophie | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Le Bars | Didier | Biophysique et médecine nucléaire |
| Normand | Jean-Claude | Médecine et santé au travail |
| Persat | Florence | Parasitologie et mycologie |
| Piaton | Eric | Cytologie et histologie |

| | | |
|-----------------|-----------|--------------------------------------------------------------------|
| Sappey-Marinier | Dominique | Biophysique et médecine nucléaire |
| Streichenberger | Nathalie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Timour-Chah | Quadiri | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| Voiglio | Eric | Anatomie |

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

| | | |
|--------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Barnoud | Raphaëlle | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Bontemps | Laurence | Biophysique et médecine nucléaire |
| Chalabreysse | Lara | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Charrière | Sybil | Nutrition |
| Collardeau Frachon | Sophie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Confavreux | Cyrille | Rhumatologie |
| Cozon | Grégoire | Immunologie |
| Escuret | Vanessa | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Hervieu | Valérie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Kolopp-Sarda | Marie Nathalie | Immunologie |
| Lesca | Gaëtan | Génétique |
| Lukaszewicz | Anne-Claire | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Maucort Boulch | Delphine | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| Meyronet | David | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Pina-Jomir | Géraldine | Biophysique et médecine nucléaire |
| Plotton | Ingrid | Biochimie et biologie moléculaire |
| Rabilloud | Muriel | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| Rimmele | Thomas | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Ritter | Jacques | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Roman | Sabine | Physiologie |
| Tardy Guidollet | Véronique | Biochimie et biologie moléculaire |
| Tristan | Anne | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Venet | Fabienne | Immunologie |
| Vlaeminck-Guillem | Virginie | Biochimie et biologie moléculaire |

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

| | | |
|----------------|----------------|---------------------------------------------------|
| Casalegno | Jean-Sébastien | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Curie | Aurore | Pédiatrie |
| Duclos | Antoine | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Lemoine | Sandrine | Physiologie |
| Marignier | Romain | Neurologie |
| Phan | Alice | Dermato-vénéréologie |
| Schluth-Bolard | Caroline | Génétique |
| Simonet | Thomas | Biologie cellulaire |
| Vasiljevic | Alexandre | Anatomie et cytologie pathologiques |

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

| | | |
|---------|------------|--|
| Farge | Thierry | |
| Pigache | Christophe | |

o

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Remerciements

Au président du jury

Monsieur le Professeur ETIENNE – Je vous remercie de votre présence, votre accompagnement et votre soutien depuis mes premières années d'étude. Je vous remercie de m'avoir donné d'incroyables opportunités en congrès (Milan, Edinbourg, Barcelone...) mais aussi à la Faculté (les ateliers du tutorat 6^e année). La confiance, la liberté, la responsabilisation, l'autonomisation progressive, accompagnés d'un optimisme réaliste me permettent d'avancer, pas à pas, sans foncer dans le mur par trop d'enthousiasme. Tout cela m'aide à trouver un équilibre dans mon travail, la clinique et l'enseignement, mes idées, et le reste.

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur RODE – Je vous remercie pour votre soutien dans ce travail, d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de continuer les réflexions pédagogiques, d'écouter les sollicitations étudiantes, de les prendre en compte.

Monsieur le Professeur FAUVEL – Je vous remercie également pour votre soutien dans ce travail et d'autres, pour vos encouragements à aller plus loin, à persévérer dans l'idée d'améliorer toujours la formation des étudiants

Monsieur le Professeur DUBOIS – Je ne le dirai jamais assez, mais merci encore de votre disponibilité à la dernière minute et de votre intérêt pour ce travail. Votre présence en tant que médecin généraliste est pour moi capitale.

A mes directeurs de thèse

Monsieur le Professeur ZERBIB – Pour ta présence depuis avant même le début de mon internat. Ta motivation persistante. Ton accueil si positif et encourageant lorsque nous avons discuté de mes projets la première fois. L'accompagnement au cours de mon mémoire de M2 puis cette thèse, mais aussi mon parcours d'interne en tant que tuteur, et puis je l'espère futur collègue. Pour m'avoir rappelé l'importance de la bonne tenue d'un agenda. Pour m'avoir ouvert les portes du CUMG. Pour toujours faire la part des choses entre le travail et la vie personnelle, et toujours m'avoir fait comprendre que la vie privée passe en premier, rien de plus normal en fait !

Monsieur le Docteur GOFFETTE – Pour apporter un regard extérieur à la médecine sur mon sujet, complémentaire, très enrichissant. Pour être toujours d'un grand soutien dans mon travail et pour les lectures complémentaires.

Merci à vous d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail et de me faire l'honneur de participer au jury de ma thèse.

Aux enseignants

L'équipe de la Faculté de Médecine Lyon Est – Pour m'avoir encouragée à continuer dans cette démarche de réflexion pédagogique.

Le CUMG de Lyon – Pour m'avoir accueillie, encouragée, soutenue dans mes démarches. Pour m'avoir donnée l'occasion de discuter et de m'entraîner à l'occasion d'une présentation orale. Mais aussi merci à Mme GRAS pour la disponibilité et le prêt de matériel qui m'a fait gagner un temps incroyable sur mes retranscriptions.

Les étudiants et enseignants qui ont participé aux entretiens – pour votre bonne humeur, votre disponibilité, vos réflexions si intéressantes, vos bonnes idées et toujours, votre optimisme rafraichissant et remotivant.

Les étudiants et l'équipe des ateliers du tutorat DFASM – L'enseignement c'est cool, c'est motivant, il y a du répondant même si on ne reste pas dans les sentiers battus, les ECN ne sont pas une fatalité ! Merci pour ces moments d'enseignement incroyables.

Yasmine et Gérard – Pour m'avoir ré-ouvert les portes de la clinique, et de l'ambulatorio. Pour m'avoir montré que c'est bien ça la médecine que je souhaite pratiquer, de m'avoir rassurée et remise en confiance à un moment où j'en avais bien besoin. Merci pour tout.

Aux copains de l'internat

Le Syrel – Une structure jeune, motivée, qui se renouvelle avec toujours de nouvelles idées, de la fraîcheur, de la motivation, qui m'a permis de trouver un cadre et des objectifs dans une année pas évidente qu'était l'année recherche à la maison, et de pouvoir avoir une transition toute en douceur ensuite.

Mes co-internes – Marie, Charlotte, Sylvain, Maud, et les autres ... – Pour m'avoir appris les subtilités (ou pas) du travail avec ses pairs, le plaisir de travailler à plusieurs.

Le groupe de GEP (puis pairs) – Maud, Léa et Pauline – Pour ces séances de décompensation, de partage, de réassurance, de renforcement sur notre pratique... De bons prétextes pour une bonne bouffe au final, mais si importants pour nous accompagner tout au long de nos dernières années d'études et les premières années de pratique de certaines... pas encore pour moi, je traîne un peu, mais bientôt ! Et j'espère que cela durera !

Aux copains

Olivia et Mathieu – Merci d'être toujours là, pour les excursions au soleil turinois, la famille bouquetin de la Vanoise, la sortie chocolat plutôt que la rando sous la neige un certain 14 juillet, et surtout les bons moments de rigolade et votre présence toujours pour partager les bons, et moins bons moments de la vie.

Aurélié – Depuis ce premier jour de classe où nous avons été forcées de s'avoir à côté... Nous sommes toujours aux côtés l'une de l'autre. Merci pour tous ces moments, depuis les craquages de fin de journée de P1 jusqu'à un grand voyage à l'autre bout du monde, en passant par le (seul) petit boulot de serveuse rocambolesque.

Mémé – Parce que parfois les ateliers c’est pas facile. Ton sourire, ton optimisme et ta disponibilité m’ont aidée à continuer avec plaisir même si parfois on en a fait un peu trop pour notre propre bien ! Et puis notre compréhension mutuelle, les discussions si faciles depuis une certaine balade dans la neige, le plaisir d’apprendre à connaître Poussin et des jeux à venir !

Charline, Paulette, Qkipu, Nano, Martin – Merci de votre présence, de votre simplicité, d’être vous en fait. Une amitié incroyable qui est toujours ressourçant après nos intenses week-ends passés ensemble. J’espère que cela durera encore longtemps avec autant de plaisir à se retrouver et le cœur serré à rentrer chacun chez soi au final...

Pierre – Pour ton accompagnement, ton soutien dans l’engagement étudiant. On n’est pas si fous de vouloir s’investir, merci d’avoir toujours compris ça et m’avoir toujours encouragée et faite réfléchir sur tout cela. Merci pour les soirées cinéma passées, et j’espère encore beaucoup d’autres à venir !

Claire et Charly – Un super premier resto à quatre et le début d’une incroyable aventure. Ça a été si simple dès le début, pourtant ça ne fait pas si longtemps, mais j’espère que ça présage de beaucoup de sorties et soirées jeux à venir sur fond de discussions syndicales, politiques, ou autre...

Toute la bande des ‘WE COPAINS’ – Parce qu’on est comme on est, et que tous les 6 mois on peut être sans crainte aucune du regard des autres. Les moments de partage incroyable et cette force du groupe toujours présent pour tout le monde depuis des années, dans les bons moments, et ceux un peu plus difficiles.

Aux Plagnard-Malatray

Héloïse – ... depuis si longtemps ! Sans rire, alors que nous espionnions nos profs à Claria il y a plus de 20 ans je n’imaginai pas qu’on serait encore aux côtés l’une de l’autre ce jour et encore moins que nous ferions les mêmes études... Merci pour tout, un lien qui dure et qui ne fait que se renforcer avec le temps. Il y a tellement de choses à dire... Je te souhaiterai simplement un très bon anniversaire !

Matthieu et Maxence – Pour votre présence à nos côtés et surtout aux côtés d’Hélo. Merci pour tous ces bons moments partagés et ceux à venir. Merci de nous inviter à participer à te voir grandir si vite Maxou... Merci de former une si belle famille tous les trois, c’est un bonheur de vous voir si souvent, et j’espère continuer ainsi, à force de zoo, rando et rien que ça, quoique... peut-être un peu de plage... !

Aux Fenouil

Chantal et Jo – Pour m’avoir accueillie si chaleureusement depuis le tout début (et même avant) dans votre famille. Votre intérêt toujours présent pour mon travail, et notamment ce travail. Les discussions plus ou moins animées, les petites (et grandes) attentions du quotidien mais pas que.

Romain, Anne-Laure, Basile – Vous aussi m’avez accueillie à bras ouverts dans la famille. Merci pour tous ces beaux moments partagés, ces discussions plus ou moins animées politiques, éducatives, et d’autres moins sérieuses, parfois autour de jeux, sur un sentier, au bord d’une piscine...

Et tous les autres Fenouil, Duchamp et affiliés – Pour tous ces bons moments de partage passés et à venir.

A ma famille

Les Macabrey, les Charbonnier et affiliés – Ma famille, à tous, pour votre présence toujours, vos différences, et tout ce que chacun d’entre vous m’aura appris depuis des années et continuera dans les années à venir.

Marie, Louise – Mes cousines, pour ces bons moments, les parties de bataille corse, les dégustations de rhum, l’accueil à Pléven toujours si agréable avec les filles, la descente du Doubs en canot gonflable...

Brigitte et Gérard – Merci ! Pour cette une relecture plus que minutieuse de ma copie, le recul que je n’avais plus sur toutes ces pages. Et puis bien sûr toujours l’accueil chaleureux, les tartes si bonnes, les croûtes aux champignons... On en passe !

Sly et Chloé – Grand frère, merci de toujours garder un œil vigilant et bienveillant sur mon parcours. De me rappeler que la médecine c’est pas tout et qu’il y a pleins d’autres choses très intéressantes ailleurs. Les différences font la richesse surtout dans les relations humaines, les accepter est encore plus intéressant ! Merci d’être là, tranquillement, toujours présents.

Papa – Pour ton soutien inconditionnel ! La transmission de la valeur de l’effort, de la persistance, la précision, si précieux dans mon travail mais surtout dans ma vie de tous les jours. Et puis pour me permettre de prendre du recul sur tout cela, avec une pointe d’humour, c’est qu’il ne faudrait pas trop se prendre au sérieux non plus. Et tout le reste depuis bientôt 29 ans et tout ce qu’il y a encore à venir...

Maman – Pour tout ...

Et enfin...

Tanguy – Mon compagnon de tous les jours. Ton soutien constant. Tes coups de boost. Tes questionnements, tes points de vue parfois différents des miens qui me rappellent que des évidences pour moi ne le sont pas forcément pour les autres, qu'il y a toujours plusieurs façons de voir les choses. Ta présence tout simplement. Juste toi en fait.

Mininouil – Ta présence déjà incroyable, merci de m'avoir déconcentrée pendant les dernières heures de travail ! Oui la thèse c'est bien, mais il n'y a pas que ça ! Quelle perspective réjouissante cette rencontre incroyable à venir très bientôt, tout ce qu'il faut pour ne pas trop déprimer de ne plus travailler ma thèse...

Merci à tous ceux qui m'ont accompagnée de près ou de loin dans mes études.

Sommaire

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Partie I - Introduction | 4 |
| Partie II - Matériel et méthodes | 7 |
| I - Préambule sur la pédagogie | 8 |
| II - La notion de compétence | 14 |
| III - Les compétences en médecine dans le monde | 17 |
| IV - Travail personnel : le choix des compétences étudiées..... | 24 |
| V - Recherche bibliographique..... | 29 |
| VI - Recherche qualitative par entretien collectif ou <i>Focus Group</i> | 29 |
| VII - Protocole | 30 |
| Partie III - Résultats..... | 31 |
| I - Analyse descriptive | 32 |
| II - Le concept de compétence..... | 33 |
| III - Collaboration-coopération..... | 35 |
| IV - Communication..... | 40 |
| V - Erudition..... | 48 |
| Partie IV - Analyse – Discussion | 52 |
| I - Synthèse des résultats | 53 |
| II - Réflexion sur l'apport du travail et la méthodologie..... | 55 |
| III - Discussion sur les définitions pré-existantes canadiennes et françaises | 57 |
| Partie V - Conclusions..... | 69 |
| Annexes | 72 |
| Bibliographie | 93 |
| Table des matières | 99 |
| Table des illustrations..... | 104 |

Abréviations

| Abréviation | Explication |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 2A | 2 ^e année |
| 3A | 3 ^e année |
| 4A | 4 ^e année |
| 5A | 5 ^e année |
| 6A | 6 ^e année |
| ASPPIRE | Accompagnement et Soutien Pédagogique Personnalisé pour la Réussite des Etudiants |
| AVC | Accident Vasculaire Cérébral |
| BU | Bibliothèque Universitaire |
| CC | Contrôle de Connaissances |
| CEC | Circulation Extra-Corporelle |
| CHU | Centre Hospitalo-Universitaire |
| CM | Cours Magistral |
| CNU | Conseil National des Universités |
| CSCT | Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique |
| D1 | Troisième année des études médicales |
| D2 | Quatrième année des études médicales |
| D3 | Cinquième année des études médicales |
| D4 | Sixième année des études médicales |
| DECT | Téléphone sans fil |
| DFASM | Diplôme de formation avancé en sciences médicales |
| DFGSM | Diplôme de formation générale en sciences médicales |
| E | Enseignant |
| ECG | ElectroCardioGramme |
| ECN | Epreuves Nationales Classantes |
| ED | Enseignement Dirigé |
| FEVG | Fraction d'Ejection Ventriculaire Gauche |
| HCL | Hospices Civils de Lyon |
| HEC | Haute Ecole de Commerce |
| HEH | Hôpital Edouard Herriot |
| HFME | Hôpital Femme Mère Enfant |

| Abréviation | Explication |
|--------------------|-------------------------------------------------------------|
| IADE | Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat |
| IBODE | Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat |
| IPE | Initiatives Pédagogiques Etudiantes |
| IRM | Imagerie par Résonance Magnétique |
| LCA | Lecture Critique d'Article |
| Observ' | Observation |
| P1 | Première année des études médicales |
| P2 | Deuxième année des études médicales |
| PACES | Première Année Commune des Etudes de Santé |
| PH | Praticien Hospitalier |
| PL | Ponction Lombaire |
| PU | Professeur des Universités |
| QCM | Question à Choix Multiple |
| QR | Questions-Réponses |
| QROC | Question à Réponse Ouverte Courte |
| RCP | Réunion de Concertation Pluridisciplinaire |
| S1 | Semestre 1 |
| S2 | Semestre 2 |
| SHS | Sciences Humaines et Sociales |
| SSH | Santé Société Humanité |
| STAPS | Sciences et techniques des activités physiques et sportives |
| TP | Travaux Pratiques |
| UE | Unité d'Enseignement |

Partie I - Introduction

Les objectifs de la formation des étudiants en médecine en France ont été récemment redéfinis **par l'arrêté du 8 avril 2013**, relatif au régime des études du premier et du second cycle des études médicales. Ainsi en fin du second cycle, un étudiant français doit avoir acquis :

- « 1. des **connaissances** relatives aux processus physiopathologiques, à la pathologie, aux bases thérapeutiques et à la prévention complétant et approfondissant celles acquises au cours du cycle précédent,
2. une formation à la **démarche scientifique**,
3. un apprentissage du **raisonnement clinique**,
4. des **compétences génériques** préparant au 3^{ème} cycle des études médicales. »

À la différence des connaissances qui sont relatives au savoir, **les compétences génériques** sont celles liées au comportement (**le savoir-être et le savoir-faire**). Elles ne sont pas spécifiques à la formation médicale et peuvent être celles utiles à d'autres professions, d'où l'utilisation du terme « générique ». L'utilisation des compétences génériques est nécessaire afin d'appliquer une habileté à une situation concrète.

L'arrêté du 8 avril 2013 précise les compétences génériques à acquérir : celles de **communicateur**, de **clinicien**, de **coopérateur**, de membre d'une **équipe** soignante **pluriprofessionnelle**, d'**acteur de santé publique**, de **scientifique** et de **responsable au plan éthique et déontologique**. Le futur médecin doit également apprendre à faire preuve de **réflexivité**. En fin de cursus, le nouveau **certificat de compétence clinique** défini la même année doit permettre **de vérifier l'acquisition de l'ensemble des compétences** et la capacité de synthétiser celles-ci (1).

Toujours dans l'arrêté de 2013, l'acquisition des compétences génériques est mise en parallèle avec l'acquisition du savoir médical. Or, nous savons que **le savoir fait partie des compétences, mais pas l'inverse**. En effet, une compétence utilise ce savoir-être en situation, d'où la notion plus globale du terme de « **savoir-agir** ». Jusqu'à récemment, l'enseignement médical en France fixait des objectifs centrés sur les connaissances. Mais les médecins généralistes et d'autres, ont établi pour les étudiants du 3^e cycle d'études médicales, leurs propres référentiels métiers en développant préférentiellement **un apprentissage par compétences**.

Dans de nombreux pays notamment anglo-saxons, les objectifs de formation des étudiants en médecine sont beaucoup plus larges et intègrent l'acquisition de compétences. Ainsi au **Canada**, en fin de cursus médical, l'étudiant doit atteindre un certain niveau dans les compétences, principalement dans l'érudition, l'expertise médicale, la communication, la collaboration, la gestion, la promotion de la santé et le professionnalisme. Ces compétences, connues sous le nom de compétences *CanMEDS 2015* (2), semblent avoir inspiré les responsables français. L'objectif final est d'offrir aux patients des soins de qualité dans leur globalité (3). Les **Écossais** sous le terme de *Scottish Doctor* (4) et les **Suisses** au travers du *Swiss Catalogue of Learning Outcomes* (5) ont également défini leurs objectifs de formation par une approche par compétences.

Actuellement en France, l'évolution progressive du mode de formation des étudiants en médecine est associée à une certaine crainte du changement du modèle pédagogique. Il semble important pour faciliter cette évolution de **reconnaître ce que représente une compétence pour les étudiants et enseignants, et d'évaluer la pertinence ou non de ce concept pour la médecine française**. Pour cela, nous nous sommes d'abord basés sur le référentiel canadien, un des plus largement utilisés au niveau international et qui a été réévalué en 2015. Nous avons sélectionné trois compétences qui nous apparaissaient plus faciles à appréhender par les étudiants et enseignants **de la Faculté de Médecine Lyon Est**, souvent peu familiers avec le concept de compétence. Il s'agissait des **compétences de collaboration-coopération, de communication et d'érudition**. Nous avons réalisé une enquête pour recueillir et analyser les **conceptions, les représentations et les interrogations** des uns et des autres. Le but était d'**évaluer la pertinence de ces concepts** pour les étudiants et les enseignants afin d'œuvrer à leur plus grande diffusion et surtout pour un meilleur apprentissage du métier de médecin.

Partie II - Matériel et méthodes

I - Préambule sur la pédagogie

1 - Histoire de la pédagogie médicale

Si l'histoire de la médecine est bien connue, l'histoire de la pédagogie médicale l'est beaucoup moins. Nous avons essayé de retrouver quelques modes d'enseignement de la médecine dans les différentes civilisations et au cours de l'histoire (6) (7).

A. Antiquité

- A l'époque de la médecine égyptienne de 4000 à 1000 avant Jésus-Christ, aucune école de médecine n'existe, mais il y a des maisons de vie. La **transmission** de la pratique médicale se fait alors **de père en fils**.

- Dans les légendes hindoues, Charaka était un grand enseignant qui recommandait aux jeunes gens qui désiraient apprendre la médecine de se **trouver un bon maître**. Il définit ce dernier dans ses commentaires sur *Ayurveda* (500 avant JC) de la façon suivante : « celui dont les préceptes sont solides, dont l'aptitude pratique est largement reconnue, qui est intelligent, agile, droit, et sans reproche ; celui qui sait aussi comment utiliser ses mains, a les instruments nécessaires et tous ses sens pour lui, qui est à l'aise avec les cas simples et sûr des traitements dans ceux qui sont difficiles ; celui qui a un apprentissage authentique, désaffecté, non morose ni passionné, et qui est autant patient et aimable avec ses élèves. »

- La Grèce antique : La première école médicale a été ouverte à Croton au 5^e siècle avant JC. Alcmeon y était un enseignant très prisé, notamment pour ses démonstrations de **dissection**.

En Grèce, la **pédagogie médicale était basée sur l'expérience** plutôt que sur les livres. L'entraînement pratique était généralement acquis d'un père médecin ou par un étudiant aspirant qui apprenait lui-même d'un praticien sur un certain nombre d'années. Dans Les Lois (8), Platon émet une distinction entre les médecins et leurs assistants par leur apprentissage. La **place du maître et de la transmission** du savoir dans le serment d'Hippocrate illustre bien l'importance du lien maître-élève chez les Anciens.

- La période romaine : Galien recommandait d'élaborer des manuels d'instructions écrits, notamment concernant les dissections. Petit-à-petit est apparue une **standardisation de l'instruction médicale** dans l'empire romain. Pendant ce temps s'est développée la **séparation de la théorie et de la pratique** éloignant la chirurgie de la médecine.

B. Moyen-âge

a. Europe

- Le support principal d'enseignement est le *Corpus Hippocraticum* qui est transmis en latin ou en grec de médecin à médecin. Ceux-ci ne réécrivent pas les textes de leurs prédécesseurs et se contentent alors de perpétuer la tradition classique athénienne en ajoutant leur pierre à l'édifice. A cette époque, **les religieux conservent le savoir**, ils sont les seuls à pouvoir lire les auteurs anciens. La Foi et la médecine sont liées pour plusieurs siècles.

- L'école de Salerne fut la première Ecole de Médecine fondée en Europe (IX^{ème}-XI^{ème} siècle) : peu d'éléments ont traversé les siècles sur l'enseignement prodigué dans cette grande école. Nous savons que **l'enseignement était ouvert à tous** et réalisé en italien, grec, latin et arabe. De plus, dans le domaine de l'anatomie, les étudiants pouvaient suivre des exposés tout comme réaliser des autopsies.

- L'éclosion des universités est survenue au XIII^{ème} siècle : malgré les avancées intellectuelles, dans le domaine de la médecine, le contrôle par les religieux reste très présent et les textes des auteurs respectés. Des écoles de médecine apparaissent avec des épreuves sur 5 à 6 ans définissant différents grades : bachelier licencié et maître ou docteur. C'est à cette époque que Roger Bacon, homme du clergé, fut un des premiers à relever **l'importance de l'acquisition du savoir par une recherche initiale** plutôt que par les autorités en place. Mais son travail eut peu de reconnaissance à son époque.

b. Monde musulman

Dès le X^{ème} siècle, sous le Calif Al-Muqtadir, un examen préliminaire est obligatoire avant d'exercer la médecine. Il existe des structures d'enseignement proches d'hôpitaux. **L'apprentissage est possible auprès d'un maître ou d'une école hospitalière.** Les élèves doivent examiner les malades puis les confier à des assistants plus expérimentés avant que le maître ne confirme le diagnostic et le traitement. Nous pourrions faire un parallèle avec l'institution hospitalo-universitaire que nous connaissons, dont les débuts ne remontent en Europe qu'au XVIII^e siècle.

c. Chine

- Dynastie des Sung (960-1280) : l'instruction des étudiants est basée sur les canons de la médecine

- Dynastie Mongole (1280-1368) : des examens sont introduits ainsi qu'un **système de licences médicales.**

- Dynastie Ming (1368-1644) : fondation du 1^{er} collège médical de Chine à Peiping

C. La Renaissance et après

- Au XV^{ème} siècle, c'est la renaissance des grandes écoles italiennes telles que Padoue, Bologne, Ferrare et Pise. En Angleterre, les écoles continuent l'enseignement théorique basé sur les écrits des Anciens.
- Au XVI^{ème} siècle, le *Royal College of Physicians* est fondé en Angleterre sous Henry VIII avec l'apparition d'un système de **licences**.

D. 1600-1800 : la période de transition

La renaissance a permis la laïcisation de la médecine et la transition vers les prémisses de l'expérimentation.

- Locke et Sydenham décrivent qu'**un étudiant en médecine nécessite un entraînement par observation et par méthode inductive, de l'exercice et de la pratique** dans son secteur, et une conscience de la rationalité, des lois et limites en médecine. Il apparaît que l'étudiant doit avoir l'opportunité de côtoyer largement la pratique médicale quotidienne.
- Suite à la Révolution Française, les écoles de santé furent fermées, puis ré-ouvertes à Paris, Montpellier et Strasbourg. Les professeurs y sont désignés et payés par l'Etat. Les étudiants sont en nombre déterminé et ils bénéficient tous du même enseignement quel que soit leur spécialité future. Cet enseignement allie théorie et pratique par des dissections et la fréquentation régulière et obligatoire des hôpitaux. Il s'agit d'une **médecine d'observation**. **L'hôpital devient un lieu d'apprentissage** où se développent les progrès médicaux. A la fin des études, **l'Etat délivre un diplôme** sanctionnant un type unique de formation. Seul ce brevet permet l'exercice de la médecine. Le latin cède la place au français, et l'Eglise perd toute autorité sur le fonctionnement des Facultés et des hôpitaux.
- En Amérique du Nord, l'enseignement commença par le compagnonnage avec le couple apprenti-maître. L'influence des évolutions européennes ne se fait sentir qu'aux XVIII^e et XIX^e siècles avec l'apparition d'une école de médecine au Collège de Philadelphie en 1765. Suit la création de l'*American Medical Association* en 1847 qui institua des critères de sélection des étudiants en médecine ainsi que des examens de certification.

E. XIX^{ème} siècle

- La médecine s'affranchit progressivement de la philosophie, elle s'éloigne de l'abstraction pour se consacrer à **l'observation**, aux faits et aux sciences dites « exactes ».
- Le métier de médecin est soumis à de nombreux changements avec le **développement des sciences expérimentales et l'apparition d'outils diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques**. Une adaptation de l'enseignement est nécessaire. En Europe du Nord, une plus grande importance est donnée aux sciences fondamentales, ce qui diminue la place de la clinique. Malgré cela, **la France reste attachée à la prédominance de la clinique** sur le laboratoire. Les concours hospitaliers ont ainsi plus de prestige que les concours universitaires.

F. XX^{ème} siècle

Le développement des savoirs, des techniques de recherches, des traitements, des modes d'exercice, la rapidité des changements, la facilité de communication, l'internationalisation des pratiques... tous ces éléments font que l'enseignement de la médecine a dû s'adapter. Aux Etats-Unis d'Amérique, **Flexner (1863-1946) réforme l'enseignement** en diffusant en **1910** des normes et des schémas didactiques rigoureux aux Facultés comme aux hôpitaux d'enseignement avec comme objectif d'**assurer une qualité homogène dans la formation des médecins**. Un enjeu de taille apparaît : permettre aux futurs médecins de pouvoir s'adapter eux-aussi à ces évolutions une fois qu'ils seront en exercice.

Après la deuxième guerre mondiale, des rencontres internationales ont lieu entre enseignants pour réfléchir aux changements à effectuer. **Les premiers départements de pédagogie médicale apparaissent aux Etats-Unis dans les années 1960. En 1972 fut créée la *World Federation for Medical Education (WFME)*** dont la mission est d'améliorer la qualité de la pédagogie médicale dans le monde entier et de promouvoir les meilleurs standards en pédagogie médicale (9).

Dans la suite de ce mouvement, **la même année, fut créée l'*Association for Medical Education in Europe (AMEE)***. Instance initialement à portée européenne, elle est maintenant reconnue dans le monde entier. L'AMEE promeut l'excellence internationale en pédagogie dans les professions de santé à travers un continuum allant du premier cycle universitaire jusqu'à la formation continue en passant par le troisième cycle. L'AMEE, en association avec d'autres organisations, **soutient les enseignants et les institutions dans leurs activités pédagogiques et dans le développement de nouvelles approches** de l'organisation des cursus, des méthodes d'enseignement et d'apprentissage, des techniques d'évaluation et la

gestion de l'éducation. Cela est en réponse aux progrès médicaux, aux changements dans l'administration des soins et des demandes des patients, et aux nouvelles méthodes et courants de pensée en pédagogie (10). Ces associations continuent aujourd'hui de travailler sur les problématiques actuelles de pédagogie médicale qui semblent toujours se renouveler.

Enfin, **dans les années 90 émerge le concept de la pédagogie médicale fondée sur les preuves** avec le développement de la recherche associée (11).

Au vu de l'évolution de la pratique médicale et de son enseignement, nous comprenons comment **la pédagogie médicale bascule progressivement du modèle transmissif à des théories cognitivistes et constructivistes**. En effet, de nos jours et dans les sociétés occidentales, les enjeux de l'exercice médical nécessitent **un enseignement plus individuel** où l'étudiant peut s'approprier le savoir, le savoir-être, le savoir-faire, les réutiliser, les adapter et pouvoir agir.

Pour conclure sur ces éléments, nous reprenons les mots du rapport au ministre de l'éducation nationale concernant les livrets de compétences datant de 2007 : « **L'approche par les compétences doit viser à lutter contre la fragmentation des apprentissages** – telle qu'elle est mise en œuvre dans les stratégies de pédagogie par objectifs – en redonnant à ceux-ci une finalité visible, tout en conservant les objectifs de maîtrise des savoirs fondamentaux ou plus complexes dans leur mise en œuvre effective et leur mise en synergie, en s'attaquant à la difficile problématique du transfert des connaissances d'un contexte à un autre. ». « La focalisation sur la notion de compétences permet donc de porter une attention accrue aux processus d'apprentissage, à la façon dont l'élève apprend et utilise ses connaissances, et finalement au fonctionnement cognitif des individus. » (12).

2 - Les théories de l'apprentissage

Il existe une évolution dans le temps des théories de l'apprentissage. Etudiant les facteurs susceptibles de favoriser la transmission et l'acquisition des savoirs dans le processus d'enseignement, elles permettent de donner des explications sur le processus d'apprentissage et, à terme, leur application permet de formuler des hypothèses de recherche.

A. Modèle transmissif

Il s'agit de la forme traditionnelle d'enseignement **centré sur l'enseignant** qui correspond plus à un modèle d'enseignement qu'à un modèle d'apprentissage (13). Il repose sur les hypothèses de la neutralité conceptuelle de l'élève et la non-déformation du savoir transmis.

L'enseignant a un rôle de présentation du savoir, **l'élève reçoit les informations et y est attentif**, mais il n'a pas de travail de recherche (14).

B. Théories behavioristes (15)

- Pavlov (1849-1936) et le réflexe conditionnel : l'explication physiologique de l'apprentissage est basé essentiellement sur le **conditionnement**.
- Watson (1878-1958) et le conditionnement externe : l'homme n'est que le reflet de son milieu, que le résultat des conditionnements qu'il subit. La **thèse du « modelage »** repose sur les conditions externes pour transformer / former les élèves.
- Skinner (1904-1990) et le conditionnement opérant : il s'agit de l'**apprentissage par l'action**, l'expérience, par essais et erreurs, guidés par un renforcement négatif ou positif.

C. Théorie gestaltiste (de l'*insight*) (15)

Wertheimer (1880-1943), Koffka (1886-1941) et Köhler (1887-1967) : l'apprentissage doit faire appel à la **compréhension par *insights*** (réflexion) et à une **pensée véritablement créatrice**. Il ne s'agit pas de solliciter des présentations d'éléments morcelés de connaissances à relier progressivement entre eux par mémorisation (l'apprentissage par cœur).

D. Théories cognitives (15)

- Piaget (1896-1980) et le constructivisme : la **connaissance** ne se transmet pas verbalement, elle doit être nécessairement **construite et reconstruite par celui qui apprend**. Elle se construit grâce au processus d'équilibration des structures cognitives, en réponse aux sollicitations et aux contraintes de l'**environnement**.
- Vygotsky (1896-1934) et le socioconstructivisme : l'acquisition des connaissances passe par un processus qui va du social (connaissances interpersonnelles) à l'individuel (connaissances intrapersonnelles). L'enseignant, dans cette perspective, a un rôle de « **facilitateur des apprentissages** », de « médiateur ».
- Bruner (1915-2016) : l'apprentissage se fait par la **découverte**, l'exploration et l'action, qui ont une fonction déterminante de la médiation ou de l'étayage. Le sujet interprète les informations.
- Moscovici (1928-2014) : les **représentations sociales** des sujets constituent de véritables filtres face à toute intervention éducative.
- Entwistle (1936-) : c'est le modèle des influences interagissant sur l'apprentissage (16).

II - La notion de compétence

Il existe de nombreuses définitions et conceptions de la compétence en pédagogie qui traduisent sa complexité et la difficulté à la cerner. Nous retiendrons que la définition du concept de compétence dépend de la position épistémologique de l'auteur, de la conception de l'objet principal, de la dynamique propre à la notion de compétence, de l'amplitude attribuée à la compétence et de la finalité. En somme, il s'agirait de **mobiliser diverses ressources pour agir dans une situation donnée** (12).

Nous préciserons enfin que « être compétent » est bien différent de « avoir des compétences ». Dans le premier cas, il s'agit d'agir avec compétence (mettre en œuvre des pratiques professionnelles et des combinaisons de ressources pertinentes), avoir des compétences signifie plutôt d'avoir les ressources pour agir avec compétence (17).

1 - Définition de Jacques Tardif

« Un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes ou externes à l'intérieur d'une famille de situations » (18).

Cette définition est très riche. Nous voyons qu'il est question d'un **savoir-agir** qui permet de donner un caractère plus global à la compétence que ne le serait un ensemble de savoir-faire. Le **contexte** dans lequel la compétence est mise en œuvre est indissociable de la compétence elle-même. Les éléments qui constituent ce savoir-agir sont entre autres les **ressources internes** (les connaissances, les attitudes, les valeurs... de l'individu) mais aussi **externes** (tout ce que l'individu pourra intégrer au processus qui est extérieur à lui-même). L'intégration du concept de famille de situations permet de rappeler le **lien avec la pratique** de cette définition. Il s'agit d'un savoir-agir dans un domaine bien particulier. Ainsi il est possible de définir **plusieurs compétences pour différents domaines**. Une liste non exhaustive peut être déclinée permettant de délimiter les situations, ou les grandes configurations de situations, dans lesquelles une compétence peut être mise en œuvre (18).

Si nous reprenons les différents éléments dont dépendent les définitions du concept de compétence, nous relevons :

- position épistémologique de l'auteur : constructiviste
- objet principal : l'étudiant
- dynamique : processus évolutif
- amplitude : large, ressources internes et externes

- finalité : traitement d'une situation

La compétence ainsi conçue présente différents caractères : intégrateur, combinatoire, développemental, contextuel et évolutif (17).

Par ailleurs, en France, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) reprend cette définition élaborée par Jacques Tardif pour définir le cadre des compétences du médecin généraliste (19).

2 - Définitions proposées par un groupe international de collaborateurs sur les études de médecine basées sur l'acquisition de compétences (*International CBME Collaborators*) (20)

Ce groupe de travail distingue *competence* et *competency* qui est difficile à traduire en français, les deux termes se traduisant par « compétence ».

Nous traduisons la définition de *competence* (pluriel : *competences*) ainsi : « l'éventail des **capacités** à travers de **multiples domaines** ou aspects de la performance d'un médecin, dans un **certain contexte**. » Les déclarations sur une compétence nécessitent des qualificatifs descriptifs pour définir les habiletés, le contexte et le niveau d'étude pertinents. La compétence est un **concept multidimensionnel et dynamique**. Elle change avec le temps, l'expérience et l'environnement.

Nous traduisons la définition de *competency* (pluriel *competencies*) de cette façon : « **une capacité observable** d'un professionnel de santé **intégrant de multiples éléments** tels que le savoir, les aptitudes, les valeurs et les comportements ». Comme les compétences sont observables, elles peuvent être **mesurées et évaluées** pour assurer leur acquisition. Les compétences peuvent être assemblées comme des briques pour faciliter un développement progressif.

Nous travaillons sur la question de l'apprentissage par compétence, dont la définition se rapproche plutôt de la deuxième. Il est question de pouvoir observer la mise en œuvre des compétences, de pouvoir les enseigner et les évaluer. Elles regroupent différents éléments qui s'associent au savoir, au savoir-être et au savoir-faire. Elles sont interconnectées les unes aux autres pour permettre une action de la part du soignant.

3 - Les études de médecine basées sur l'acquisition de compétences

D'après une revue de la littérature internationale sur le sujet, une équipe canadienne a pu définir le concept de *Competency-based education*, apprentissage par compétence, à partir des 173 articles inclus dans leur étude :

« *Competency-based education (CBE) is an approach to preparing physicians for practice that is fundamentally oriented to graduate outcome abilities and organized around competencies derived from an analysis of societal and patient needs. It deemphasizes time-based training and promises greater accountability, flexibility, and learnercentredness.* »

Nous le traduisons ainsi : « l'enseignement par compétences est une approche pédagogique préparant les médecins à une **pratique fondamentalement axée sur la certification de l'acquisition d'aptitudes** (*abilities*), et organisant ces acquisitions à partir des **besoins de la société et des patients**. Elle diminue la formation basée sur le temps, et permet une plus grande **responsabilité, flexibilité** et une **approche centrée sur l'apprenant** de meilleure qualité » (21).

Le groupe international de collaborateurs CBME a choisi une définition plus courte que nous traduisons ainsi : « une approche par objectifs de la conception, de la mise en œuvre, de l'évaluation et le contrôle des programmes pédagogiques en médecine, utilisant une **trame organisée de compétences** (*competencies*) » (20).

Il s'agit de **concevoir tout un curriculum de sa conception à sa mise en œuvre (les enseignements, les évaluations des étudiants mais aussi le corpus du curriculum) basé sur l'acquisition de compétences**. L'objectif étant un meilleur apprentissage de la fonction de professionnel de santé. Nous remarquons que ces définitions s'incluent dans une réflexion d'amélioration de la préparation à la vie professionnelle des étudiants.

III - Les compétences en médecine dans le monde

Il existe de nombreux travaux sur les compétences des médecins. Différents pays ont élaboré leurs propres cadres de compétences. Nous allons en présenter quelques-uns, venant de pays anglophones ou francophones. Ces supports servent à la définition des objectifs d'apprentissage dans les différentes Facultés de ces pays. Ils sont réutilisés sur la planète par de nombreux autres pays.

1 - Le référentiel canadien : la « *CanMEDS Framework 2015* » (2)

A. Histoire

Le référentiel CanMEDS vise à améliorer la formation des médecins et les soins prodigués aux patients. Élaboré par le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada au cours des années 90, il avait pour objectif de **définir les compétences nécessaires dans tous les domaines de l'exercice de la médecine**, et d'établir ainsi des fondements généraux pour la pédagogie médicale et la pratique au Canada.

Depuis son adoption par le Collège Royal en 1996, il est devenu le référentiel de compétences des médecins le plus largement reconnu et adopté dans le monde. Il reflète le travail de centaines d'associés et de bénévoles du Collège Royal et il s'appuie sur des recherches empiriques, de solides principes d'éducation et de vastes consultations auprès d'intervenants. Le renouvellement est un facteur essentiel au succès du référentiel CanMEDS, c'est pourquoi il a été mis à jour deux fois depuis sa création – en 2005 puis en 2015 (22).

Nous pourrions observer au cours de ces définitions que le vocabulaire utilisé, bien que français, relève plutôt d'un usage nord-américain. En effet, il témoigne de son contexte linguistique et culturel : « expert », « sécuritaire », « prestataire », « communicateur », « leader », « érudition », « excellence ». Pour nous cela correspondrait plutôt à un vocabulaire du management plutôt que de la médecine. La présence du mot « excellence » en est d'ailleurs un marqueur puisqu'il ne signifie objectivement rien (surtout hors contexte concret) et il est typique des discours contemporains du « management » (ou gestion).

B. Les différentes compétences (Annexe 1)

- Expert Médical : « En tant qu'experts médicaux, les médecins assument tous les rôles CanMEDS et s'appuient sur leur **savoir médical**, leurs **compétences cliniques** et leurs

attitudes professionnelles pour dispenser des **soins sécuritaires** et de grande **qualité, centrés sur les besoins du patient**. Pivot du référentiel CanMEDS, le rôle d'expert médical définit le champ de pratique clinique des médecins. »

- Communicateur : « En tant que communicateurs, les médecins développent des **relations professionnelles** avec le **patient, sa famille et ses proches aidants** ce qui permet **l'échange d'informations** essentielles à la prestation de soins de qualité. »

- Collaborateur : « En tant que collaborateurs, les médecins travaillent efficacement avec **d'autres professionnels de la santé** pour prodiguer des soins sécuritaires et de grande qualité centrés sur les besoins du patient. »

- Leader : « En tant que leaders, les médecins veillent à assurer **l'excellence des soins**, à titre de cliniciens, d'administrateurs, d'érudits ou d'enseignants et contribuent ainsi, avec d'autres intervenants, à **l'évolution d'un système de santé de grande qualité**. »

- Promoteur de la santé : « En tant que promoteurs de la santé, les médecins mettent à profit leur expertise et leur influence en **œuvrant avec des collectivités ou des populations de patients** en vue d'améliorer la santé. Ils collaborent avec ceux qu'ils servent afin **d'établir et de comprendre leurs besoins**, d'être si nécessaire leur porte-parole, et de soutenir l'allocation des ressources permettant de procéder à un changement. »

- Erudit : « En tant qu'érudits, les médecins font preuve d'un **engagement constant envers l'excellence** dans la pratique médicale par un processus de **formation continue**, en enseignant à des tiers, en évaluant les données probantes et en contribuant à **l'avancement de la science**. »

- Professionnel : « En tant que professionnels, les médecins ont le devoir de **promouvoir et de protéger la santé et le bien-être d'autrui**, tant sur le plan **individuel** que **collectif**. Ils doivent exercer leur profession selon les **normes médicales actuelles**, en respectant les codes de conduite quant aux comportements qui sont exigés d'eux, tout en étant responsables envers la profession et la société. De plus, les médecins contribuent à **l'autoréglementation** de la profession et **voient au maintien de leur santé**. » (2).

2 - Le référentiel suisse : le « *Swiss Catalogue of Learning Objectives* » (SCLO) (5)

Basé sur les CanMEDS 2005, il reprend les mêmes définitions et les utilise pour définir ses propres objectifs d'apprentissage par compétence dans le catalogue suisse des objectifs d'apprentissage (SCLO) pour la formation *pre-graduate* (1^{er} et 2nd cycle) en médecine.

3 - Le référentiel écossais : « *The Scottish doctor* » (4)

Les écossais utilisent la notion de domaines et d'objectifs d'apprentissage depuis 2000, basé sur le travail de Harden et al. (1999). Une concertation d'étudiants, de membres des équipes des différentes Facultés écossaises et de leurs doyens a permis de produire **un ensemble d'objectifs d'apprentissage** qui définissent les **qualités et habiletés de tous les étudiants de médecine d'Ecosse**. Ces objectifs ont été publiés dans l'ouvrage intitulé « *The Scottish doctor - Learning Outcomes for the Medical Undergraduate in Scotland : a foundation for competent and reflective practitioners* ». Ces objectifs sont basés sur les éléments essentiels suivants (Annexe 2) :

- Ce que le médecin est capable de faire
- Comment le médecin aborde sa pratique
- Le médecin comme professionnel.

Ces trois premiers éléments amènent les 12 champs suivants :

- Aptitudes cliniques (*Clinical skills*)
- Procédures pratiques (*Practical procedures*)
- Enquête sur la situation du patient (*Patient investigation*)
- Gestion du patient (Patient management)
- Promotion de la santé, et prévention des maladies (*Health promotion and disease prevention*)
- Communication
- Informatique médicale (*Medical informatics*)
- Sciences fondamentales, sociales et cliniques, et les principes sous-jacents (*Basic, social and clinical sciences and underlying principles*)
- Attitude, compréhension des problèmes éthiques et responsabilité légale (*Attitudes, ethical understanding and legal responsibilities*)
- Aptitude à la prise de décisions, raisonnement et jugement clinique (*Decision making skills and clinical reasoning and judgement*)
- Le rôle du médecin dans le système de santé (*The role of the doctor within the health service*)
- Le développement personnel (*Personal development*)

4 - L'apprentissage par compétence en France

A. La situation en 1^{er} et 2nd cycle des études médicales (DFGSM et DFASM)

Nous rappelons qu'à la fin de la 6^{ème} année d'études médicales, l'étudiant français doit avoir acquis :

- « 1. des connaissances relatives aux processus physiopathologiques, à la pathologie, aux bases thérapeutiques et à la prévention complétant et approfondissant celles acquises au cours du cycle précédent,
2. une formation à la démarche scientifique,
3. un apprentissage du raisonnement clinique,
4. des compétences génériques préparant au 3^{ème} cycle des études médicales. » (1).

Le bulletin officiel n°20 du 16 mai 2013 définit les compétences que doivent acquérir les étudiants français de second cycle d'études médicales : « Les compétences à acquérir sont celles de communicateur, de clinicien, de coopérateur, membre d'une équipe soignante pluriprofessionnelle, d'acteur de santé publique, de scientifique et de responsable au plan éthique et déontologique. Il doit également apprendre à faire preuve de réflexivité ». « Le deuxième cycle des études médicales a pour objectif l'acquisition des compétences cliniques et thérapeutiques et de capacités d'adaptation permettant aux étudiants d'exercer les fonctions du troisième cycle, en milieu hospitalier ou ambulatoire. Il s'appuie sur les connaissances acquises au cours du premier cycle » (23).

Les compétences sont les suivantes :

- Clinicien : « L'étudiant utilise son **savoir médical et ses habiletés** pour **analyser**, à partir du contexte de soins et de la plainte du patient, une situation clinique et pour dispenser des soins dans une **approche centrée sur les patients** ».
- Communicateur : « **Échangeant** de façon dynamique avec **le patient et son entourage**, **collaborant** avec les différents **professionnels du système de santé**, l'étudiant a conscience des enjeux de la **relation** et de la **communication verbale et non verbale** sur la **qualité des soins** »
- Coopérateur : « membre d'une **équipe soignante pluriprofessionnelle** : l'étudiant travaille en partenariat avec d'autres intervenants qui participent de manière appropriée au soin du patient ».

- Acteur de santé publique : « L'étudiant participe à la **vie des structures de soins** et à la bonne **gestion des ressources**. Il contribue à l'efficacité et à l'efficience du système de soins pour améliorer l'état de santé global des patients et des populations ».
- Scientifique : « L'étudiant comprend que pendant toute sa vie professionnelle il devra **remettre en question et chercher à réactualiser ses connaissances** afin de garantir son domaine d'expertise. Il comprend l'**intérêt de la démarche scientifique** pour élaborer de nouveaux savoirs ».
- Responsable aux plans éthique et déontologique : « L'étudiant a une **attitude guidée par l'éthique, le code de déontologie** et adopte un **comportement responsable**, approprié, intègre, altruiste visant au bien-être personnel et à la promotion du bien public se préparant ainsi au professionnalisme »
- Réflexif : « L'étudiant doit développer tout au long de son parcours d'apprentissage sa **capacité d'auto-évaluation** et celle de **se poser des questions pertinentes** en situation réelle de soins et de prévention, **en tenant compte du contexte** clinique, institutionnel, légal et sociétal. Il doit démontrer sa capacité à se remettre en question et à argumenter ses décisions » (23).

Ces définitions s'inspirent fortement du référentiel CanMEDS, en particulier pour 'Communicateur', 'Coopérateur', 'Acteur de santé publique'. Quelques inflexions sont néanmoins à remarquer : 'Clinicien' remplace 'Professionnel' ; 'Scientifique' remplace 'Erudit' (scholar) ; 'Leader' disparaît ; 'Ethique-déontologique' et 'Réflexif' apparaissent. Nous pouvons y voir, d'une part une réticence à reprendre l'empreinte managériale des CanMEDS, d'autre part une vision de la relation de soin un peu différente, moins imprégnée du modèle contractuel et plus d'un modèle 'médicalo-humaniste'.

Nous remarquons que le terme de « clinicien » désigne étymologiquement le médecin qui est en contact avec le patient : du grec « *clinikos* » au lit. Or toute la démarche diagnostique qui se retrouve dans la définition française du clinicien existe également dans des spécialités qui ne sont pas au chevet du malade, par exemple l'anatomopathologie, spécialité de diagnostic par essence.

Par ailleurs, le certificat de compétence clinique (sanctionnant la fin du 2nd cycle) est défini de cette façon dans le bulletin officiel : « Le certificat de compétence clinique est organisé sous la forme d'une **épreuve de mise en situation clinique** auprès d'un patient ou d'une épreuve de simulation. Les connaissances mobilisées pour cette épreuve sont issues de l'ensemble du programme du premier et du deuxième cycle des études médicales. L'accent est également porté sur l'**acquisition des compétences génériques** [...] Après cette épreuve, le jury évalue

si les compétences attendues de l'étudiant sont acquises. Une session de rattrapage est organisée avant la date prévue pour la validation du deuxième cycle » (23). Ce certificat permet **l'introduction d'un examen pratique pour faire le pendant au contrôle de connaissances théoriques.**

B. La situation en 3^{ème} cycle des études médicales

Certains collègues d'enseignants ont élaboré des référentiels métiers et compétences propres à leur spécialité, permettant de structurer l'enseignant en 3^e cycle de leur discipline. Nous en présentons quelques-uns.

a. Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE)

En 2013, un groupe d'experts du CNGE a élaboré son propre référentiel des compétences indispensables à l'exercice de la médecine générale, en vue de la certification des étudiants de troisième cycle de médecine générale. Il s'agit essentiellement d'un **référentiel métier et compétences**, spécifique à la formation professionnalisante de la médecine générale. Les groupes de travail ont analysé les CanMEDS pour élaborer un référentiel **adapté aux attentes de la société et des patients français quant à la médecine générale**. Il a pu également s'adapter au contexte culturel et intellectuel français. Il définit les compétences de la façon suivante (Annexe 3) :

- « Approche globale, complexité : Capacité à mettre en œuvre une **démarche décisionnelle centrée patient** selon un modèle global de santé (EBM - *Evidence Based Medicine*, Engel, etc.) quel que soit le type de recours aux soins dans l'exercice de la médecine générale.
- Education, prévention, santé individuelle et communautaire : capacité à **accompagner « le » patient** dans une **démarche autonome** visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.
- Premier recours, urgences : capacité à **gérer avec la personne les problèmes de santé** indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, **selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités** de la personne, quels que soient son âge, son sexe, ou toute autre caractéristique, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale.
- Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient : capacité à assurer **la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé** du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.

- Relation, communication, approche centrée patient : capacité à **construire une relation** avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.

- Professionalisme : capacité à **assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes**, à développer une activité professionnelle en privilégiant le bien-être des personnes par une **pratique éthique et déontologique**, à **améliorer ses compétences** par une **pratique réflexive** dans le cadre de la médecine fondée sur des faits probants, à assumer la **responsabilité des décisions prises** avec le patient » (24).

Nous observons quelques différences vis-à-vis des CanMEDS, dues en partie au fait qu'il s'agit de compétences liées à une spécialité, correspondant à un référentiel métier, mais aussi en partie à un travail d'amélioration critique des CanMEDS et d'adaptation au contexte culturel et intellectuel français.

b. Les autres collègues

De nombreux collègues de spécialités ont élaboré depuis les années 2000 leurs référentiels métiers et compétences, qui servent pour l'enseignement et la qualification des étudiants de troisième cycle (25–29), formation plus professionnalisante que celles des 1^{er} et 2nd cycles.

Ces différents cadres de formation par compétences sont réunis en Annexe 4.

IV - Travail personnel : le choix des compétences étudiées

1 - Quelle trame choisir ?

Nous observons qu'en fonction des sources, **la terminologie attribuée aux compétences des médecins peut changer**. Cependant, persiste une certaine structure commune à ces définitions dans les capacités et manifestations exposées. Nous remarquons des adaptations indispensables en fonction des différents contextes socioculturels des pays : le rapport linguistique n'est pas le même, le rapport managérial non plus, l'organisation du système de santé... Pour notre travail, nous choisissons la **trame CanMEDS 2015** du fait de son **ancienneté**, de sa **mise à jour très récente**, et de sa **diffusion dans le monde entier**. De plus, ce cadre a inspiré les compétences génériques définies nationalement en France pour la formation médicale.

2 - Quelles compétences ?

Nous avons choisi les compétences '**communication**', '**collaboration**' et '**érudition**'. Il nous semblait difficile de réaliser un travail regroupant toutes les compétences. Ces trois compétences nous semblaient correspondre à des **concepts facilement abordables** pour les étudiants et les enseignants. La compétence « expert médical » nous semblait par exemple assez compliquée et trop énigmatique pour des jeunes étudiants alors que nous initions le travail.

Nous précisons que nous avons rajouté le terme de '**coopérateur**' avec 'collaborateur', du fait du passé historique de ce mot en France qui le rend lourd de significations. Nous avons été renforcés dans cette décision en voyant ce terme de 'coopérateur' repris au bulletin officiel français.

Par ailleurs, ces trois compétences nous semblaient particulièrement **variées** et sensiblement distinctes. Nous retrouvons **moins de chevauchement** qu'avec d'autres compétences, telles que « leader » et « collaborateur », ou « communicateur » et « promoteur de la santé ».

Enfin, ces trois compétences choisies se retrouvent de façon assez stable dans tous les référentiels.

3 - Définition des capacités des médecins correspondant aux compétences des CanMEDS 2015

Nous rappelons pour chacune des trois compétences retenues, la précision qui a été donnée à chacune de leurs définitions dans le référentiel CanMeds 2015.

A. En termes de collaboration, les médecins sont capables de :

- « Travailler efficacement avec d'autres médecins ou professionnels de la santé
 - Travailler avec les médecins et autres professionnels de la santé pour favoriser une **compréhension mutuelle, gérer les divergences et résoudre les conflits**
 - Assurer de manière sécuritaire la **transition du patient vers un autre professionnel** de la santé et le transfert des soins afin d'en assurer la continuité »
- « Essentielle à la prestation de soins de grande qualité et sécuritaires centrés sur les besoins du patient, la notion de collaboration **englobe le patient, sa famille et ses proches aidants, les médecins, les autres professionnels de la santé, les partenaires de la collectivité et les autres intervenants du système de santé.**

La collaboration requiert des liens qui s'appuient sur la **confiance**, le **respect** et une **prise de décision partagée** mettant à contribution une diversité de personnes possédant des habiletés complémentaires et œuvrant dans l'ensemble des milieux du continuum des soins. Ceci ne peut se réaliser sans le partage des connaissances, des perspectives et des responsabilités, et la volonté d'apprendre ensemble. Au préalable, la collaboration nécessite une **compréhension du rôle de chacun, la poursuite des mêmes buts et la gestion des divergences.**

Ces habiletés sont requises pour la réalisation d'activités autres que les soins cliniques, comme l'administration, la formation, la promotion de la santé et les travaux d'érudition. »
(2).

B. En termes de communication, les médecins sont capables de :

- « Établir des relations professionnelles avec le patient, sa famille et ses proches aidants
- **Recueillir et synthétiser l'information pertinente**, en tenant compte de la perspective du patient, sa famille et ses proches aidants
- **Inform**er le patient, sa famille et ses proches aidants quant aux soins de santé qui lui sont prodigués
- **Faire participer** le patient, sa famille et ses proches aidants à l'élaboration d'un plan reflétant ses besoins et objectifs en matière de santé

- **Documenter l'information**, en format papier et électronique, résumant la rencontre et la partager afin d'optimiser la prise de décision clinique, la sécurité des patients et le secret professionnel. »

« Par la création d'une relation professionnelle centrée sur les besoins du patient, sa famille et ses proches aidants et d'une écoute active, les médecins sont capables d'identifier et analyser les symptômes qu'il présente. **Ils explorent la perspective du patient**, ce qui inclut ses craintes et perceptions au sujet de la maladie, les répercussions sur sa vie et ses attentes quant à la qualité des soins prodigués par les professionnels de la santé. Ces informations permettront de **mieux saisir le contexte du patient**, y compris ses antécédents personnels et familiaux, son mode de vie, ses conditions de vie et son statut socioéconomique, son milieu de travail ou scolaire ainsi que d'autres facteurs psychologiques et sociaux pertinents. Une **décision partagée** représente l'élément clé de l'**approche centrée sur les besoins du patient** : celle-ci consiste à élaborer un plan de soins en collaboration avec le patient, en abordant ses problèmes médicaux et ses objectifs de santé tout en tenant compte de ses besoins, de ses valeurs et de ses préférences. Ce plan doit être appuyé par des données probantes provenant de la littérature et des lignes de pratiques reconnues. Parce que la maladie n'affecte pas que le patient, mais également sa famille et ses proches aidants, les médecins doivent communiquer efficacement avec tous ceux qui entourent la personne concernée lors d'un épisode de soins. »
(2).

C. En termes d'érudition, les médecins sont capables de :

- « S'engager dans l'amélioration continue de leurs activités professionnelles par un processus de **formation continue**

- **Enseigner** aux étudiants, aux résidents, à d'autres professionnels de la santé et au public.

- **Appliquer les données probantes** disponibles dans leurs activités professionnelles

- Contribuer à la diffusion et à la création de savoirs et de pratiques applicables à la santé »

« Les médecins acquièrent des habiletés en matière d'érudition afin d'améliorer leur pratique et la prestation de soins. Ils visent l'excellence en misant sur une évaluation continue des processus et des résultats de leur travail quotidien, en partageant et en comparant leurs travaux avec d'autres, et en sollicitant activement une rétroaction dans un souci de qualité et de sécurité des patients. À l'aide de multiples moyens d'apprentissage, ils s'efforcent de répondre aux besoins du patient, sa famille et ses proches aidants, ainsi que de la société. Les médecins s'appliquent à maîtriser leur domaine d'expertise et à partager leur savoir. En tant que tenants d'un processus de formation continue, ils adoptent une démarche planifiée

d'apprentissage afin de s'améliorer dans chaque rôle CanMEDS. Ils reconnaissent **la nécessité d'apprendre continuellement** et de devenir des modèles pour leurs pairs et autres professionnels à cet égard. En tant qu'enseignants, ils facilitent, autant sur une base individuelle qu'au sein d'équipes, la formation et l'apprentissage d'étudiants et de résidents, de collègues médecins et d'autres professions, du public et d'autres intervenants.

Les médecins savent trouver des données probantes pertinentes, les évaluer au moyen de critères précis et les appliquer dans leurs activités d'érudition et leur pratique.

Par leur participation à une prise de décision partagée et fondée sur des données probantes, ils reconnaissent **l'existence d'incertitude dans l'exercice** de leurs fonctions médicales et formulent des **questions de recherche** pour combler les lacunes dans les connaissances. Grâce à leurs habiletés à naviguer dans les sources d'information, ils repèrent des synthèses sur les données probantes liées à ces questions et prennent des décisions cliniques qui s'appuient sur des faits tout en tenant compte des valeurs et des préférences du patient, sa famille et ses proches aidants. Enfin, le médecin **contribue à l'application, à la diffusion, à la création et à l'essor de connaissances** et de pratiques nouvelles dans le domaine de la santé et des soins de santé. » (2).

4 - Définition au bulletin officiel du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (MESR) du 16 mai 2013 en France

Par comparaison au référentiel de compétences CanMEDS, nous rappelons la précision qui a été donnée à la définition de trois des compétences publiés en 2013 par le MESR.

A. L'étudiant coopérateur, membre d'une équipe soignante pluriprofessionnelle

- « connaît les rôles, les compétences et les responsabilités de tous les membres de l'équipe soignante et en tient compte dans la pratique ;
- **participe avec application aux activités d'une équipe** interprofessionnelle ainsi qu'aux prises de décisions ;
- démontre sa capacité à faire appel aux ressources du système de santé ;
- participe, avec les différents acteurs de santé, à **l'éducation thérapeutique du patient** et de son entourage ;

- **participe à l'acquisition des savoirs par les plus jeunes** au sein de l'équipe soignante pluriprofessionnelle. » (23).

B. L'étudiant communicateur

- « établit une communication **axée sur le patient**, par le biais de la prise de **décisions partagées** et d'interactions efficaces fondées sur **l'éthique et l'empathie** ;
- obtient les **renseignements pertinents et les points de vue du patient**, de son entourage, des collègues et des soignants, et sait en faire la synthèse ;
- apprend à **gérer son stress** et celui des autres acteurs ;
- discerne **quelle information doit être délivrée** au patient, à son entourage, aux collègues et aux soignants, de manière claire, loyale et appropriée à leur niveau de compréhension et à leur culture, en s'appuyant sur les recommandations de bonne pratique ;
- s'appuie sur les **nouvelles technologies de l'information** » (23).

C. L'étudiant scientifique

- « situe la **place de la recherche** dans l'apport des connaissances nouvelles et dans l'évolution de la pratique professionnelle ;
- démontre sa connaissance des différents aspects de la recherche biomédicale ;
- explique les différents niveaux de preuve et les limites de ses connaissances scientifiques
- **accède aux informations** (gestion internet et anglais médical) et sait les évaluer de manière **critique** ;
- démontre sa capacité d'acquérir des concepts relatifs à la **médecine factuelle** et à les utiliser dans diverses situations cliniques ;
- participe à la **formulation d'une problématique de recherche** face à une situation non résolue et envisage les pistes susceptibles de résoudre cette problématique » (23).

Nous reprendrons ces définitions plus tard, dans la Partie IV - Analyse – Discussion.

V - Recherche bibliographique

Notre recherche bibliographie s'est basée sur les éléments suivants :

- **Ressources documentaires** : Pub Med, *MedEdWorld*, revue *Medical Teacher* sur la plateforme Taylor & Francis Online. Moteur de recherche Google...
- **Date d'arrêt des recherches** : 11/05/2017
- **Mots clefs en français** : compétence, communication, coopération, collaboration, érudition, curriculum caché, empathie, bien être...
- **Mots clefs en anglais** : *competency based medical education, communication, collaboration, scholar, wellbeing, empathy...*

VI - Recherche qualitative par entretien collectif ou *Focus Group*

Le Focus Group est un **groupe d'expression** permettant d'**obtenir des informations sur un sujet donné**. Il nous semble être la méthode la plus adaptée pour répondre à nos objectifs. Il nous permet d'étudier la **variété des opinions et des sentiments** des participants sur les différentes compétences choisies. Il peut également faire émerger **des idées nouvelles** au sein des différents groupes. C'est une **méthode de recherche qualitative** qui permet un **recueil important de données** à un temps et coût moindres afin d'élaborer des hypothèses valables sur l'opinion de la population étudiée (30). Les différents **guides d'entretien** de ce travail sont inspirés de la grille que Marguerite Fustier a utilisé pour sa thèse d'exercice sur la compétence « approche globale, prise en compte de la complexité » (31) . Ils ont été adaptés aux étudiants de premier et second cycle et à leurs enseignants, améliorés au fur et à mesure des entretiens. Ils sont en Annexe 5 à Annexe 10.

VII - Protocole

Nous avons choisi des **étudiants volontaires** des promotions de la **2^e année à la 6^e année** des études médicales de la **Faculté de Médecine Lyon Est**. La promotion à laquelle ils appartenaient sur l'**année universitaire 2015-2016** était le seul critère d'inclusion. Des **enseignants du 1^{er} et 2nd cycle** de la Faculté Lyon Est ont également volontairement participé aux groupes.

Nous avons contacté par **courrier électronique** les **étudiants** de chaque promotion pour leur proposer de participer aux entretiens grâce aux listes de diffusion des élus étudiants UFR Lyon Est et les groupes de promotion sur un **réseau social**. L'objet de l'étude n'était pas dévoilé dans ces courriels. Les **enseignants** ont été recrutés par **mail** grâce à un enseignant volontaire recruteur dans chacun des trois Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) de Lyon (Croix-Rousse, Edouard Herriot et Groupement Hospitalier Est). Nous souhaitions réaliser **un groupe d'étudiants par promotion pour chacune des compétences** (soit trois groupes par promotion) et **un groupe d'enseignant par compétence** (trois groupes au final), avec **4 à 7 participants par groupe**.

Le recueil des données a été réalisé à l'université Lyon 1 à la **Faculté de Médecine Lyon Est** sur le **site Rockefeller**.

L'**animation** de ces *focus group* a été réalisée **par la thésarde** (modératrice). A chaque début de séance le graphique représentant les compétences médicales CanMEDS 2015 (Annexe 1) a été remis aux participants. Un **choix au hasard du sujet** était réalisé avant le début de la discussion par tirage au sort par le plus jeune participant. Nous demandions ensuite **l'accord pour l'enregistrement**. Pour préserver l'**anonymat**, il était attribué à chaque participant un numéro qu'il devait énoncer avant chaque prise de parole.

Ces entretiens sont retranscrits intégralement pour ne pas perdre de données et faciliter le travail d'identification des catégories d'analyse. Les *verbatim* sont en **Annexe 12 – Verbatim des entretiens**. La retranscription s'est faite manuellement à l'aide du logiciel Express Scribe Pro v5.68© version gratuite ainsi que d'un pédalier Olympus RS28©. Les retranscriptions sont enregistrées sous WORD©, un nouveau prénom et une couleur sont attribués aléatoirement aux participants pour faciliter leur citation ultérieure.

Les données ont ensuite été codées et analysées grâce au logiciel NVivo 11 for Windows©, version 11.2.1.616 (32bits), Edition Pro.

Partie III - Résultats

I - Analyse descriptive

Nous avons réalisé **13 entretiens**, pour 15 enseignants et 40 étudiants (Tableau 1). Ils se sont déroulés **entre le 24 mars et le 26 juillet 2016**. Devant des difficultés de recrutement, les trois groupes initialement prévus n'ont pas pu être organisés pour toutes les promotions. Aucun groupe n'a été réalisé en 5e année.

Tableau 1 - Effectif des groupes

| | Nombre d'entretien | Effectif | Collaboration - Coopération | Communication | Erudition |
|-------------|--------------------|----------|-----------------------------|---------------|-----------|
| 2A | 2 | 8 | X | | X |
| 3A | 2 | 6 | | X | X |
| 4A | 3 | 12 | X | X | X |
| 5A | 0 | 0 | | | |
| 6A | 3 | 14 | X | X | X |
| Enseignants | 3 | 15 | X | X | X |
| Total | 13 | 55 | 4 | 4 | 5 |

Quarante étudiants ont participé, de la 2^{ème} année à la 6^{ème} année de médecine. Ils avaient de 19 à 29 ans, 23 étaient des femmes, 17 des hommes. 27 d'entre eux participaient ou avaient participé à une activité d'engagement étudiant au sein de la Faculté ou à une initiative pédagogique étudiante, 5 n'ont rien précisé. Les caractéristiques des étudiants se retrouvent en Annexe 11 **Tableau 5**. **Quinze enseignants** ont participé, ils avaient de 35 à 62 ans, 3 étaient des femmes, 12 des hommes.

II - Le concept de compétence

Pour commencer notre travail, nous avons cherché à savoir ce qu'évoquait, pour les étudiants et enseignants, le concept premier de « compétence ». Encore peu utilisé en pédagogie médicale en France, nous nous sommes posé la question de savoir ce qu'était une compétence en médecine.

1 - Définition générale

Une **exigence nécessaire** à l'exercice du métier...

Thomas (2A) : « dans le cadre de la médecine, une compétence qui est nécessaire, c'est quelque chose qui nous permet d'exercer le métier... comme il faut »

... qui englobe **l'ensemble des domaines d'intervention** du professionnel.

Louise (2A) : « c'est l'ensemble des domaines où on peut intervenir [...] où on a le droit aussi d'intervenir et la légitimité »

Il existe un **lien fort entre la pratique clinique et la théorie**.

Eva (2A) : « compétence c'est à la fois des connaissances et de la pratique, mélangées, qui fait qu'on maîtrise quelque chose et qu'on peut l'appliquer »

Le savoir, le savoir-faire et le savoir-être sont associés.

Noémie (4A) : « savoir faire des gestes, savoir parler au patient, savoir annoncer des choses au patient, savoir parler entre professionnels... savoir, avoir des connaissances théoriques et savoir les mettre en pratique. »

Alice (E) : « il y a [...] les connaissances scientifiques qu'on va appliquer, y a des connaissances techniques de geste, [...] et puis aussi... effectivement des compétences en termes de relation... »

Ils sont aussi appelés **l'intellect, le technique et le social**.

Charlotte (4A) : « ça va recouper toutes les compétences sociales, intellectuelles, techniques [...] le savoir, le savoir-vivre, le savoir-être, le savoir-faire. C'est tout un ensemble. »

C'est un savoir-agir qui **progressé** au fil du temps.

Léa (6A) : « des connaissances qu'on doit acquérir tout au long de nos études mais aussi de notre carrière ».

2 - Eléments de la définition

Les participants évoquent le besoin de **s'adapter, de coopérer**,...

Alexis (4A) : « l'adaptation, la coopération »

... d'avoir une **vision globale**, qui amène la notion de **complexité**...

Louis (6A) : « Je prends toujours l'exemple de la ponction lombaire [...] c'est pas uniquement mettre l'aiguille au bon endroit, c'est faire la bonne désinfection, c'est préparer le patient, c'est de travailler avec les autres, c'est envoyer les tubes, c'est voir que le tube soit bien étiqueté. »

Marion (E) : « lier tu vois, tel symptôme dans tel contexte avec telle histoire [...] cette double connexion, avec à la fois ce qu'on a nous en tête et ce qu'on sait, et puis effectivement toute cette part d'expérience et le côté restitution au patient et au... à tous les gens avec qui on travaille »

... et de **répondre aux attentes** des patients et de la société.

Maxime (6A) : « C'est ce que les gens attendent de nous quand ils viennent voir un médecin »

Simon (E) : « c'est ce qui correspond à l'attente du patient, et [...] de la société. »

Les **qualités humaines** sont nécessaires, mais pas suffisantes...

Vincent (E) : « quand on va voir un avocat [...] imaginons que on soit condamné à mort, moi je vais voir le type qui me sauve la vie. Même s'il est... c'est pas un grand communicant »

... et inversement !

Clémence (E) : « Je suis d'accord que la connaissance est essentielle pour pouvoir soigner un patient, mais [...] il faut savoir adapter sa connaissance au patient qu'on a en face de nous, avec sa culture, sa, ses croyances, ... son environnement social »

La compétence est **propre à chaque individu** (et parfois à chaque spécialité) ...

Romain (E) : « il y a pas un médecin, mais qu'il y a plein de sortes de médecins et que la compétence d'un médecin, elle est directement en rapport avec sa spécialité aussi. »

... et nécessite de pouvoir **prendre le temps** à sa mise en œuvre.

Benjamin (E) : « c'est prendre le temps quoi. »

Il semble important de connaître les **données actuelles de la science**.

Benjamin (E) : « C'est ça la compétence, selon les règles de l'art, les données actualisées de la science. »

La compétence peut cependant être associée à un **impératif** restrictif, contraignant.

*Françoise (2A) : « dans ma tête ça fait un peu négatif. Ça fait un peu des cases genre...
"Si tu sais pas faire ça, ben tu seras pas un bon médecin" ».*

Enfin, la problématique de la **variation d'empathie** est soulevée, que ce soit au cours des études, en fonction de la spécialité ou de l'individu.

Eva (2A) : « J'ai l'impression soit qu'on essaie de rester humain et on se fait avoir et on se suicide en 2e année d'internat, soit au contraire tu te blindes et au final tu deviens un radiologue qui en a rien à faire des humains quoi... je sais qu'il y a un juste milieu, mais j'ai peur de pas réussir à le trouver, parce que ça a pas l'air facile....»

Thomas (2A) : « Après il faudrait savoir si est-ce que c'est les études qui nous rendent comme ça, ou est-ce que c'est des mecs qui sont comme ça à la base quoi. [...] pour l'instant je suis motivé à pas être comme ça, mais est-ce que le fait d'être maltraité à l'hôpital public, [...] d'en avoir marre ça te rendrait pas un peu comme ça à la fin? »

Pour les étudiants et les enseignants, la compétence est une exigence nécessaire à l'exercice de la profession. Elle fait le lien entre le savoir, le savoir-faire et le savoir-être, tout en respectant les données actuelles de la science. L'objectif est de répondre aux attentes du patient et de la société. La variabilité individuelle d'une compétence, l'usage du temps dans son application et l'empathie sont des éléments importants soulevés par les participants dans ce contexte.

III - Collaboration-coopération

1 - Eléments de la définition

A. Le travail en équipe

Savoir **déléguer**

Alicia (4A) : « Oui c'est ça, savoir déléguer, [...] savoir interagir, enfin, pas hésiter à demander quand on sait pas [...] savoir demander de l'aide à ses collègues... »

Connaître son **domaine d'expertise** et ses propres **limites**.

Pauline (4A) : « Connaître du coup ses limites à soi, et les limites des autres,... et le prendre en compte [...] dans sa manière de prendre ses décisions. »

Travailler en équipe de professionnels implique une **relation entre** ces **professionnels** avec chacun son domaine de compétence propre.

Jules (6A) : « on est plein de corps de métier qui avons tous nos [...] la coopération est indispensable pour que chacun puisse aller au mieux, enfin de ses compétences »

Vincent (E) : « c'est très intéressant de se former tous ensembles. En sachant que chacun a une compétence bien précise, qu'on ne mélange pas tout. »

Avoir un lien de **confiance**

Louis (6A) : « C'est apprendre à [...] laisser d'autres personnes prendre des décisions à notre place. Faire confiance à d'autres personnes, que ce soit d'autres personnes de la même profession, ou d'autres professions de santé qui nous entourent. »

Se remettre en question

Louis (6A) : « C'est... accepter les remarques pour évoluer, enfin accepter d'évoluer, accepter finalement d'être étudiant toute notre vie »

Faire le lien **entre les différents acteurs** du soin, coordonner le soin...

Maxime (6A) : « ça fait surtout penser au médecin généraliste [...] son but c'est de faire de la coordination entre les diverses spécialités pour qu'on collabore autour de ce patient. »

... et prendre une **décision à plusieurs**.

Samuel (E) : « les deux études qui sont vraiment ce qu'on appelle "double opinion cranium" c'est à dire vraiment les essais où on a randomisé [...] une décision seule et une décision à deux. Effectivement la survie est meilleure dans la décision à deux. »

B. Qui compose cette équipe ?

Les **professionnels de santé**

Lucie (2A) : « Pour moi y a une coopération entre professionnels pour avoir une prise en charge globale »

Le **patient** et son **entourage**

Raphaël (2A) : « la collaboration avec le patient, la collaboration aussi avec son entourage, »

Les **institutions**

Lucie (2A) : « « Une collaboration entre différentes universités, soit de France, soit à l'étranger. Peut-être échanger des... techniques, des pratiques pour essayer de trouver d'autres idées... »

Les étudiants

Océane (2A) : « la coopération et la collaboration, elles commencent aussi dans les études je trouve. S'entraider entre nous [...], si on n'arrive pas à s'aider, quand on fait nos études en solo, bah après tout de suite on ne sait pas bosser en équipe quoi. »

Les enseignants entre eux

Louis (6A) : « ça serait plus intéressant si les enseignants d'une même discipline travaillaient ensemble dans une même unité d'enseignement, entre deux cours »

Les étudiants avec les enseignants

*Clément (2A) : « peut-être en collaboration prof-élève et puis avec le secrétariat »
« coopération en médecine c'est, les trois choses que je retiens bien moi et que j'ai envie de développer : coopération-collaboration entre les étudiants [...] Collaboration aussi avec les profs [...] collaboration avec les patients. »*

C. L'apprentissage

Il s'agit d'un **apprentissage constant**, qui implique la **transmission** du savoir et de l'expérience.

Charlotte (4A) : « C'est [...] une amélioration de tous les jours, [...] je pense que aussi la pédagogie c'est vraiment, expliquer, enfin, refaire les choses chaque jour »

Alexis (4A) : « collaborer à notre niveau [d'étudiant] c'est aussi [...] pour apporter une meilleure prise en charge il faut nous apprendre, et si on collabore pas avec nous, on n'apprendra pas à gérer les situations pratiques et plus tard les prises en charge elles seront beaucoup plus mauvaises.... »

D. La complexité

La coopération permet de mettre en évidence la complexité de la médecine, et de mieux aborder les différentes situations.

Justine (4A) : « Ça nous prouve aussi qu'il y a pas une solution, y a pleins de petites choses à prendre dans plusieurs propositions, et il y a pas une seule bonne réponse »

2 - Quels moyens pour mettre en place cette compétence ?

Il existe un lien très fort avec la **communication**.

Raphaël (2A) : « au niveau de la collaboration moi je pense qu'il y a une nécessaire communication qui doit se mettre en place. »

Samuel (E) : « La collaboration [...] c'est... de la bonne communication, quelqu'un qui n'a pas peur de communiquer »

Il s'agit également de **savoir se présenter** pour réduire l'inégalité de la relation de soin.

Clément (2A) : « ça réduit un petit peu le rapport de force que se présenter. »

La mise œuvre de cette compétence nécessite d'être **actif et moteur**.

Alicia (4A) : « pour coopérer y a besoin de... il faut être acteur, il faut pas être passif. »

Afin d'être la plus optimale, la coopération passe par le **bien-être de chacun**...

Justine (4A) : « la collaboration passe aussi par le bien-être de chacun à être au travail, à pas avoir du stress, et garder cette motivation pour avancer, pour le patient. »

... et une bonne **gestion du temps**.

Samuel (E) : « La notion de gestion du temps peut-être fait partie de cette compétence-là. Savoir perdre du temps pour en gagner »

Les **outils technologiques** sont au service de la coopération et doivent la faciliter.

Jules (6A) : « ça implique aussi des infrastructures, du matériel, euh... pour faire, pour mettre en œuvre cette collaboration, [...] faut que la technique aussi soit au service [...] l'appareil soit au service de l'homme quoi »

3 - Quelle finalité à cette compétence ?

La coopération permet ainsi un **gain d'efficacité** en termes de **temps**, ...

Pauline (4A) : « qu'on fasse les choses ensemble et ça... tu gagnes du temps, »

...mais aussi de **chance** pour le patient, que ce soit sa coopération avec l'équipe soignante, ou la coopération au sein de l'équipe en elle-même.

Océane (2A) : « si le patient il collabore pas de lui-même avec l'équipe médicale, [...] Il y a des choses qu'il va pas dire non plus si il se sent pas en confiance ni écouté. Et... ça peut jouer sur... sur son état de santé. »

Samuel (E) : « Le travail d'équipe vraiment... moi je pense que c'est important au point que la sécurité du patient n'est pas assurée si l'équipe fonctionne mal. »

Cela peut aussi le **rassurer** et lui apporter un **meilleur confort** et au contraire lui amener de la **peur** si cela ne fonctionne pas.

Clémence (E) : « ça rassure le patient, la collaboration. »

Raphaël (2A) : « il doit avoir peur. Il doit se dire "putain mais c'est quoi cette équipe genre qui communique pas et qui connaissent rien" et puis stresser parce que c'est de sa santé qu'il s'agit! »

Confort dont les professionnels aussi peuvent bénéficier.

Alicia (2A) : « être dans un service où tu sens qu'il y a une ambiance tendue et où tout le monde se marche dessus... ça fait pas plaisir quoi... »

4 - Les limites

Les limites retrouvées à cette compétence sont les **différends** qui peuvent exister entre les différents intervenants et la problématique de la **relation de travail** qui n'a pas forcément d'échappatoire

Alexis (4A) : « des limites euh... essentiellement humaines, [...] ça va dépendre de qui on a en face de soi, ... est-ce que la personne est capable de nous faire confiance [...] l'égo de chacun, la génération dans laquelle la personne a évolué »

Pauline (4A) : « Mais il y a des gens avec qui ça passe pas du tout. Le contact passe pas [...] bon y a ça dans les relations humaines de tous les jours, mais... à la limite on peut les éviter. Là, quand c'est quelqu'un du service... qu'on voit tous les jours, ben ça bloque aussi un peu la coopération. »

L'importance de la **hiérarchie** et la question de la **responsabilité médicale**.

Pauline (4A) : « dans la hiérarchie, c'est qu'il y a aussi des gens qui... rien que déjà en étant chefs, ben ils ont du mal à déléguer aux internes parce qu'ils ont eux-mêmes un peu à prouver leur compétence à celui qui est au-dessus, ... [...] déléguer et laisser quelqu'un d'autre le faire à sa place sous sa responsabilité, c'est le risque qu'il y ait une erreur, un échec et que ça se... ça retombe voilà sur celui qui est plus responsable dans l'histoire. [...] ça aide pas forcément à déléguer et à coopérer. »

La peur de l'autre.

Romain (E) : « Je pense que la peur est un frein à la collaboration. »

La fuite de la responsabilité dans la prise de décision, ...

Romain (E) : « en terme de coopération, la collaboration [...] ça dissout un peu la responsabilité quoi. »

... mais aussi la position des **individus dominants** dans les équipes.

Vincent (E) : « les RCP, pour moi, c'est comme la démocratie, c'est ce qu'il y a de moins mal, mais ça a des limites [...] souvent dans une RCP il y a un même dominant, qui finalement impose un petit peu ce qu'il pense parce que... il a du charisme... »

De plus, la coopération peut être limitée par la **fatigue** et la **perte de motivation**,

Raphaël (2A) : « fatigués par la vie, par moments où on voit des patients mourir, [...] c'est tout un aspect qui fait qu'il peut y avoir cette perte de motivation. Cette... le fait d'être désabusé. [...] on perd cette collaboration entre le médecin et le patient. »

... tout comme des **ressources limitées** et la **barrière de la langue**.

Alexis (4A) : « le problème il vient aussi à la charge de travail qu'on demande aux gens. Parce que collaborer avec quelqu'un à qui on en demande énormément, c'est difficile humainement. »

Charlotte (4A) : « Au niveau de la barrière du langage, et qui fait qu'en fait on a... soit un retard de la prise en charge, un manque de communication, des familles qui sont pas satisfaites, le patient qui comprend pas »

La collaboration-coopération sollicite une équipe constituée de professionnels de santé, de patients, de leur entourage, d'institutions mais aussi de l'enseignant et de l'étudiant. Elle fait l'objet d'un apprentissage constant qui nécessite sa transmission. Alors qu'ils évoquent cette compétence, les participants abordent la complexité de la médecine et la difficulté de pouvoir se remettre en question. La collaboration-coopération semble être liée étroitement à la communication. Cependant, si elle est favorisée par le bien-être de chacun et un stress minimum, elle reste soumise aux aléas des relations humaines.

IV - Communication

1 - Éléments de la définition

La communication est une **compétence centrale** dans l'exercice de la médecine.

Inès (3A) : « c'est une compétence qui... qui est... agit sur toutes les autres en fait. [...] ça paraît assez fondamental »

Adrien (E) : « ça fait partie de... des compétences nécessaires et pas négociables »

Elle implique un **dialogue**, qu'il soit verbal ou non.

Inès (3A) : « avoir appris à dialoguer avec euh... soit avec nos patients, soit avec euh des professionnels »

Mathieu (6A) : « la position à avoir vis-à-vis des patients, l'attitude etc. [...] savoir parler, leur adresser la parole correctement. Annoncer, dire... euh... réussir à décrypter aussi leur attitude »

Elle permet la **transmission d'informations**, les bonnes, et au bon moment

Mathilde (4A) : « transmettre les bonnes informations, enfin, pas... uniquement celles qui sont utiles et... ben pareil, au bon moment. »

Il s'agit de faire preuve d'**empathie** et de **bienveillance**, ...

Mathieu (6A) : « l'empathie vis à vis des patients. Quoi, est-ce qu'on est capable d'avoir une forme d'empathie ou pas quoi. »

Adrien (E) : « un médecin c'est extrêmement indiscret, mais [...] il faut l'être avec bienveillance »

... de savoir **gérer ses émotions**, ...

Mathieu (6A) : « Faire la part des choses entre être capable d'être un petit peu... Un bloc face aux émotions quoi, [...] de se construire une muraille [...] quand ils [les patients] viennent nous raconter des choses douloureuses ils ne s'attendent pas à ce qu'on pleure avec eux dans leurs bras quoi...»

... et quand cela est nécessaire de savoir **demander de l'aide**.

Mathieu (6A) : « savoir chercher de l'aide et trouver de l'aide en dehors de nous »

La communication est un mélange entre la personnalité **innée** de l'individu et ce qu'il aura **appris**, ...

Benjamin (E) : « y a une part pour moi de... ben... d'attitude générale... [...] c'est quand même très lié à la personnalité hein, et puis y a une part quand même qu'on peut apprendre. »

... tout cela **progressant dans le temps**.

Benjamin (E) : « la communication, on a l'impression que... plus on a vu de situations différentes plus on sait aussi comment... réagir et comment communiquer. »

Il est également abordé la question de la **communication scientifique**.

Alice (E) : « communiquer scientifiquement, parce qu'on peut aller jusque là. C'est à dire transmettre aussi nos connaissances à d'autres. »

2 - Synonymes

Le dialogue

Inès (3A) : « avoir appris à dialoguer »

Le partage, l'échange dans les deux sens

Nathan (3A) : « Une sorte de partage, partage de compétence »

Noémie (4A) : « Echange. Parce que aussi dans communication il y a écoute. Enfin, savoir écouter, ça va dans les deux sens en fait. »

Le relationnel

Sandra (6A) : « la compétence relationnelle et la compétence humaine »

La transmission

Mathilde (4A) : « La transmission. »

3 - Quels sont les interlocuteurs ?

Les différents interlocuteurs sont discutés, il n'est pas clair pour les participants de savoir préciser exactement **qui ils sont** et s'il faut choisir.

Alice (E) : « est-ce qu'on définit ça par uniquement le fait de s'entretenir avec le patient [...] Ou est-ce que c'est une communication au sens large qui se.... communiquer avec l'ensemble d'une équipe »

Julien (E) : « J'aurai bien vu que ce soit la communication [...] avec un patient, sa famille, avec les autres médecins impliqués dans le soin de ce patient, les paramédicaux tout ça... »

Le patient...

Alexia (6A) : « j pense que ça s'applique aussi aux relations avec les patients sur comment récupérer des informations, et faire passer au patient des informations »

... et son **entourage** (avec notamment le cas particulier de la pédiatrie)

Sarah (3A) : « Et moi ce que je trouvais intéressant sur la communication en pédiatrie, c'est qu'en fait c'est un trio. Y a les parents, l'enfant, et le soignant. »

Les **professionnels de santé**, confrères ou interlocuteurs de l'étudiant en situation de formation.

Nathan (3A) : « on travaille beaucoup en équipe. [...] Il y a aussi toute la communication comme tu disais avec le personnel »

Inès (3A) : « En stage j'ai été obligée d'apprendre à travestir un p'tit peu la manière dont j'étais pour réussir à... [...] parvenir à mes fins en fait. Parvenir à aller en consultation 2 fois par semaine en anesthésie, parvenir à ... à avoir des réponses de mon interne, enfin tout ça. »

Les **institutions**.

Sarah (3A) : « je pense dans les services des fois c'est pas toujours une évidence quoi... surtout entre les hôpitaux... »

Parfois **soi-même** ! Il peut s'agir d'aller voir un tiers, ou discuter avec ses confrères. Mais pour reprendre la remarque de Sandra, il peut être important que chacun puisse simplement communiquer avec soi-même, réfléchir sur sa propre pratique.

Mathieu (6A) : « Et aussi quand tu disais du coup être avec soi-même, c'est pas parce qu'on est médecin qu'on doit pas consulter [...] je pense que la communication les groupes de... ça existe hein les groupes de travail »

Sandra (6A) : « nan mais communiquer avec soi-même au sens justement p'tet gérer ses émotions, gérer sa... gérer sa réaction... réfléchir sur comment on fait... on n'en a pas parlé quoi. »

4 - Quels moyens ?

Les moyens utilisés semblent aussi important que les éléments communiqués.

Noémie (4A) : « la forme est très importante. La façon dont on va avoir de communiquer. Et ça va énormément jouer sur l'efficacité de la transmission du message »

A. Le non verbal

L'environnement du soin

Inès (3A) : « au sein du bloc [opératoire], faire attention quand on endort le patient, à ce qu'y ait pas trop de bruit autour [...] Pour essayer de préserver un, un environnement un p'tit peu... un p'tit peu calme. »

L'attitude corporelle, la gestuelle, notamment avec les bébés.

Mathieu (6A) : « j'pense qu'il y a aussi toute la communication physique et notre attitude vis-à-vis des patients »

Nathan (3A) : « Il y a tout aussi le... fait de leur sourire quand ils [les bébés] pleurent, le fait de leur sourire, ben ça l'a, ça les apaise... et aussi des techniques par exemple donc on m'a appris, c'est de leur mettre un doigt dans, euh le pouce dans la bouche, et la main contre l'épaule, ça mime le sein. Ça les rassure et ils arrêtent de pleurer »

La gestion de l'espace

Mathieu (6A) : « se mettre derrière un bureau ça peut avoir une notion de barrière vis à vis d'un patient, se mettre à côté de lui ça peut être mieux, mais d'un côté on sera proche de son cercle intime etc. et tout ce volet de communication corporel et l'occupation de la place et de l'espace avec les patients »

La gestion du temps et l'organisation, la disponibilité

Benjamin (E) : « Je pense que c'est une question de temps effectivement, et quand même de ressources... personnelles et générales dans l'organisation de son travail »

La lisibilité de l'écriture.

Nathan (3A) : « la forme de quand on écrit. C'est à dire que y a une sorte de, du mythe du médecin qui écrit mal et ça fait rire plus ou moins tout le monde. [...] il faut être honnête ça fait chier tout le monde. »

B. Le verbal

La relaxation

Inès (3A) : « faire en sorte qu'il y ait de la relaxation. [...] en lui disant ben "fermez les yeux, vous êtes calme, vous êtes machin" »

Se présenter à l'interlocuteur

Sarah (3A) : « Se présenter »

Noémie (4A) : « Lui dire bonjour [Au patient] »

Expliquer ce que le médecin fait

Inès (3A) : « toujours expliquer ce qu'on est en train de faire, et je pense, le dire, l'annoncer. »

Demander un accord

Noémie (4A) : « Lui demander son accord aussi. [...] Notamment quand on le devêtit . »

Expliquer, vérifier la compréhension

Inès (3A) : « demander [...] si le patient a des questions »

Nathan (3A) : « faire des pauses quand t'expliques des choses [...] j'essaie de me mettre à la place et je me dis "là j'ai dit un mot il a pas du comprendre, donc je vais essayer de lui expliquer de moi-même ou de lui demander au moins" »

Ne pas trop en dire pour éviter d'inquiéter à tord

Paul (4A) : « sans trop en dire non plus, pour éviter de l'inquiéter. On dit pas exactement ce qu'on recherche, on dit plutôt ce qu'on regarde. »

Faire preuve d'**honnêteté** et ne pas minimiser la situation

Nathan (3A) : « mais de pas minimiser ce qu'on fait, [...] de pas dire au patient "une piqûre ça fait pas mal", alors qu'on sait tous très bien qu'une piqûre ça fait mal »

Est aussi évoquée la particularité française du **vouvoiement** et la notion de la **hiérarchie** qui peut être vécue comme une prise distance non nécessaire voire néfaste.

Mathieu (6A) : « j'ai l'impression que si on se vouvoie c'est qu'y a forcément une notion de hiérarchie entre les gens et je supporte pas qu'y ait une hiérarchie dans un... dans une équipe où on est tous censés travailler dans la même sens. Il y a une hiérarchie administrative etc. parce qu'elle existe, on n'a pas tous le même rôle, mais y a pas lui qui est au-dessus de l'autre »

L'arrivée de l'**informatique**, maîtriser les nouveaux outils

Sarah (3A) : « Compétence communication en médecine ça fait aussi penser au fameux logiciel "Easily"¹ [...] et du coup toute la... communication qui est en train de passer plutôt sur le versant informatique »

5 - Quels enjeux ?

Tout l'enjeu de cette compétence est le **soin du patient**, en le rassurant.

Sarah (3A) : « le côté rassurer par la parole, même... enfin finalement là c'était juste la patiente qui parlait et qui se déchargeait un peu d'un trop plein. Mais euh... mais là- aussi c'était plus de l'écoute de notre part. Et bah voilà quoi, la communication peut aussi soigner les patients. »

¹ Logiciel médical utilisé dans les services des Hospices Civils de Lyon

Mais aussi en assurant la **transmission des informations** nécessaires à sa prise en charge.

Nathan (3A) : « pour réussir à récupérer les informations euh qu'on veut avoir pour la prise en charge du patient par exemple, ou au contraire pour lui apporter des informations qui vont lui être utiles »

Une prise en charge qui se doit d'être **efficace** en termes de temps, de moyens et d'argent, mais aussi en termes de qualité de soin.

Baptiste (4A) : « la communication efficace [...] Qu'elle soit efficace pour qu'à la fin il n'y ait pas de perte de temps, perte d'argent, pas de perte de moyens »

Paul (4A) : « pour avoir un travail plus efficace, et donc au final une meilleure capacité de soin, enfin à être un bon soignant. »

Si possible, elle peut **diminuer l'inégalité de la relation** médecin-patient.

Nathan (3A) : « essayer par des mots ou des gestes, de rétablir une forme d'égalité »

Cette compétence permettrait aussi d'**accepter les erreurs**.

Nathan (3A) : « Souvent, j'ai remarqué que, une erreur technique [...] ça passe très bien si à côté on communique bien et que on parle, qu'on explique on s'est trompé »

6 - Les limites

Les limites de la communication résident dans le risque d'erreurs médicales liées à des défauts dans son application

Sarah (3A) : « la communication c'est vraiment un peu un des éléments essentiels euh, qui, qui fait que ça se passe bien ou que ça se passe mal en fait [...] ça peut vite foirer pour un problème de, de communication quoi. »

Des possibles **retards** de prise en charge

Inès (3A) : « parfois ça entraîne des sacrés retards. Des observations qui sont absolument illisibles, on est obligé de reprendre tout »

Le fait de ne pas **prendre le temps** nécessaire

Sarah (3A) : « pour moi ça a été un gros problème de communication qui pouvait être solutionné simplement si chacun prenait la peine de se poser deux minutes quoi »

Le **manque de recul** sur sa pratique personnelle

Inès (3A) : « Le moment où on arrête de, de prendre du recul sur la manière dont on parle avec les autres... Ben, c'est le moment où on va commencer à faire des erreurs. »

La difficulté de **rester authentique**

Sarah (3A) : « le risque de devenir faux. Enfin pour moi c'est, c'est hyper important de rester quand même vrai »

La **minimisation du ressenti du patient**

Inès (3A) en parlant de la douleur du patient : « j'pense que c'est un des trucs les plus violents que... qu'un médecin puisse faire à un de ses patients, c'est minimiser ce qui lui arrive. »

L'imperméabilité de l'autre à l'échange

Noémie (4A) : « si on a en face de soi quelqu'un qui est imperméable aux échanges qu'on essaie de passer, on a beau être très bons communicants, parfois ça marchera pas. »

Adrien (E) : « si la communication passe pas, tu peux avoir toutes les compétences techniques que tu veux, tu vas te heurter à un mur, justement d'incompréhension, et donc en fait on pourra pas soigner le patient. »

Les **tabous** culturels

Flore (6A) : « Je crois qu'il y a des tabous en fait. Des sujets tabous où le médecin il verra p'tet que le patient en face est un peu fermé mais il va pas lui demander pourquoi »

La difficulté de parler aux **familles**, surtout pour les étudiants

Alexia (6A) : « je me sens pas du tout prête à affronter les familles en fait... [...] pour le moment ça me fait un peu peur. »

Pour les participants, la communication passe par un dialogue (verbal ou non) qui met en scène le patient, son entourage, l'équipe de soin et les institutions. Le lien avec la collaboration-coopération est bien souligné à cette occasion. Du temps semble nécessaire pour sa mise en œuvre, tout comme l'empathie et la bienveillance : il s'agirait de savoir gérer ses émotions. Les étudiants et enseignants évoquent aussi la communication scientifique comme moyen de transmettre à l'autre des savoirs ou une expérience.

V - Erudition

1 - Eléments de la définition

L'érudition est un **savoir** ...

Julie (3A) : « Le savoir, dans son ensemble. »

Robin (E) : « c'est quelqu'un qui a d'énormes connaissances »

... **critique** ...

Antoine (4A) : « c'est l'ensemble de connaissances théoriques [...] c'est les remettre en question »

... en constante **évolution**, ...

Thomas (2A) : « savoir que c'est des choses qui évoluent et tout le temps se tenir au courant »

Robin (E) : « je le scinderai en deux en fait, un champ connaissances scientifiques grosso modo et puis un champ capacité, d'abord évaluer son niveau de connaissance, et deux, à le faire évoluer avec... avec les progrès scientifiques. »

... en **lien avec la pratique**, ...

Manon (6A) : « un érudit c'est quelqu'un qui a beaucoup de connaissances et qui sait les utiliser et à quel moment les utiliser. »

... nécessaire mais **non suffisant**.

Thomas (2A) : « un savoir nécessaire [...] mais ça suffit pas quoi, pas suffisant. »

Nicolas (E) : « Un érudit qui effectivement connaîtrait... qui aurait une connaissance livresque monstrueuse, et incapable d'appliquer en pratique, ça sert à rien... »

Compétence médicale se rattachant au savoir, l'érudition ne peut cependant pas se dissocier du **savoir-faire** et du **savoir-être**.

Antoine (4A) : « c'est pas seulement notre savoir qui fera de nous des bons médecins. On peut avoir [...] énormément de connaissances et être un piètre médecin parce qu'on sait pas s'y prendre avec les patients, parce que... on a aucun savoir-être et savoir-faire. »

La **place du relationnel** est particulière et semble peu se retrouver dans ce terme d'érudition'.

Arthur (3A) : « c'est aussi important que l'érudition tout le reste, tout ce contact avec le patient. »

Elle implique le **raisonnement clinique**.

Jérémie (4A) : « dans l'érudition, il y aurait le raisonnement clinique : apprentissage du raisonnement clinique »

Il s'agit d'être **curieux**, ...

Nicolas (E) : « il y a un aspect de curiosité personnelle, je pense, qui est majeur. »

... d'être **transversal** dans sa réflexion,

Antoine (4A) : « c'est aussi arriver à faire les liens entre les différentes spécialités, les différents items... »

... mais aussi de **transmettre son savoir**.

Antoine (4A) : « comment faciliter cette transmission, cet apprentissage euh... pour nous même et pour les générations à venir... »

2 - Synonymes, concepts associés

La **complexité**, l'art médical

Bastien (E) : « C'est l'art quelque part, de prendre... les éléments cliniques, les connaissances, les éléments paracliniques, les critères de jugement, pour... guider le patient vers les bonnes choses à faire quoi. [...] entre... expérience, des connaissances, la manière d'acquérir des connaissances, la pondération des connaissances par rapport à l'expérience, par rapport à un problème, une hiérarchisation du problème... C'est l'art de la médecine »

L'**adaptation** à la situation, au patient

Thomas (2A) : « je pense que dans le cadre de la prise en charge d'un patient, c'est pas pareil avec tous les patients, et du coup, [...] si tu le [le mécanisme de la situation] comprends, non seulement tu sauras appliquer ça à la plupart des situations, mais en plus tu sauras ce qui varie parce que tu connais les variables et tu connais pas juste les résultats. »

Eva (2A) : « on sait s'adapter, on connaît toutes les choses, on sait les utiliser à bon escient »

L'**élite**

Julie (3A) : « Moi ça me fait presque penser à "Elite" quasiment, dans le sens "savoir", ou du moins dans la compétence médicale. »

L'expertise

Marion (E) : « on est plutôt sur la connaissance verticale, on accumule un sujet donné un certain nombre de connaissances qui s'empilent entre guillemets et qui finissent par... qui s'additionnent, et qui finissent par former une expertise »

La sagesse

Hugo (6A) : « quand moi j'entends érudit euh... ça me fait penser genre euh les types euh Socrate et tout ça là, les sages en fait, les PUPH quoi »

Marion (E) : « l'érudition c'est peut être la sagesse, c'est la façon de reconnaître les moyens tant humains que technologiques [...] c'est aussi dans la transmission de la clinique tu vois, et dans l'apprentissage de la clinique, qui te permettront de progresser et de construire tes connaissances, [...] ton outil de travail »

3 - Quelle finalité ?

Une **prise en charge correcte**,

Arthur (3A) : « [le patient] serait pris en charge correctement, avoir une idée précise du diagnostic, des suites à donner et de la pathologie. »

... **efficace**, ...

Lisa (3A) : « l'érudition ça pourrait influencer vers une prise en charge plus rapide, et plus efficace, avec moins de séquelles pour le patient. »

... **empathique**, ...

Nicolas (E) : « ça permet d'avoir un éclairage de compréhension d'empathie vis à vis du patient »

... à **moindre coût**.

Arthur (3A) : « Aussi, moins cher. En ce moment c'est important. »

Elle permet la **compréhension des mécanismes** amenant à l'action de soin.

Thomas (2A) : « ça permet vraiment de savoir, le but c'est pas de savoir qu'est-ce qu'il faut faire, le but c'est de savoir qu'est-ce qu'il faut faire et pourquoi »

Elle assure des **échanges plus aisés** entre les soignants et les patients,

Jérémie (4A) : « ça t'aide à discuter avec tout le monde en fait. Quand t'as un socle de culture, tu peux t'adapter à toutes, à tous les types de patients. »

Ces derniers peuvent plus facilement être **reçus en tant que personnes** à part entière, et non en tant que « maladie ».

Jérémy (4A) : « avoir une culture suffisante pour le... pour le prendre en charge personnellement. Comme... comme une personne. »

4 - Les limites

Le risque de cette compétence est de **mettre de côté l'aspect humain de la relation de soin...**

Françoise (2A) : « j'ai l'impression que c'est des connaissances scientifiques enfin, médicales [...] enfin moi le mot érudit ça me fait pas du tout penser au côté humain qu'on est censés avoir. »

... et d'**oublier** d'autres choses en dehors de sa propre spécialité.

Bastien (E) : « on peut pas être compétent partout, et ce qu'on investit dans notre sur-compétence, on va peut-être le perdre dans une... une capacité peut-être de raisonnement un petit peu plus large »

Enfin, l'érudition évoque aux étudiants et enseignant un savoir évoluant, basé sur la médecine factuelle, mais très en lien avec la pratique. Il apparaît nécessaire d'avoir un esprit curieux, critique et capable d'un raisonnement clinique. Il est toujours question de la complexité de la médecine, mais aussi de l'adaptation au patient et de la transmission de cette compétence. Ce terme d'érudition questionne, il pourrait être lié à l'élite, la sagesse ou l'expertise.

Partie IV - Analyse – Discussion

I - Synthèse des résultats

Le but de ce travail a été d'évaluer la représentation du concept de compétence par les étudiants et les enseignants de la Faculté de Médecine Lyon Est. Ainsi, 13 entretiens de groupes ont été réalisés avec 40 étudiants et 15 enseignants entre le 24 mars et le 26 juillet 2016. Les entretiens comprenaient des questions sur le concept général de compétence et sur trois compétences génériques. Il s'agissait des compétences de collaboration-coopération, de communication et d'érudition.

1 - Le concept de compétence

Bien qu'ayant peu connaissance ou usage du concept de compétence en médecine, **les étudiants et enseignants ont retrouvé des éléments de la définition de Jacques Tardif (18)**, comme la notion de **savoir-agir**, la **complexité**, **l'adaptation** et la nécessité d'avoir une **approche globale**. L'idée de mobilisation et de combinaison a été retrouvée dans le **lien identifié entre la pratique clinique et la théorie**, ce lien entre le savoir, le savoir-faire et le savoir-être. Les ressources correspondent aux **connaissances à jour des données actuelles de la science**, indispensables pour les étudiants et enseignants. Nous avons retrouvé également la **variabilité individuelle** et **l'usage du temps** dans la mise en œuvre de ces ressources. Les familles de situations peuvent se rapprocher des **différents domaines où le professionnel sera amené à intervenir**. Nos participants ont de plus abordé le **lien du médecin avec ses patients et les attentes** (de la société et du patient) auxquelles il doit répondre, ce qui est spécifique à cette profession. **L'empathie** est apparue comme ayant une place importante pour eux dans la relation avec le patient, ils se sont questionnés quant à sa variation au cours des études ou selon les spécialités.

Bien que ne maîtrisant pas le vocabulaire adéquat, les notions sont apparues comme bien présentes chez les étudiants et enseignants. Cela nous a conforté dans la pertinence de l'usage de cette définition.

Rappel : Définition du concept de compétence par Jacques Tardif

« Un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes ou externes à l'intérieur d'une famille de situations » (18).

2 - Le concept de 'collaboration-coopération'

Pour nos participants, la collaboration-coopération est centrée sur le **travail en équipe** avec toutes ses nuances. Cette équipe se compose des **professionnels de santé**, du **patient** et de **son entourage**, des **institutions**. Il a été aussi question de l'équipe **enseignant-enseigné**. C'est ainsi que cette compétence est apparue comme nécessitant un **apprentissage constant** impliquant la **transmission du savoir et de l'expérience**. Notre étude a permis de plus de mettre en évidence **la complexité** de la médecine, notamment dans certaines situations. Il leur est apparu indispensable de pouvoir **se remettre en question**. Différents moyens existent pour la mettre en œuvre et son **lien étroit avec la communication** est particulièrement important. Les étudiants et enseignants ont émis une réserve quant à la place des **alés des relations humaines** qui peuvent rendre difficile la coopération.

Nous retiendrons pour cette compétence une parole d'un enseignant :

Simon (E) : « est-ce qu'il vaut mieux un groupe, le meilleur groupe de 11, ou le groupe des 11 meilleurs? [...] Le meilleur groupe de 11 »

3 - Le concept de 'communication'

Nous avons relevé l'importance qu'a le **dialogue** dans la communication, que ce soit verbal ou non. Le premier interlocuteur évident est le **patient**. Pour autant, cela n'a pas semblé si évident pour les participants qui se sont posés la question de **l'entourage**, de **l'équipe de soin**, des **institutions**... C'est ainsi que cette compétence est apparue comme **se recoupant avec celle concernant la 'collaboration-coopération'**. Nous avons retrouvé la **place du temps** dans sa mise en œuvre comme précédemment, mais aussi l'importance de **l'empathie**. Si les moyens utiles à sa mise en place ne sont pas respectés, des défauts de prise en charge peuvent survenir.

4 - Le concept 'd'érudition'

Enfin, l'érudition a bien été perçue comme un **savoir en constante évolution**, basé **sur les faits** et pourtant **très en lien avec la pratique**, le savoir-faire et le savoir-être. L'importance de développer un **esprit curieux et critique**, et de mettre en place un **raisonnement clinique** pour évoluer dans son exercice, a été soulignée. De nouveau il a été question de la **transmission** de cette compétence, de la **complexité**, et de **l'adaptation** au patient. **Les participants sont partagés sur l'utilisation de ce terme** qui reste peu utilisé en français et

hésitent à l'associer à l'élite, l'expertise ou la sagesse, ou tout ensemble. Le risque semble être que la pratique dévie uniquement sur le savoir en mettant de côté tout l'aspect humain de la relation de soin.

5 - Points communs

Au total, toutes ces compétences sont apparues comme étant des objectifs pour une **meilleure prise en charge du patient**, en termes d'efficacité et de qualité du soin.

Nos participants ont trouvé une place à chacune de ces trois compétences pour la pratique médicale actuelle. Bien que le vocabulaire puisse être discuté sur ces compétences, les concepts se sont avérés présents. Les participants ont semblé se mettre d'accord sur la pertinence de chacune d'entre elles pour leur pratique et sur l'importance de leur enseignement pour proposer des soins de qualité aujourd'hui comme demain.

II - Réflexion sur l'apport du travail et la méthodologie

Notre travail s'intègre dans une réflexion plus importante concernant la possibilité de basculer sur le paradigme d'apprentissage par compétence en France. Il a la particularité de **donner la parole aux étudiants et aux enseignants**, et de se baser sur ce qu'ils pensent eux-mêmes de ce que sont les compétences nécessaires à la pratique de leur (futur) métier.

Les entretiens de groupes ont permis une **richesse d'échange** entre les participants et la récolte de résultats très intéressants concernant leurs **représentations** des compétences abordées. Cependant, au cours des entretiens nous avons indiscutablement **interféré en relançant** les étudiants et en guidant les discussions.

De plus, nous ne pouvons pas retirer de notre travail des résultats concernant **les niveaux** que les différents étudiants auraient dans ces compétences, notre étude n'était pas calibrée pour cela.

Un délai important eut lieu entre la réalisation du premier et du dernier entretien. Cela a pu modifier les représentations des étudiants au vu de leur progression dans leur année et l'approche des examens finaux.

Nous n'avons d'ailleurs **pas pu organiser tous les groupes** prévus initialement. Après en avoir discuté avec les participants, il apparaissait que les étudiants de certaines promotions

étaient plus difficiles à contacter que d'autres. Elles auraient une dynamique globale plus réticente à participer aux discussions sur l'enseignement.

De plus, il est difficile de dire si la saturation des données a été atteinte du fait du nombre d'entretiens. Cependant, la redondance des thèmes soulevés peut nous rassurer.

Les étudiants et enseignants participant aux entretiens ont tous été volontaires, et ne représentaient pas forcément l'ensemble des étudiants et enseignants. En outre, nous sommes forcés de constater que **tous les étudiants de 6^e année ont participé au tutorat dont l'enquêtrice est la responsable**. Nous ne pouvons mettre de côté la possibilité que le fait qu'elle soit connue d'eux ait facilité leur intérêt pour participer à cette étude.

Le **statut d'interne de l'enquêtrice** peut avoir facilité les échanges en libérant la parole des étudiants. Nous avons pu éviter une certaine autocensure que les étudiants auraient pu s'appliquer, permettant des discours plus authentiques que si l'enquêteur avait été un enseignant. Mais cela a pu avoir eu un effet inverse pour les enseignants.

Il s'agissait du **premier travail par entretien de groupes de l'enquêtrice** qui était novice dans l'animation des entretiens, un meilleur encadrement des séances aurait pu être obtenu avec plus d'expérience. De plus, la formulation des questions peut faire apparaître des **biais de suggestion**. Malgré cela, les étudiants et enseignants semblent avoir pu conserver le sens de leur réflexion.

L'**absence de triangulation des données** est une des limites de ce travail, de même un seul type de méthode, le *focus group*, a été utilisé.

Beaucoup **d'autres thèmes ont été abordés** au cours des entretiens que nous ne pouvons étudier ici. Le matériel est beaucoup plus riche que prévu. Il fera l'objet d'autres analyses selon des problématiques proches comme l'enseignement actuel, les propositions pédagogiques ou l'évaluation de ces compétences. Nous pouvons retrouver ces éléments dans le travail de mémoire de master 2 de l'enquêtrice (32).

Nous avons élaboré notre étude sur **trois des sept compétences définies par les Canadiens**. Pour permettre un travail plus complet permettant une vision globale de ce que sont ces compétences pour les étudiants et enseignants, il pourrait être intéressant de réaliser d'autres études basées sur le même modèle concernant les compétences 'professionnel', 'leader', 'promoteur de la santé' et 'expert médical', ou d'autres...

Notre **travail se limitant à la Faculté de Médecine Lyon Est** et étant **inédite**, nous n'avons pu croiser les données avec d'autres UFR de médecine alors que cela pourrait compléter notre étude et diminuer les variables locales.

Cependant, il s'agit ici d'un **travail préliminaire**, permettant des pistes de réflexions et l'ouverture sur des travaux ultérieurs concernant l'apprentissage par compétence en 1^{er} et 2nd cycles d'études médicales.

III - Discussion sur les définitions pré-existantes canadiennes et françaises

1 - La collaboration-coopération

A. Définition CanMEDS 2015

Éléments retrouvés : Nous avons retrouvé les trois grandes capacités des médecins dans le discours des étudiants et enseignants : l'efficacité dans le travail avec d'autres professionnels de santé, gérer les divergences et les conflits, assurer le transfert et la coordination des soins.

Éléments non retrouvés : Chez nos participants, il y a eu peu d'écho à l'importance donnée par les Canadiens à la **sécurité des soins**.

Nous avons retrouvé effectivement la notion d'efficacité du soin et le risque de perte de chance si les compétences ne sont pas correctement mises en œuvre. Nous remarquons que le **vocabulaire sécuritaire** semble propre au Canada et **correspond moins aux attentes françaises**. Pourtant, l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) a publié en 2009 un guide spécialement dédié au sujet : « Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients - édition multiprofessionnelle » (33) qui a pour objectif de « faciliter le renforcement efficace des capacités en matière de formation à la sécurité des patients dans les écoles et universités médicales et paramédicales. ». L'élaboration d'un tel document est expliquée par le **contexte du développement des découvertes scientifiques médicales** qui bien qu'**améliorant considérablement les soins de santé, s'accompagnent de risques pour les patients** (événements indésirables, effets indésirables, erreurs médicamenteuses...). Cette discipline permettrait d'aider les professionnels de santé à se familiariser avec **les concepts et les principes de sécurité**. La définition dans le guide de la sécurité des patients est la suivante : « *Sécurité des patients : réduire le risque de dommage évitable associé aux soins au minimum tolérable.* » (33). Concernant l'apprentissage des étudiants, il est rajouté que « *en tant que futurs cliniciens et chefs d'équipe médicale, les étudiants doivent être formés à la sécurité des patients et notamment savoir comment les systèmes affectent la qualité et la sécurité des*

soins et dans quelle mesure les problèmes de communication peuvent entraîner des événements indésirables associés aux soins » (33). La sécurité des patients est un sujet qui concerne les enseignants depuis longue date. En 2006, l'AMEE organisait un symposium sur le sujet. A l'occasion, les 86 participants internationaux ont listé des recommandations pour l'enseignement de la sécurité du patient que J. Sandars reprend dans le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2 : Enseignement de la sécurité du patient en 1er et 2nd cycle, recommandations selon J.Sandars (34)

| Recommendations for patient safety education in undergraduate medical education | Traduction : Enseignement de la sécurité du patient en 1 ^{er} et 2 nd cycle, recommandations |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Main:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Increase knowledge of patient safety, including the causes and frequency • Develop willingness to take responsibility • Develop self-awareness of the situations when patient safety is compromised • Develop communication skills, especially inter-personal • Develop team-working skills <p>Lesser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Develop skills in root-cause analysis • Develop skills in safe prescribing and procedures • Develop skills to empower patients to have involvement in patient safety • Develop skills in dealing with the aftermath of errors, in both doctors and patients | <p>Principales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Connaissance accrue de la sécurité du patient, incluant ses origines et sa fréquence • Développer une volonté d'endosser ses responsabilités • Sensibiliser aux situations où la sécurité du patient est compromise • Développer des capacités communicationnelles, surtout inter-personnelles • Développer les capacités de travail en équipe <p>Moins importantes : développer les capacités de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyse des causes principales des problèmes • Prescription et de réalisation de procédures sécurisées • Encourager les patients à prendre part au processus de sécurité du patient • Gestion des conséquences des erreurs, chez les soignants et les patients |

Nous relevons principalement la proposition concernant la **responsabilisation des soignants** et la capacité à pouvoir **communiquer concernant les erreurs médicales** (au patient comme au soignant). Cela nous renvoie très justement au discours de Nathan (3A)². Des enseignements sur le sujet pourraient-ils réellement modifier le fonctionnement des étudiants ? Une équipe coréenne a évalué l'enseignement réalisé à ses étudiants de 3^{ème} année (21 heures au total). Sur les 98 répondants, il a été démontré qu'avant l'enseignement, les étudiants avaient déjà un **haut degré de compréhension de la faillibilité de l'être humain**, et du **caractère inévitable de l'erreur**. De même, initialement, leur notion de la responsabilité individuelle était beaucoup plus importante que leur notion de la responsabilité collective. L'attitude des étudiants a basculé après l'enseignement pour responsabiliser la structure et le système en place dans la survenue d'erreurs, mais ils préfèrent toujours une approche individuelle pour la prévention. Les auteurs concluent sur l'importance qu'il faut

² Page 46

accorder à la **responsabilité collective** et à une **communication libre** entre un sénior et son subordonné dans cet enseignement (35). Ici encore, ces réflexions nous renvoient aux remarques de nos participants concernant la peur qui peut persister entre un étudiant et un enseignant. Elle peut limiter son apprentissage, mais aussi la coopération et la bonne prise en charge des patients (cf remarque de Romain (E)³). **La sécurité du patient semble donc avoir une place importante dans les compétences à acquérir par les étudiants.**

B. Définition française

Éléments retrouvés : Les participants ont très bien compris l'importance de **connaître les rôles, les compétences et les responsabilités** propres à chacun. Ils ont compris le **lien indispensable qu'un médecin a avec d'autres professionnels de santé**. Ils ont même abordé la nécessité de la **transmission du savoir et de l'expérience**.

Éléments non retrouvés : Bien que les étudiants imaginaient certaines ressources dont ils auraient pu se servir pour être plus efficaces dans leur travail en groupe, il s'agit surtout de ressources de communication. Nous n'avons retrouvé que **peu d'éléments concernant le système de santé**, il y avait peut-être les échanges entre institutions hospitalières et universitaires.

C. L'éducation thérapeutique

Elle a semblé être oubliée. Les étudiants seraient-ils encore trop novices pour intégrer ces items dans la collaboration ? S'ils n'en ont pas du tout parlé, n'est-ce pas aussi parce qu'ils n'y avaient pas été confrontés ? Cependant, les enseignants ne l'ont pas non plus évoqué. Cela nous interroge sur la **place de cet élément dans cette compétence**, mais aussi sur **sa place dans l'enseignement et la réalité de la pratique médicale en France**. Bien que l'éducation thérapeutique soit très plébiscitée actuellement dans le milieu médical, notamment pour les maladies chroniques comme le diabète, nous retrouvons très peu (voire pas) de documentation sur son enseignement auprès des étudiants. La Haute Autorité de Santé (HAS) a pourtant publié des recommandations en 2007 concernant l'éducation thérapeutique du patient (ETP), sa définition, sa finalité et son organisation (36). Elle reprend d'ailleurs la définition de l'OMS : l'ETP « *aide les personnes souffrant de maladies chroniques à devenir capables de prendre en charge leur maladie et produit des bénéfices en termes de santé et financier.* » (37). Elle a réalisé un **programme de formation continue** afin d'aider les soignants à accompagner leurs patients dans cette démarche. Elle part du constat initial que malgré la

³ Page 39

grande compétence des médecins dans le diagnostic et l'administration d'un traitement, encore **trop peu d'entre eux éduquent et forment leurs patients** à prendre en charge leur maladie. Le **manque de temps** ou l'**absence de conscience** de la nécessité de cette éducation peuvent l'expliquer. Cela pouvant venir d'une **formation initiale principalement fondée sur le diagnostic et sur un choix thérapeutique**. L'OMS rajoute que malgré les fortes incitations à promouvoir l'ETP en complément des thérapeutiques habituelles, les programmes actuels de formation à l'ETP ne comprennent généralement **pas de méthodes éducatives ou de soutien psychologique** (37). Nous voyons ici une proposition de formation secondaire des soignants à l'ETP. Le silence des étudiants et enseignants à ce propos vient appuyer les réflexions émises par l'OMS concernant les particularités de la formation initiale médicale. Nous nous demandons si **le rôle des Facultés ne serait pas d'intégrer ces notions à la formation des étudiants dès les premières années**, pour éviter dès le début la méconnaissance de cet outil qui peut optimiser les soins. En effet, la formation des futurs médecins à l'ETP semble pertinente car pour former les patients à leur soin, nous imaginons qu'il est nécessaire de bien former les futurs médecins à leur transmettre cela.

D. La notion de bien-être au travail

Nous avons trouvé intéressant le fait que les étudiants aient valorisé l'importance du **bien-être au travail** dans cette compétence, dans le sens où cela **facilite les échanges**. De plus, cette compétence apparaît essentielle pour le **confort des soignants et des soignés**. Cette remarque nous renvoie à la question du **stress au cours des études**, et l'impact que cela peut avoir avec le bien-être des étudiants. Quels éléments peuvent nous aider à comprendre ce mécanisme ? Pour qu'un professionnel de santé prenne soin de lui-même et se préserve, il peut être judicieux de l'encourager dans cette direction dès sa formation. Une grande enquête nationale sur la santé mentale des jeunes et futurs médecins a d'ailleurs été lancée par les différentes structures françaises représentant les étudiants en médecine, les résultats doivent être publiés au printemps 2017 (38). Par ailleurs, de nombreuses études portent déjà sur le sujet. Un travail réalisé à l'université de Dundee en Ecosse retrouve qu'**un niveau élevé de stress interfère avec la capacité des étudiants à contrôler et réguler leur performance** lors d'une évaluation sur une simulation de situation clinique (39). Des programmes existent dans différentes Facultés ou écoles de médecine pour tenter d'améliorer la conscience d'eux-mêmes des étudiants et leur adaptation au stress, tel que le programme *Mind Body Medicine* de Georgetown (40). L'évaluation de ce programme inclut certes peu d'étudiants (20 en tout) mais les résultats confirment qu'**au cours de la première année de médecine** (à

Georgetown) **le stress augmente et l'empathie diminue**. De plus les scores de dépression furent fortement plus élevés chez les étudiants ne participant pas au programme que chez ceux y participant. Nous reviendrons un peu plus tard sur la diminution d'empathie au cours des études. Nous notons ici le lien existant entre l'augmentation du stress et la baisse d'empathie synchrone. Concernant les **facteurs influençant ce stress**, au Québec, à l'université Laval, F. Morneau-Sévigny et al. (41) ont réalisé un travail qualitatif pour permettre d'explorer les besoins, attitudes et perceptions des étudiants en médecine quant aux phénomènes du stress et de l'anxiété. Ils rappellent initialement que le **niveau de difficulté des études** médicales augmente l'anxiété, mais que le stress découle aussi du **surplus de travail**, de la **compétition** et de l'**exposition à la souffrance humaine**. Ce stress élevé peut alors **augmenter** à son tour **l'anxiété**, générer **des troubles psychologiques** et **diminuer le bien-être psychologique**. Ce niveau d'anxiété augmente d'ailleurs au cours des études médicales. Leurs résultats mettent en évidence différentes sources de stress, facteurs limitants, et différentes propositions tels que proposés dans le **Tableau 3**. Nous relevons particulièrement **l'anticipation de la mise en pratique clinique**, la **comparaison sur l'implication extrascolaire** (stages internationaux...), **se retrouver parmi des individus aussi performant qu'eux** (leurs pairs), les commentaires quant aux **difficultés liées à la profession**, les **horaires** et les **responsabilités**.

Tableau 3 : Facteurs influençant le stress selon l'étude de F.MORNEAU-SEVIGNY et al.(41)

Tableau 1. Catégories de l'analyse de contenu identifiées à partir de l'analyse des verbatims des groupes de discussion focalisée.

| Sources de stress | | Facteurs diminuant le stress |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Anticipation de l'externat et de la résidence • Comparaison et performance • Commentaires de certains professeurs • Manque d'information sur les pré-requis associés aux diverses spécialités • Gestion des horaires associés à la profession • Image associée à la profession • Remise en question liée aux éléments stressants de la profession • Première session et session d'été | | <ul style="list-style-type: none"> • Planification du temps • Communication avec les proches • Faire du sport • Avoir fait une 1^{re} année dans un autre programme • Être capable d'équilibrer loisir étude |
| Interventions les plus appréciées | Modalités d'intervention | Programme obligatoire <i>versus</i> optionnel |
| <ul style="list-style-type: none"> • Techniques de gestion des pensées et techniques de relaxation | <ul style="list-style-type: none"> • Certains apprécieraient que le programme soit disponible sur Internet. D'autres que les interventions soient réalisées par des gens du milieu médical | <ul style="list-style-type: none"> • Programme obligatoire : prévient le stress et rejoint les gens qui ne vont pas chercher de l'aide • Programme optionnel : une minorité d'étudiants sont stressés |

Cela renforce les résultats d'un travail d'une équipe américaine qui retrouve que les étudiants identifient **différentes activités** qu'ils pourraient faire **pour prendre soin d'eux-mêmes** : l'alimentation, l'hygiène, la santé intellectuelle et la créativité, l'activité physique, la

spiritualité, l'équilibre et la relaxation, le temps pour les proches, les objectifs de vie, les hobbies, les activités d'extérieur. Cela inclut des **activités sociales, physiques, solitaires et psychiques** (42). Un travail datant déjà de 1994 retrouvait également que les **activités de tutorat** (par des étudiants ou des enseignants) permettent de promouvoir le bien-être des étudiants et à terme la relation médecin-patient (43). Nous retrouvons différents éléments inhérents aux études de médecine qui peuvent être sources de stress et altérer le bien-être des étudiants, pourtant indispensable pour leur développement de futurs soignants. Si **quelques facteurs peuvent être corrigés** (commentaires des enseignants, manque d'information...), **certains le sont moins** (horaires de la profession, anticipation de la pratique clinique...). C'est là que **la Faculté aurait sa place pour permettre aux étudiants un accompagnement et un renforcement de leur capacité d'adaptation au stress**, via différentes méthodes. A la Faculté de médecine Lyon Est, nous observons d'ailleurs différents dispositifs déjà en place : le tutorat des années supérieures existe depuis 2013 avec des retours très favorables concernant l'appréhension de l'internat (pratique clinique en responsabilité) à venir, mais aussi la création en 2016 de la structure ASPPIRE pour le soutien des étudiants par les étudiants (44).

2 - La communication

A. Définition CanMEDS 2015

La **relation avec le patient et ses proches**, le **recueil de l'information pertinente**, sa **transmission** et la **documentation** de l'information ont effectivement été retrouvées. La **participation du patient et de son entourage au projet de soin** ont semblé apparaître plutôt chez les enseignants, bien que peu individualisée en tant que telle. Nous pouvons l'attribuer au fait que **les étudiants** de formation générale et approfondie **ne sont pas mis en situation de prendre en charge des patients dans les projets de soins**. Ils y participent mais ne sont pas mis en responsabilité avant l'internat. Cela ne les amène pas à prendre particulièrement conscience de cet élément. Il reste cependant très important.

B. Définition française

Éléments retrouvés : Nous avons retrouvé les notions sur la **relation centrée sur le patient**, **l'empathie**, les **renseignements pertinents**, la **transmission d'information** à différents interlocuteurs et l'utilisation des **nouvelles technologies** sont bien rapportés.

Éléments non retrouvés : Au vu de ce qui ressort des discours, nous avons été surpris de ne pas retrouver la **notion de gestion du stress**. En particulier, les étudiants ont évoqué très facilement le stress quant à leurs études mais n'en ont pas parlé pas tellement dans la pratique médicale. Peut-être que leur statut d'étudiant hospitalier, non mis en responsabilité de prise de décision concernant des prises en charge les en protège. De plus, il n'a pas été question d'**éthique** alors que c'est un élément qui semble indispensable.

C. Autres éléments

a. La formation scientifique

La **communication scientifique** évoquée par les étudiants et les enseignants est un élément intéressant qui peut être rattaché à la collaboration dans le sens où il s'agirait de **participer à la transmission des savoirs** aux plus jeunes mais aussi à ses confrères. A. Demeester (enseignante universitaire sage-femme) explique que les écrits scientifiques ont comme première fonction de **communiquer**, de **valoriser** et de **diffuser des connaissances régulièrement actualisées** (45). Concernant son apprentissage, elle rappelle que M. Nadjafizadeh et O. Morel soulignent que **l'écriture de recherche est souvent exigée trop tardivement dans le cursus médical** (ou de sage-femme) et que **les normes d'écritures restent implicites** (46). Les conditions ne semblent pas optimales pour un bon apprentissage de la rédaction. Elle écrit que les directeurs de recherche (bien occupés) incitent peu à l'écriture et l'étudiant ne s'y mettra que tardivement dans son travail (45). C'est ainsi que B.J. Blaise et son équipe proposent le **développement de doubles cursus** dès les premières années universitaires reprenant le modèle des « MD-PhD » américains, permettant la formation de **médecins-chercheurs** disposant de la **culture médicale et scientifique**. Cela favoriserait un décloisonnement du monde de la recherche scientifique et de la médecine (47). T. Martinho, étudiante Brésilienne ayant pu participer à un travail de recherche au cours de ses études, témoigne des bénéfices que cela lui a apporté : ne plus avoir peur de la nouveauté, apprendre à reconnaître avec humilité quand une certaine difficulté peut être résolue par elle-même ou s'il est nécessaire de demander de l'aide, perdre l'illusion que l'information délivrée par l'enseignant est toujours juste, et améliorer sa capacité à chercher des informations (48). Cela nous renvoie aux éléments de la définition de l'érudition élaborée par nos participants, un savoir critique avec la capacité à aller chercher la bonne information. Cependant nous remarquons que **cet enseignement mériterait d'être développé au sein des études médicales françaises**, et ce dès les premières années d'études, comme le proposent B.J. Blaise et son équipe (47).

b. L'empathie

Les étudiants ont estimé que pour mettre en œuvre cette compétence, il était nécessaire de faire preuve d'empathie. Cependant, nous remarquons que **certains étudiants**, pourtant encore jeunes dans leurs études (en 2^e année), ont relevé qu'ils **sentaient déjà une baisse d'empathie chez eux**, et ils craignaient qu'elle ne baisse avec le temps. Ils se demandaient ce qui était à l'origine de cela, les études, la pression de l'institution hospitalière... (Remarques d'Eva et Thomas (2A)⁴) Dans une revue de la littérature de 2010 (49), il est effectivement rappelé que **l'empathie baisse au fur et à mesure des études médicales** selon le schéma suivant :

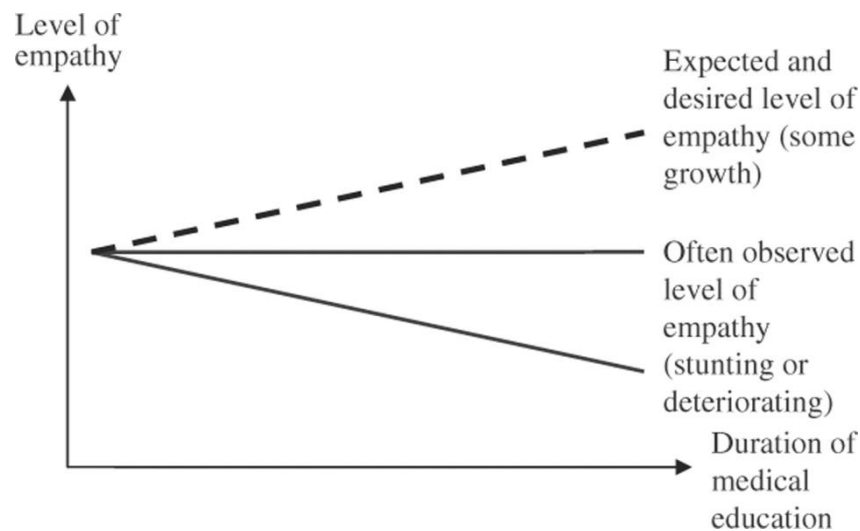


Figure 1 - Niveau d'empathie des étudiants en médecine (49)

Les auteurs se questionnent alors sur le fait que dans la littérature la question suivante est souvent peu explorée : « *comment l'acquisition du savoir et des paradigmes médicaux peut influencer l'empathie du praticien ?* » (49). Souvent, le manque d'empathie est effectivement attribué à des éléments non médico-scientifiques ou à d'autres catégories telles que le sexe (les femmes ont souvent des scores d'empathie plus élevés que les hommes), la classe socioculturelle, la religion. Cependant, **les éléments principaux dans la compréhension du patient par le praticien sont certainement les connaissances et les modèles médico-scientifiques**. Ainsi, les Facultés de médecine ont un impact majeur auprès des praticiens, et peuvent faire les changements appropriés. Voici une des conclusions des nombreuses études revues : « *Les étudiants commencent souvent leur apprentissage avec beaucoup d'empathie et d'altruisme. Cependant, la Faculté leur apprend à se concentrer sur des aspects plus objectifs du soin : soigner et éliminer la maladie. La distance émotionnelle entre le médecin*

⁴ Page 64

et le patient empire avec l'internat [résidanat]. **L'isolement pendant les longues heures de service, le manque de sommeil chronique, la peur de l'échec et l'exposition constante à des situations tragiques amènent à éteindre toute empathie et altruisme qui auraient pu persister.** » (50). Nous retrouvons quelques éléments qui peuvent expliquer ainsi la baisse d'empathie. Ils font écho au travail réalisé par Daniel C.R.Chen et al. qui ont cherché à caractériser les changements dans l'empathie des étudiants (51). Utilisant l'échelle d'empathie de Jefferson, adaptée aux étudiants (JSPE-S) (auto-questionnaire de 20 items mesurant les composants de l'empathie chez les professionnels de santé dans la situation de soin au patient - (52) (53) (54)), ils retrouvent une **élévation de l'empathie jusqu'en 2^{ème} année, puis une baisse.**

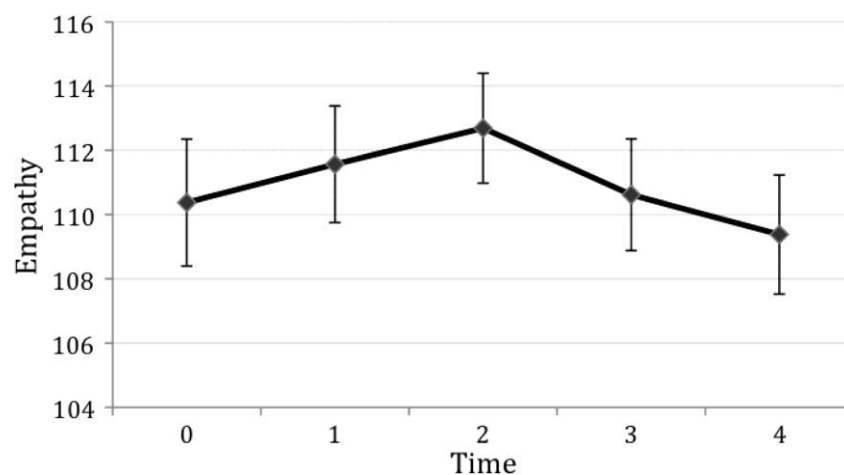


Figure II - Evolution au cours du temps de l'empathie des étudiants envers les patients (51)

Concernant la forme de la courbe en elle-même, ils remarquent que les étudiants rencontrent un **traumatisme de "dé-idéalisation"** (55) lors de la première rencontre avec la pratique (en général autour de la 3^e année d'études). **L'empathie des étudiants diminue avec leur exposition aux défis de l'exercice de la médecine moderne.** C'est expliqué par l'augmentation du **volume de patients** examinés, la **précision des maladies** traitées, le manque d'un réel **modèle du rôle de l'étudiant hospitalier**, et l'augmentation de la place de la **technologie dans le soin**, diminuant le **temps passé avec le patient**.

Un travail qualitatif par entretiens individuels réalisé par D. Jeffrey en 2016 (56) permet d'explorer l'expérience des étudiants concernant l'empathie. Sont évoquées notamment les **tensions qui existent dans l'importance donnée au biomédical dans les cursus médicaux, biomédical qui est favorisé par rapport aux éléments psychosociaux du soin.** Le curriculum caché (*Hidden curriculum*) peut amener les étudiants à **percevoir les émotions comme des menaces**, pouvant mener au *burnout*. Ainsi le **détachement** peut être adopté comme **stratégie d'adaptation**. Cette étude démontre un tableau complexe de l'évolution de

l'empathie pendant les études, avec notamment une dichotomie sous-jacente entre la pédagogie médicale et la pratique. D. Jeffrey nuance l'observation de la baisse d'empathie au vu de ses résultats : « *la baisse d'empathie souvent décrite chez les étudiants peut plutôt correspondre au fait qu'ils ont appris moins de façon ouverte à manifester leur empathie et ont le sentiment que le détachement est la position appropriée du professionnel médical.* » (56). De même, « *un manque d'enseignement et d'évaluation de l'empathie risque de renforcer les étudiants dans le fait que l'empathie est une bonne chose, mais non essentielle* » (56). Dans les raisons propres aux étudiants décrites dans cette étude, nous retrouvons le fait que les étudiants ont **peur que le lien émotionnel avec les patients les submerge** ou qu'il obscurcisse leur raisonnement clinique. C'est en réponse à cette incertitude qu'ils réagissent par le détachement des patients ou en dissimulant leur empathie. Il n'est pas clair pour eux de savoir comment gérer leur empathie et ils ont **besoin d'entraînement** pour leur permettre de créer un lien avec le patient sans être ainsi submergés. Le temps est nécessaire pour leur permettre de développer une relation de confiance avec le patient. Nous retrouvons certains de ces éléments dans les discours des étudiants interrogés au cours de notre travail.

Par ailleurs si nous comparons l'entrée et la sortie du cursus sur la **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**, il n'y a pas de changement significatif de l'empathie. Cela est retrouvé dans le travail de S. Roff (57) qui étend le questionnaire JSPE-S à d'autres pays que les Etats-Unis d'Amérique et qui retrouve plutôt une tendance à l'élévation des scores au cours des études. Elle remet en question cette échelle (sur laquelle est basée la plupart des travaux concernant la variation d'empathie au cours des études médicales) pour un modèle plus complexe, combinant des concepts culturels d'intelligence émotionnelle, de raisonnement moral, etc.

Nous voyons donc que la mesure de l'empathie n'est pas si simple. Bien qu'**elle semble diminuer au cours des études, peut-être est-ce simplement que les étudiants ont appris moins de méthodes de l'exprimer.** Nous avons vu que de nombreux facteurs sont mis en cause, la place du biomédical et des sciences humaines, les émotions, le cadre institutionnel hospitalier, les modèles... Ainsi D. Jeffrey propose un **contact avec les patients plus précoce** dans le cursus et prolongé dans les années ultérieures puisque c'est à ce moment que l'empathie peut être plus améliorée. Les enseignants cliniciens devraient **encourager les étudiants à partager leur ressenti et réfléchir sur le soin** au patient en tant que personne plutôt qu'en tant que problème intellectuel (56). D. Chen et al. (51) proposent d'intégrer des critères d'empathie dans le processus d'admission dans le cursus médical, ainsi que programmant des interventions sur le sujet dans les études. **Il s'agirait donc de proposer de renforcer la place des sciences humaines dès les premières années du cursus** dans un

processus intégré à la formation de premier et second cycle, **en rappelant que la médecine est une science appliquée à l'humain**. R. Pedersen (49) propose ainsi de « *défier les paradigmes dominants du noyau dur du cursus médical en favorisant les échanges critiques sur la nature, les limites et les pistes de la connaissance médicale et le raisonnement, en créant le socle commun où la compréhension par le dialogue et l'empathie sont nécessaires* ». Ceci notamment en mettant l'accent sur certaines situations cliniques où la perspective biomédicale est nécessaire mais non suffisante comme la fin de vie, les patients marginaux, les désaccords et les conflits... Dans le cursus médical, il semble donc indispensable d'**aborder les sciences et l'humain dans toute sa complexité, pour permettre de développer l'empathie des étudiants**.

3 - L'érudition

A. Définition CanMEDS 2015

Éléments retrouvés : Nous avons retrouvé les éléments concernant la **formation continue**, l'enseignement et l'application des **données probantes** avec notamment le développement d'un **esprit critique**, d'un **raisonnement clinique** et la recherche de **ressources d'information**. Ces éléments que les participants nous ont rapportés sont ceux qui se retrouvent dans la définition canadienne de l'érudition.

Éléments non retrouvés : Le dernier point de cette définition concernant tout ce qui a trait à la **recherche scientifique** n'a pas été particulièrement développé. Nous en avons parlé très brièvement dans la communication à propos de la communication scientifique, alors que c'est un élément central de la médecine actuelle. Son oubli pourrait être le reflet de la difficulté à associer la recherche au cursus médical déjà bien chargé.

B. Définition française

Nous remarquons que cette compétence n'a pas le même intitulé en français et en canadien. Des différences dans la définition sont inhérentes, cela reste la compétence française qui se rapproche le plus de la définition canadienne.

Éléments retrouvés : Les participants ont évoqué l'accès aux informations, la nécessité d'avoir un esprit critique les concernant et de savoir acquérir les données de la médecine factuelle.

Éléments non retrouvés : Le reste de la définition française est centrée sur la recherche scientifique. Nous pouvons reprendre les remarques émises plus haut ici. Nous rajoutons que

l'importance de la place de la recherche scientifique dans la définition française pourrait faire écho à la prédominance d'un enseignement centré sur des savoirs distants de la pratique. Tout un aspect de la complexité de la Faculté de médecine française se retrouve ici : associer l'enseignement professionnel et la recherche fondamentale. Cela nous renvoie à nos réflexions sur la communication scientifique.

C. Autres éléments

Des réflexions très intéressantes sont ressorties sur **la complexité de la médecine**, science appliquée à l'humain, qui nécessite de s'adapter au patient, et d'avoir une approche centrée sur lui. Cela nous renvoie à une des compétences définies par les généralistes enseignants pour leur référentiel métier du 3^{ème} cycle « **Approche centrée patient** » qui est définie de cette façon : c'est la « *capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.* » (24).

Notre travail permet donc un **début de réflexion concernant cette approche par compétence.** Cependant, s'il était convenu d'adopter ce paradigme d'apprentissage, il serait nécessaire de compléter cette étude par une analyse des apprentissages des étudiants pour en définir leurs niveaux. Cela permettrait de définir des objectifs d'apprentissage correspondant à ce qui est attendu et ce qui peut être fait en France.

Partie V - Conclusions

Nom, prénom du candidat : **MACABREY Juliette**

CONCLUSIONS

Suite à l'arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études médicales (1), **la formation initiale des étudiants en médecine en France** doit maintenant être **complétée par un apprentissage par compétence**. Comme il s'agit d'une approche nouvelle pour les étudiants en médecine et leurs enseignants, nous avons évalué dans un premier temps, **la perception et la compréhension de trois compétences**. Celles-ci ont été sélectionnées à partir du **référentiel de compétences CanMEDS 2015** (2). Il s'agissait des compétences concernant la **collaboration-coopération**, la **communication** et **l'érudition**. Chacune de ces compétences a une définition étendue regroupant un ensemble de rubriques constitutives. Treize entretiens de groupes ont été réalisés avec 40 étudiants et 15 enseignants entre le 24 mars et le 26 juillet 2016. Nous avons interrogés les participants sur leurs **représentations du concept général de compétence, puis sur chacune des 3 compétences sélectionnées**. Nous avons également cherché à reconnaître certaines de leurs **interrogations**.



Le **concept global de compétence** est naturellement apparu comme une **exigence nécessaire** à l'exercice du métier de médecin, permettant de développer **un lien fort entre la théorie et la pratique clinique**. La notion de l'approche globale de la pratique médicale a été également citée dans la définition même des compétences. Le développement de **l'empathie** et du **bien-être**, est apparu comme deux éléments devant être rajoutés dans un curriculum basé sur l'approche par compétence. Il a été noté également que **les définitions et les attentes des étudiants et enseignants se rapprochaient souvent de celles incluses dans les définitions canadiennes et françaises**. Cependant certains éléments de ces définitions n'ont pas ou peu été retrouvés chez les participants (comme la sécurité du patient ou l'éducation thérapeutique...).



La **compétence 'collaboration-coopération'** a été reliée à la nécessité du **travail en équipe**, aux notions de **délégation**, de **confiance**, et même d'outil de remise en question. La compétence **'communication'** a naturellement été considérée comme une compétence **centrale** dans l'exercice de la médecine, en soulignant la nécessité de faire preuve dans cet exercice, d'**empathie et de bienveillance**. Cette compétence est **complexe** et inclue une réflexion sur le **dialogue** verbal et non verbal dans la relation de soin. La compétence **'érudition'** est vécue comme un **savoir en permanente évolution**, source de

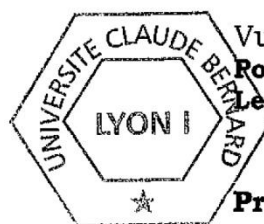
curiosité permanente. Elle est apparue clairement comme **ne suffisant pas à elle-même** dans l'exercice médical. Toutes ces compétences sont perçues comme permettant ainsi un **gain d'efficacité**, notamment en termes de temps.

Les étudiants et enseignants semblent donc avoir validé et accepté le concept de compétence tel que défini par les experts. Les éléments des différentes définitions qui sont pourtant complexes, ont été facilement abordés. Cela permet d'**envisager une possible intégration d'un tel paradigme d'apprentissage dans les études médicales françaises.** Nos résultats permettent de penser à la possibilité d'une intégration plus précoce des compétences génériques médicales dans l'enseignement médical français (des le FGSM par exemple).

Il apparaît **qu'il est** aussi nécessaire de **développer des travaux de recherche sur les modes d'enseignement et d'évaluation de ces compétences.** Il faudra également étendre cette recherche aux autres compétences que nous n'avons pas étudiées dans ce travail comme celles portant sur le 'professionnalisme', la 'promotion de la santé', le 'leadership' et l'expertise médicale'. Il faudra définir les **étapes d'apprentissage** de toutes ces compétences en déterminant des **objectifs de formation.** Cette évolution de la formation médicale devra être **régulièrement évaluée** pour s'assurer de la justesse de la progression du changement. Elle pourra ensuite **prolongé aux étudiants et enseignants de l'ensemble du 3ème cycle** professionnalisant afin de poursuivre la progression de l'acquisition des compétences au cours des différents cycles de formation médicale.

**Le Président de la thèse,
Pr Jérôme ETIENNE**





Vu :

**Pour Le Président de l'Université
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est**


Professeur Gilles RODE



Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **23 MAI 2017**

Annexes

Annexe 1- Rosace inspirée des CanMEDS 2015 (2)



Figure III - Rosace reprenant les compétences CanMEDS inspirée de la fleur du canevas de 2015

Annexe 2 - Modèle « The Scottish Doctor » (4)

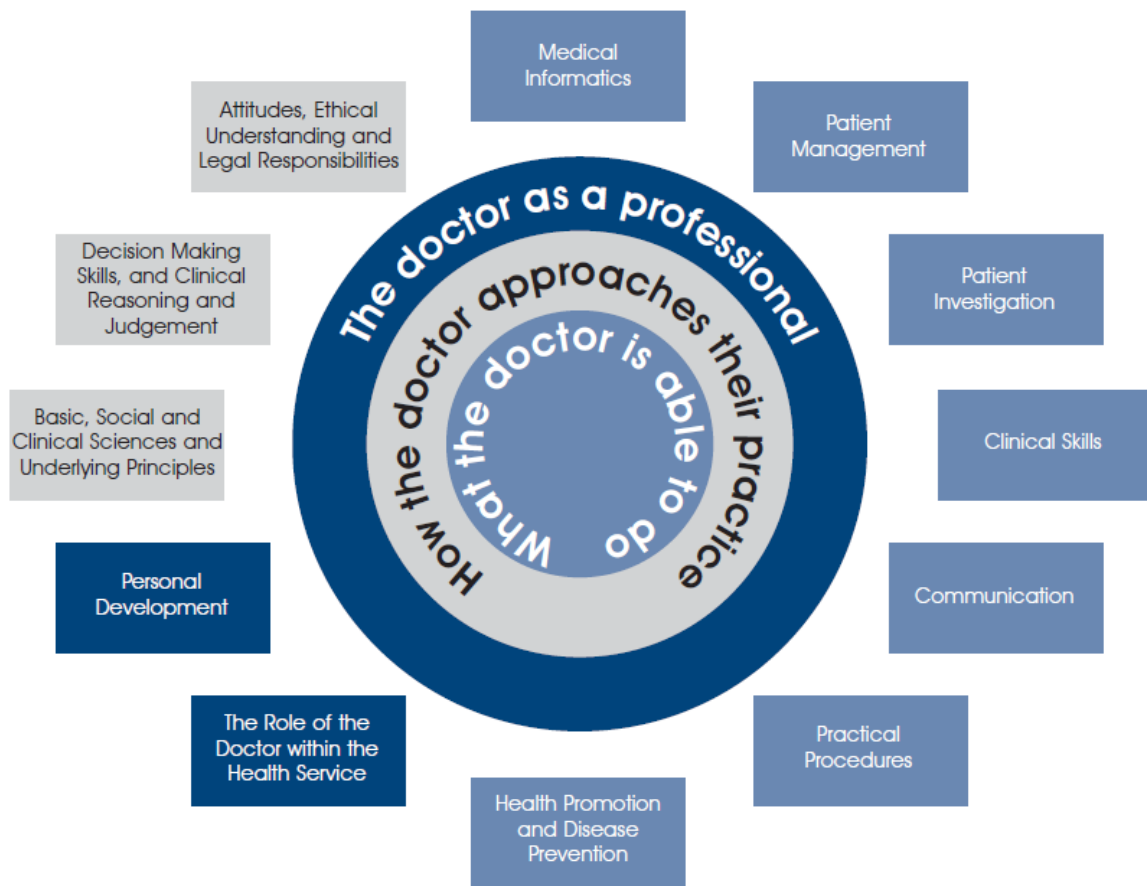


Figure IV - Le modèle des 12 domaines et des 3 cercles d'objectifs

Annexe 3 - Marguerite des compétences, CNGE (58)

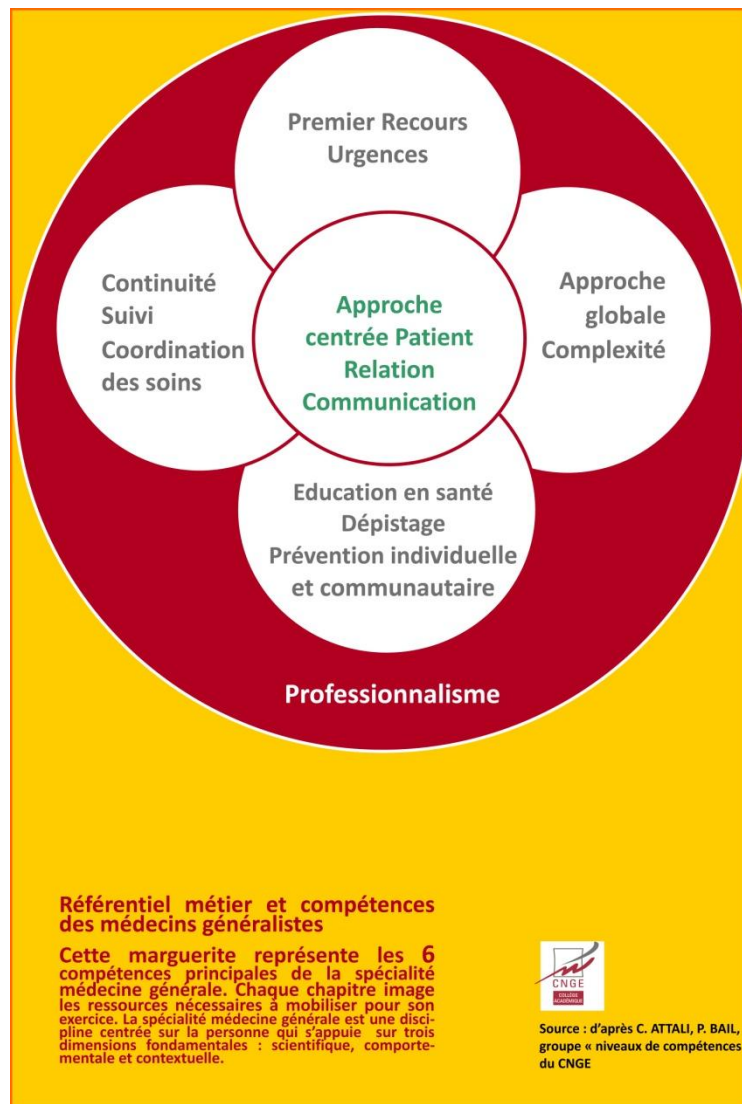


Figure V - La marguerite des compétences du CNGE

Annexe 4 - Définition des compétences en fonction des pays

Tableau 4 : Cadre de formation par compétence au Canada, Suisse, Ecosse et France

| Canada CanMEDS 2015 (2) | | Suisse, SLCO. Adopte les CanMEDS 2005 (5) | | Ecosse - The Scottish doctor (4) | | France (23) | |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------|--|
| | | What the doctor is able to do | | | | | |
| Expert médical | En tant qu'experts médicaux, les médecins assument tous les rôles CanMEDS et s'appuient sur leur savoir médical, leurs compétences cliniques et leurs attitudes professionnelles pour dispenser des soins sécuritaires et de grande qualité centrés sur les besoins du patient. Pivotal du référentiel CanMEDS, le rôle d'expert médical définit le champ de pratique clinique des médecins. | Medical expert As Medical Experts, physicians integrate all of the CanMEDS Roles, applying medical knowledge, clinical skills, and professional attitudes in their provision of patient-centered care. Medical Expert is the central physician Role in the CanMEDS framework. | Clinical skills The new medical graduate should be able to demonstrate competency in a range of clinical skills unsupervised and to a predetermined standard. | Clinicien L'étudiant utilise son savoir médical et ses habiletés pour analyser, à partir du contexte de soins et de la plainte du patient, une situation clinique et pour dispenser des soins dans une approche centrée sur les patients. | | | |
| Communicateur | En tant que communicateurs, les médecins développent des relations professionnelles avec le patient, sa famille et ses proches aidants ce qui permet l'échange d'informations essentielles à la prestation de soins de qualité. | Communicator As Communicators, physicians effectively facilitate the doctor-patient relationship and the dynamic exchanges that occur before, during, and after the medical encounter. | Practical procedures Mastery of appropriate practical procedures at the time of graduation is an essential part of the smooth transition from undergraduate to Foundation Practitioner. The following are suggested procedures that the new graduate should be able to carry out unsupervised. Some of these procedures also feature in the domain of Patient Investigation and many others are not specifically mentioned here as they should be covered by normal physical examination e.g. fundoscopy, visual field testing, otoscopy, rectal examination etc. | Communicateur Échangeant de façon dynamique avec le patient et son entourage, collaborant avec les différents professionnels du système de santé, l'étudiant a conscience des enjeux de la relation et de la communication verbale et non verbale sur la qualité des soins | | | |
| Collaborateur | En tant que collaborateurs, les médecins travaillent efficacement avec d'autres professionnels de la santé pour prodiguer des soins sécuritaires et de grande qualité centrés sur les besoins du patient. | Collaborator As Collaborators, physicians effectively work within a healthcare team to achieve optimal patient care. | Patient investigation As with practical procedures, there are different categories of patient investigation depending on whether or not we would expect a new graduate to be able to undertake the task themselves or simply to know how the investigation is carried out and when it is appropriate to use it. Competency in the general principles of patient investigation is essential. | Coopérateur, membre d'une équipe soignante pluriprofessionnelle L'étudiant travaille en partenariat avec d'autres intervenants qui participent de manière appropriée au soin du patient | | | |
| Leader | En tant que leaders, les médecins veillent à assurer l'excellence des soins, à titre de cliniciens, d'administrateurs, d'érudits ou d'enseignants et contribuent ainsi, avec d'autres intervenants, à l'évolution d'un système de santé de grande qualité. | Manager As Managers, physicians are integral participants in healthcare organizations, organizing sustainable practices, making decisions about allocating resources, and contributing to the effectiveness of the healthcare system | Patient management New medical graduates cannot be expected to have had unsupervised experience of all aspects of patient management as many are restricted by law, e.g. drug prescribing. However, it is reasonable to expect that they will have a demonstrable knowledge of the important aspects of management in the areas outlined below and that they will have had supervised involvement in such activities. | Acteur de santé publique L'étudiant participe à la vie des structures de soins et à la bonne gestion des ressources. Il contribue à l'efficacité et à l'efficience du système de soins pour améliorer l'état de santé global des patients et des populations. | | | |

| Canada CanMEDS 2015 | | Suisse, SICO. Adopte les CanMEDS 2005 | | Ecosse - The Scottish doctor | | France | |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--|
| Promoteur de la santé | En tant que promoteurs de la santé, les médecins mettent à profit leur expertise et leur influence en œuvrant avec des collectivités ou des populations de patients en vue d'améliorer la santé. Ils collaborent avec ceux qu'ils servent afin d'établir et de comprendre leurs besoins, d'être si nécessaire leur porte-parole, et de soutenir l'allocation des ressources permettant de procéder à un changement. | Health advocates As Health Advocates, physicians responsibly use their expertise and influence to advance the health and well-being of individual patients, communities, and populations. | Communication Good communication underpins all aspects of the practice of medicine. All new graduates must be able to demonstrate effective communication skills in all areas and in all media e.g. orally, in writing, electronically, by telephone etc. | Scientifique | L'étudiant comprend que pendant toute sa vie professionnelle il devra remettre en question et chercher à réactualiser ses connaissances afin de garantir son domaine d'expertise. Il comprend l'intérêt de la démarche scientifique pour élaborer de nouveaux savoirs | | |
| Erudit | En tant qu'érudits, les médecins font preuve d'un engagement constant envers l'excellence dans la pratique médicale par un processus de formation continue, en enseignant à des tiers, en évaluant les données probantes et en contribuant à l'avancement de la science | Scholar As Scholars, physicians demonstrate a lifelong commitment to reflective learning, as well as the creation, dissemination, application and translation of medical knowledge. | Health promotion and disease prevention Every contact between a doctor and a patient can be seen as an opportunity for health promotion and disease prevention. It is therefore essential that the new graduate knows how to make the most of these opportunities through demonstrable knowledge of the principles involved both for individual patients and populations. | Responsable aux plans éthique et déontologique | L'étudiant a une attitude guidée par l'éthique, le code de déontologie et adopte un comportement responsable, approprié, intègre, altruiste visant au bien-être personnel et à la promotion du bien public se préparant ainsi au professionnalisme | | |
| Professionnel | En tant que professionnels, les médecins ont le devoir de promouvoir et de protéger la santé et le bien-être d'autrui, tant sur le plan individuel que collectif. Ils doivent exercer leur profession selon les normes médicales actuelles, en respectant les codes de conduite quant aux comportements qui sont exigés d'eux, tout en étant responsables envers la profession et la société. De plus, les médecins contribuent à l'autoréglementation de la profession et voient au maintien de leur santé. | Professional As Professionals, physicians are committed to the health and well-being of individuals and society through ethical practice, profession-led regulation, and high personal standards of behavior. | Medical informatics Collecting, storing and using information has always been an integral part of the practice of medicine. It is now more complex and technology-based, thereby creating an increasing need for medical graduates to be competent in information handling skills ranging from simple record-keeping to accessing and using computer-based data. As well as having the technical skills to undertake such tasks graduates must appreciate the role of informatics in the day-to-day care of patients and the advancement of medical science in general. | Réflexif | L'étudiant doit développer tout au long de son parcours d'apprentissage sa capacité d'auto-évaluation et celle de se poser des questions pertinentes en situation réelle de soins et de prévention, en tenant compte du contexte clinique, institutionnel, légal et sociétal. Il doit démontrer sa capacité à se remettre en question et à argumenter ses décisions | | |
| | | How the doctor approaches their practice | | | | | |
| | | Basic, Social and Clinical Sciences and Underlying Principles | | | | | |
| | | The competent graduate recognises, explains and manages health problems using the principles of current scientific knowledge and understanding that underpin all of medicine. | | | | | |

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Canada CanMEDS 2015 | Suisse, SLCO. Adopte les CanMEDS 2005 | <p>Attitudes, Ethical Understanding and Legal Responsibilities</p> <p>The demonstration of appropriate attitudes by new medical graduates, as shown by their professional behaviour, is a key area of concern for educators and employers alike and is of great importance to patients and the public in general, even if it is sometimes more difficult to define what we mean by this in comparison to some of the other outcomes. A firm grasp of ethical principles and their appropriate application must be gained before graduation. The legal responsibilities of new graduates are numerous and relate to all aspects of practice. Many of the outcomes in this domain are also relevant to Domain 12 "Outcomes for personal development".</p> <p>Decision Making Skills, and Clinical Reasoning and Judgement</p> <p>Decision making and clinical reasoning and judgement are activities in which medical undergraduates should be proficient. The new medical graduate must continue to display and develop such skills with the additional burden of increasing responsibility for their decisions and actions. This is undoubtedly one of the most stressful aspects of the transition between undergraduate and Foundation Practitioner, but the achievement of these outcomes to a high standard is essential.</p> <p>The doctor as a professional</p> <p>This is an often changing area of medical education and practice, which is subject to many external influences including political, legal and economic. There are a number of key outcomes applicable to the new graduate, awareness of which should provide a firm basis for dealing with future developments and changes within the health service.</p> <p>Personal Development</p> <p>Personal development within the context of medical education is a complex issue. The underlying personality of the individual graduate and his/her life experiences outwith the university have a major influence on personal development, as do experiences relating specifically to their training. Personal development is, of course, an ongoing, life-long process, but it is possible to identify a number of important outcomes for the undergraduate period.</p> | France |
|---------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|

Annexe 5 – Guide d’entretien étudiant ‘collaboration – coopération’

- 1. Quand on dit « compétence en médecine », qu’est-ce que cela vous évoque ?**
- 2. Si je dis « compétence Collaboration/Coopération», qu’est-ce que cela évoque pour vous ?**

Relance : quels seraient les autres libellés pour désigner cette compétence ?

- 3. A votre stage d’apprentissage, qu’avez-vous l’impression de maîtriser dans cette compétence ? Comment l’appliquez-vous en pratique ?**

Relance :

Est-ce que vous vous sentez armés dans cette compétence.

Quels sont les outils utiles à l’exercice de cette compétence ?

Est-ce que vous vous sentez à l’aise avec cette compétence ?

Que vous sentez-vous capable de faire dans ce domaine ?

Quelles situations cliniques vous sentez-vous apte à gérer dans ce domaine ?

En pratique, lors de la prise en charge d’un patient, qu’est-ce qui vous paraît nécessaire de faire pour coordonner la prise en charge d’un patient ?

Selon vous, comment la coordination/coopération peut influencer la prise en charge diagnostic, thérapeutique et le suivi d’un patient ?

Que privilégieriez-vous dans votre démarche ?

- 4. Selon vous, quelles sont les limites que vous percevez dans cette compétence ?**

Relance :

Quelles sont les situations qui vous posent problème ?

Quelles situations avec-vous déjà évitées si cela vous est arrivé ?

Quelles situations vous mettent en difficulté ?

5. Au cours de votre parcours, vous rappelez-vous de situations, de moments où vous avez eu l'impression d'avoir changé, d'avoir progressé dans cette compétence ?

Relance :

Comment la mise en situation avec les patients a pu modifier votre pratique ?

Comment votre rapport au patient ... ?

Comment la relation aux autres médecins/intervenants ... ?

Comment votre vie personnelle ... ?

Comment votre formation... ?

Le travail avec d'autres étudiants ?

Vos formateurs ?

6. A votre avis, quelles seraient les meilleurs moyens pédagogiques pour aider les étudiants à progresser dans cette compétence ?

Relance :

Comment faire pour acquérir des compétences en la matière ?

Quelles formes pédagogiques seraient les plus adaptées ?

Et quels contenus ?

Comment penser l'évaluation pour qu'elle contribue le plus à cet apprentissage ?

Les lieux de cet apprentissage ?

7. Maintenant qu'on a bien abordé le sujet, je vous repose ma première question : qu'est-ce qu'évoque pour vous la « coopération/coordination » en médecine ?

8. Y a-t-il des sujets que nous n'avons pas abordés et dont vous souhaiteriez parler ?

Annexe 6 - Guide d'entretien enseignant 'collaboration – coopération'

- 1. Quand on dit « compétence en médecine », qu'est-ce que cela vous évoque ?**
- 2. Si je dis « compétence Collaboration/Coopération », qu'est-ce que cela évoque pour vous ?**

Relance : quels seraient les autres libellés pour désigner cette compétence ?

- 3. Que pensez-vous que les étudiants maîtrisent dans ce domaine ? Comment l'appliquent-ils en pratique ?**

Relance :

Est-ce que vous les sentez armés dans cette compétence ?

Quels sont les outils utiles à l'exercice de cette compétence ?

Est-ce que vous les sentez à l'aise avec cette compétence ?

Qu'est-ce que vous les sentez capable de faire dans ce domaine ?

Quelles situations cliniques les sentez-vous apte à gérer dans ce domaine ?

En pratique, lors de la prise en charge d'un patient, qu'est-ce qui vous paraît nécessaire de faire pour collaborer lors de la prise en charge d'un patient ?

Selon vous, comment la collaboration/coopération peut influencer la prise en charge diagnostic, thérapeutique et le suivi d'un patient ?

- 4. Selon vous, quelles sont les limites que vous percevez chez les étudiants dans cette compétence ?**

Relance :

Quelles sont les situations qui leurs posent problème ?

Evitent-ils certaines situations ? lesquelles ?

Quelles situations les mettent en difficulté ?

5. Vous rappelez-vous de situations, de moments où vous avez eu l'impression que les étudiants ont changé, progressé dans cette compétence ?

Relance :

Comment la mise en situation avec les patients a pu modifier leur pratique ?

Quel rôle avez-vous joué ?

Comment transmettez-vous cette compétence ?

Comment la relation aux autres médecins/intervenants ... ?

Le travail avec d'autres étudiants ? Leurs formateurs ?

6. A votre avis, quelles seraient les meilleurs moyens pédagogiques pour aider les étudiants à progresser dans cette compétence ?

Relance :

Comment faire pour acquérir des compétences en la matière ?

Quelles formes pédagogiques seraient les plus adaptées ?

Et quels contenus ?

Comment penser l'évaluation pour qu'elle contribue le plus à cet apprentissage ?

Les lieux de cet apprentissage ?

7. Maintenant qu'on a bien abordé le sujet, je vous repose ma première question : qu'est-ce qu'évoque pour vous la « Collaboration/Coopération » en médecine ?

8. Y a-t-il des sujets que nous n'avons pas abordés et dont vous souhaiteriez parler ?

Annexe 7 - Guide d'entretien étudiant communication

1. Quand on dit « compétence en médecine », qu'est-ce que cela vous évoque ?

2. Si je dis « compétence communication », qu'est-ce que cela évoque pour vous ?

Relance : quels seraient les autres libellés pour désigner cette compétence ?

3. A votre stage d'apprentissage, qu'avez-vous l'impression de maîtriser dans cette compétence ? Comment l'appliquez-vous en pratique ?

Relance :

Est-ce que vous vous sentez armés dans cette compétence ?

Quels sont les outils utiles à l'exercice de cette compétence ?

Est-ce que vous vous sentez à l'aise avec cette compétence ?

Que vous sentez-vous capable de faire dans ce domaine ?

Quelles situations cliniques vous sentez-vous apte à gérer dans ce domaine ?

En pratique, lors de l'entretien et de l'examen clinique, qu'est-ce qui vous paraît nécessaire de faire pour communiquer avec le patient ?

Selon vous, comment la communication peut influencer la prise en charge diagnostic, thérapeutique et le suivi d'un patient ?

Que privilégieriez-vous dans votre démarche ?

4. Selon vous, quelles sont les limites que vous percevez dans cette compétence ?

Relance :

Quelles sont les situations qui vous posent problème ?

Quelles situations avec-vous déjà évitées si cela vous est arrivé ?

Quelles situations vous mettent en difficulté ?

5. Au cours de votre parcours, vous rappelez-vous de situations, de moments où vous avez eu l'impression d'avoir changé, d'avoir progressé dans cette compétence ?

Relance :

Comment la mise en situation avec les patients a pu modifier votre pratique ?

Comment votre rapport au patient ... ?

Comment la relation aux autres médecins/intervenants ... ?

Comment votre vie personnelle ... ?

Comment votre formation... ?

Le travail avec d'autres étudiants ?

Vos formateurs ?

6. A votre avis, quelles seraient les meilleurs moyens pédagogiques pour aider les étudiants à progresser dans cette compétence ?

Relance :

Comment faire pour acquérir des compétences en la matière ?

Quelles formes pédagogiques seraient les plus adaptées ?

Et quels contenus ?

Comment penser l'évaluation pour qu'elle contribue le plus à cet apprentissage ?

Les lieux de cet apprentissage ?

7. Maintenant qu'on a bien abordé le sujet, je vous repose ma première question : qu'est-ce qu'évoque pour vous la « communication » en médecine ?

8. Y a-t-il des sujets que nous n'avons pas abordés et dont vous souhaiteriez parler ?

Annexe 8 - Guide d'entretien enseignant communication

- 1. Quand on dit « compétence en médecine », qu'est-ce que cela vous évoque ?**
- 2. Si je dis « compétence communication », qu'est-ce que cela évoque pour vous ?**
Relance : quels seraient les autres libellés pour désigner cette compétence ?

- 3. Que pensez-vous que les étudiants maîtrisent dans ce domaine ? Comment l'appliquent-ils en pratique ?**

Relance :

Est-ce que vous les sentez armés dans cette compétence ?

Quels sont les outils utiles à l'exercice de cette compétence ?

Est-ce que vous les sentez à l'aise avec cette compétence ?

Qu'est-ce que vous les sentez capable de faire dans ce domaine ?

Quelles situations cliniques les sentez-vous apte à gérer dans ce domaine ?

En pratique, lors de la prise en charge d'un patient, qu'est-ce qui vous paraît nécessaire de faire pour communiquer avec le patient ?

Selon vous, comment la communication peut influencer la prise en charge diagnostic, thérapeutique et le suivi d'un patient ?

- 4. Selon vous, quelles sont les limites que vous percevez chez les étudiants dans cette compétence ?**

Relance :

Quelles sont les situations qui leurs posent problème ?

Evitent-ils certaines situations ? lesquelles ?

Quelles situations les mettent en difficulté ?

- 5. Vous rappelez-vous de situations, de moments où vous avez eu l'impression que les étudiants ont changé, progressé dans cette compétence ?**

Relance :

Comment la mise en situation avec les patients a pu modifier leur pratique ?

Quel rôle avez-vous joué ?

Comment transmettez-vous cette compétence ?

Comment la relation aux autres médecins/intervenants ... ?

Le travail avec d'autres étudiants ? Leurs formateurs ?

6. A votre avis, quelles seraient les meilleurs moyens pédagogiques pour aider les étudiants à progresser dans cette compétence ?

Relance :

Comment faire pour acquérir des compétences en la matière ?

Quelles formes pédagogiques seraient les plus adaptées ?

Et quels contenus ?

Comment penser l'évaluation pour qu'elle contribue le plus à cet apprentissage ?

Les lieux de cet apprentissage ?

7. Maintenant qu'on a bien abordé le sujet, je vous repose ma première question : qu'est-ce qu'évoque pour vous la « communication » en médecine ?

8. Y a-t-il des sujets que nous n'avons pas abordés et dont vous souhaiteriez parler ?

Annexe 9 – Guide d’entretien étudiant érudition

1. Quand on dit « compétence en médecine », qu’est-ce que cela vous évoque ?

2. Si je dis « compétence érudition », qu’est-ce que cela évoque pour vous ?

Relance : quels seraient les autres libellés pour désigner cette compétence ?

3. A votre stage d’apprentissage, qu’avez-vous l’impression de maîtriser dans cette compétence ? Comment l’appliquez-vous en pratique ?

Relance :

Est-ce que vous vous sentez armés dans cette compétence.

Quels sont les outils utiles à l’exercice de cette compétence ?

Est-ce que vous vous sentez à l’aise avec cette compétence ?

Que vous sentez-vous capable de faire dans ce domaine ?

Quelles situations vous sentez-vous apte à gérer dans ce domaine ?

Lors de la prise en charge d’un patient, comment mettez-vous en pratique l’érudition ?

Selon vous, comment l’érudition peut influencer la prise en charge diagnostic, thérapeutique et le suivi d’un patient ?

4. Selon vous, quelles sont les limites que vous percevez dans cette compétence ?

Relance :

Quelles sont les situations qui vous posent problème ?

Quelles situations avec-vous déjà évitées si cela vous est arrivé ?

Quelles situations vous mettent en difficulté ?

5. Au cours de votre parcours, vous rappelez-vous de situations, de moments où vous avez eu l'impression d'avoir changé, d'avoir progressé dans cette compétence ?

Relance :

Comment la mise en situation avec les patients a pu modifier votre pratique ?

Comment votre rapport au patient ... ?

Comment la relation aux autres médecins/intervenants ... ?

Comment votre vie personnelle ... ?

Comment votre formation... ?

Le travail avec d'autres étudiants ?

Vos formateurs ?

6. A votre avis, quelles seraient les meilleurs moyens pédagogiques pour aider les étudiants à progresser dans cette compétence ?

Relance :

Comment faire pour acquérir des compétences en la matière ?

Quelles formes pédagogiques seraient les plus adaptées ?

Et quels contenus ?

Comment penser l'évaluation pour qu'elle contribue le plus à cet apprentissage ?

Les lieux de cet apprentissage ?

7. Maintenant qu'on a bien abordé le sujet, je vous repose ma première question : qu'est-ce qu'évoque pour vous l'« érudition » en médecine ?

8. Y a-t-il des sujets que nous n'avons pas abordés et dont vous souhaiteriez parler ?

Annexe 10 - Guide d'entretien enseignant érudition

1. Quand on dit « compétence en médecine », qu'est-ce que cela vous évoque ?

2. Si je dis « compétence Erudition », qu'est-ce que cela évoque pour vous ?

Relance : quels seraient les autres libellés pour désigner cette compétence ?

3. Que pensez-vous que les étudiants maîtrisent dans ce domaine ? Comment l'appliquent-ils en pratique ?

Relance :

Est-ce que vous les sentez armés dans cette compétence ?

Quels sont les outils utiles à l'exercice de cette compétence ?

Est-ce que vous les sentez à l'aise avec cette compétence ?

Qu'est-ce que vous les sentez capable de faire dans ce domaine ?

Quelles situations les sentez-vous apte à gérer dans ce domaine ?

Lors de la prise en charge d'un patient, comment mettent-ils en pratique l'érudition ?

Selon vous, comment l'érudition peut influencer la prise en charge diagnostic, thérapeutique et le suivi d'un patient ?

4. Selon vous, quelles sont les limites que vous percevez chez les étudiants dans cette compétence ?

Relance :

Quelles sont les situations qui leurs posent problème ?

Évitent-ils certaines situations ? lesquelles ?

Quelles situations les mettent en difficulté ?

5. Vous rappelez-vous de situations, de moments où vous avez eu l'impression que les étudiants ont changé, progressé dans cette compétence ?

Relance :

Comment la mise en situation avec les patients a pu modifier leur pratique ?

Quel rôle avez-vous joué ?

Comment transmettez-vous cette compétence ?

Comment la relation aux autres médecins/intervenants ... ?

Le travail avec d'autres étudiants ? Leurs formateurs ?

6. A votre avis, quelles seraient les meilleurs moyens pédagogiques pour aider les étudiants à progresser dans cette compétence ?

Relance :

Comment faire pour acquérir des compétences en la matière ?

Quelles formes pédagogiques seraient les plus adaptées ?

Et quels contenus ?

Comment penser l'évaluation pour qu'elle contribue le plus à cet apprentissage ?

Les lieux de cet apprentissage ?

7. Maintenant qu'on a bien abordé le sujet, je vous repose ma première question : qu'est-ce qu'évoque pour vous l'« érudition » en médecine ?

8. Y a-t-il des sujets que nous n'avons pas abordés et dont vous souhaiteriez parler ?

Annexe 11 – Caractéristiques des étudiants recrutés

Tableau 5 - Caractéristiques des étudiants recrutés

| | 2A | 3A | 4A | 6A | TOTAL Toutes promotions |
|---------------------------------|----------|----------|----------|----------|-------------------------|
| Nombre de Groupes | 2 | 2 | 3 | 3 | 10 |
| Effectif (%) | 8 (20) | 6 (15) | 12 (30) | 14 (35) | 40 (100) |
| Femmes (%) | 5 (62,5) | 4 (66,7) | 6 (50) | 8 (57,1) | 23 (57,5) |
| Hommes (%) | 3 (37,5) | 2 (33,3) | 6 (50) | 6 (42,9) | 17 (42,5) |
| 19 ans (%) | 2 (25) | 0 | 0 | 0 | 2 (5) |
| 20 ans (%) | 3 (37,5) | 1 (16,7) | 0 | 0 | 4 (10) |
| 21 ans (%) | 2 (25) | 2 (33,3) | 5 (41,7) | 0 | 9 (22,5) |
| 22 ans (%) | 0 | 1 (16,7) | 5 (41,7) | 2 (14,3) | 8 (20) |
| 23 ans (%) | 0 | 1 (16,7) | 2 (16,7) | 4 (28,6) | 7 (17,5) |
| 24 ans (%) | 0 | 0 | 0 | 4 (28,6) | 4 (10) |
| 25 ans (%) | 0 | 0 | 0 | 1 (7,1) | 1 (2,5) |
| 29 ans (%) | 0 | 1 (16,7) | 0 | 0 | 1 (2,5) |
| Engagement étudiant (%) | 5 (62,5) | 1 (16,7) | 7 (58,3) | 14 (100) | 27 (67,5) |
| Engagement étudiant non assigné | 0 | 2 | 3 | 0 | 5 |

Annexe 12 – Verbatim des entretiens

Merci d'envoyer un mail à l'auteur

Bibliographie

1. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales. Journal Officiel de la République Française;
2. Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.
3. Boucher, A. ; Ste-Marie, L.G. (2013) pour un cursus d'études médicales axé sur les compétences : Cadre de formation. Les Presses du CPASS, Université de Montréal : 76 pages. [Internet]. Disponible sur: https://wp-portal.med.umontreal.ca/cpass/wp-content/uploads/sites/4/2015/07/CadreFormationAPC_UdeM.pdf
4. Scottish Deans' Medical Education Group. The Scottish Doctor. Learning Outcomes for the Medical Undergraduate in Scotland: A Foundation for Competent and Reflective Practitioners. 3e éd. AMEE; 2008. 40 p.
5. Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training - June 2008 Working Group under a Mandate of the Joint Commission of the Swiss Medical Schools.
6. Sournia J-C. Histoire de la médecine. La Découverte et Syros; 1997.
7. Fulton JF. Histoy of medical education. British medical journal. 29 août 1953;457-61.
8. Platon, Brisson L, Pradeau J-F. Les lois. Paris: GF Flammarion; 2006.
9. World Federation for Medical Education [Official Site] - World Federation for Medical Education [Internet]. [cité 17 août 2016]. Disponible sur: <http://wfme.org/>
10. An International Association For Medical Education - AMEE [Internet]. [cité 17 août 2016]. Disponible sur: <https://www.amee.org/what-is-amee>
11. Pelaccia T, Triby E. La pédagogie médicale est-elle une discipline? EDP Sci SIFEM Pédagogie Médicale. 2011;2(12):121-32.
12. Houchot A, Robine F, Armand A, Barrue J-P, Chassaing J-P, Lherete A, et al. Les livrets des compétences : nouveaux outils pour l'évaluation des acquis. Inspection générale de l'éducation nationale; 2007 juin p. 61. Report No.: 2007-048.
13. Barnier G. Théories de l'apprentissage et pratiques d'enseignement. IUFM Aix-Marseille.
14. Girault I. Théories d'apprentissage et théories didactiques. Cours de master IC2A, spécialité didactique des sciences présenté à; 2007 oct 10; Grenoble.
15. Germain-Rutherford A. Les théories de l'apprentissage. Université d'Ottawa, Canada.

16. Entwistle N. Taking stock : teaching and learning research in higher education. In Guelph, Ontario; 2008.
17. Zerbib Y. L'apprentissage basé sur les compétences. 2007 juill 5; Lyon.
18. Tardif J. L'évaluation des compétences : de la nécessité de documenter un parcours de formation. Mois de la pédagogie universitaire; 2006 avr 27; Université de Sherbrooke.
19. Concepts et principes pédagogiques [Internet]. [cité 14 mai 2015]. Disponible sur: http://www.cnge.fr/la_pedagogie/concepts_et_principes_pedagogiques/
20. Jason R. Frank, Linda S. Snell, Olle Ten Cate, Eric S. Holmboe, Carol Carraccio, Susan R. Swing, Peter Harris, Nicholas J. Glasgow, Craig Campbell, Deepak Dath, Ronald M. Harden, William Iobst, Donlin M. Long, Rani Mungroo, Denyse L. Richardson, Jonathan Sherbino, Ivan Silver, Sarah Taber, Martin Talbot & Kenneth A. Harris (2010) Competency-based medical education: theory to practice, *Medical Teacher*, 32:8, 638-645, DOI:10.3109/0142159X.2010.501190.
21. Jason R. Frank, Rani Mungroo, Yasmine Ahmad, Mimi Wang, Stefanie De Rossi & Tanya Horsley (2010) Toward a definition of competency-based education in medicine: a systematic review of published definitions, *Medical Teacher*, 32:8, 631-637, DOI: 10.3109/0142159X.2010.500898.
22. Royal College :: À propos [Internet]. [cité 4 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/about>
23. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Bulletin officiel n°20 du 16 mai 2013.
24. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;(108):148-55.
25. Comité de coordination de la réanimation. Référentiel de compétences et d'aptitudes du médecin réanimateur [Internet]. Paris : Srlf et Springer France; 2011. Disponible sur: <http://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/12/20110419-R%C3%A9f%C3%A9rentiel-M%C3%A9decin-Final.pdf>
26. Collège de Neurochirurgie. Référentiel métier/compétences du neurochirurgien [Internet]. 2007. Disponible sur: http://web5.unilim.fr/colneuro-test/IMG/pdf_Referentiel_de_compences_neurochirugien_dif.pdf
27. Nemitz B, Carli B, Carpentier F, Ducassé J-L, Giroud M, Pateron D, et al. Référentiel métier-compétences pour la spécialité de médecine d'urgence. *Ann Fr Med Urgence* [Internet]. 2012; Disponible sur: http://www.cmub.org/contenus/cmub/referentiel_metier_mu.pdf

28. Fédération nationale de spécialités chirurgicales. Référentiels métier et compétences en chirurgie. [Internet]. Paris : ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports; 2007. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/referentiel_metier_compétences_2007.pdf
29. Collectif. Référentiels métiers et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Berger Levrault; 2010. 155 p. (Le point sur).
30. Moreau A, Dedianne M-C, Letrillart L, Le Goaziou M-F, Labarère J, Terra J-L. S'approprier la méthode du Focus Group. La revue du praticien de médecine générale. 15 mars 2004;18(645):382-4.
31. Fustier M. Compétence « approche globale, prise en compte de la complexité » : le niveau novice. Claude Bernard Lyon 1; 2014.
32. Macabrey J. Que sont les compétences 'communication', « coopération » et « érudition » pour les étudiants à la faculté de médecine Lyon Est. Etude par entretiens de groupes. Université Lyon 1, Lyon 3; 2016.
33. Organisation mondiale de la Santé, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patientes - Edition multiprofessionnelle [Internet]. 2015. 274 p. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/guide_pedagogique_pour_la_securite_des_patients_-_guide_complet.pdf
34. Sandars J, Bax N, Mayer D, Wass V, Vickers R. Educating undergraduate medical students about patient safety: Priority areas for curriculum development. Med Teach. 1 janv 2007;29(1):60-1.
35. Roh H, Park SJ, Kim T. Patient safety education to change medical students' attitudes and sense of responsibility. Med Teach. 3 oct 2015;37(10):908-14.
36. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient. définition, finalités et organisation [Internet]. 2007. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
37. World Health Organization, Regional office for Europe, Copenhagen. Therapeutic patient education : continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases : report of a WHO working group [Internet]. 1998. 90 p. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108151/1/E63674.pdf>
38. ISNI, ISNAR-IMG, ANEMF, ISNCCA. Communiqué de presse. santé mentale des jeunes et futurs médecine : lancement d'une grande enquête nationale. 2017.

39. Stirling K, Till H, Ajjawi R, Ker J. Exploring the relationship between stress and performance in a simulated workplace environment with final year medical students. *MedEd Publ* [Internet]. 2013; Disponible sur: <https://www.mededworld.org/MedEdWorld-Papers/Papers-Items/Exploring-the-relationship-between-stress-and-perf.aspx>
40. Chen AK, Kumar A, Haramati A. The effect of Mind Body Medicine course on medical student empathy: a pilot study. *Med Educ Online*. 1 janv 2016;21(1):31196.
41. Morneau-Sévigny F, Dodin S, Lamontagne G, Rochefort L, Belleville G. Sources et moyens de réduction du stress chez les étudiants en médecine : analyse d'entretiens focalisés. *Pédagogie Médicale*. 1 févr 2013;14(1):9-15.
42. Ayala EE, Omorodion AM, Nmecha D, Winseman JS, Mason HRC. What Do Medical Students Do for Self-Care? A Student-Centered Approach to Well-Being. *Teach Learn Med*. 16 févr 2017;0(0):1-10.
43. Calkins EV, Epstein LC. Models for mentoring students in medicine: implications for student well-being. *Med Teach*. 1 janv 1994;16(2-3):253-60.
44. Equipe. ASPPiRE [Internet]. Elus UFR Lyon Est. [cité 10 mai 2017]. Disponible sur: <http://eluslyonest.univ-lyon1.fr/asppire/>
45. Demeester A. L'apprentissage de l'écriture scientifique au cours des formations en sciences de la santé - Un enjeu pour l'intégration universitaire des études de maïeutique. *Pédagogie Médicale*. 1 nov 2014;15(4):247-50.
46. Nadjafizadeh M, Morel O. Acculturation des étudiants en filières médicale et maïeutique au genre d'écrit de recherche : le rôle différenciateur du contexte pédagogique. *Pédagogie Médicale*. 1 nov 2014;15(4):285-300.
47. Blaise BJ, Claris O, Emsley L, Étienne J, Gilly F-N, Samarut J, et al. Un « MD-PhD program » au sein de l'Université de Lyon. *Pédagogie Médicale*. 1 nov 2012;13(4):273-83.
48. Martinho TPC. Scientific initiation in medical education. *Med Teach*. 1 janv 2005;27(1):81-2.
49. Pedersen R. Empathy development in medical education – A critical review. *Med Teach*. 1 juill 2010;32(7):593-600.
50. Seaberg, D. C., Godwin, S. A., & Perry, S. J. 2000, « Teaching patient empathy: the ED visit program », *Academic Emergency Medicine*, vol. 7, no. 12, pp. 1433-1436.

51. Daniel C. R. Chen, Daniel S. Kirshenbaum, Jun Yan, Elaine Kirshenbaum & Robert H. Aseltine (2012) Characterizing changes in student empathy throughout medical school, *Medical Teacher*, 34:4, 305-311, DOI: 10.3109/0142159X.2012.644600.
52. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB, Veloski J. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and preliminary psychometric data. *Educ Psychol Meas* 2001; 61: 349–365.
53. Hojat M, Gonnella J, Nasca T, Mangione S, Veloksi J, Magee M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. oct 2002;
54. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, Magee M. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ* 2004; 38: 934–941.
55. Kay J. Traumatic deidealization and the future of medicine. *JAMA* 1990; 263: 572–573.
56. Jeffrey D. A meta-ethnography of interview-based qualitative research studies on medical students' views and experiences of empathy. *Med Teach*. 1 déc 2016;38(12):1214-20.
57. Roff S. Reconsidering the “decline” of medical student empathy as reported in studies using the Jefferson Scale of Physician Empathy-Student version (JSPE-S). *Med Teach*. 3 août 2015;37(8):783-6.
58. Présentation du D.E.S [Internet]. [cité 18 août 2016]. Disponible sur: http://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/

Table des matières

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Partie I - Introduction | 4 |
| Partie II - Matériel et méthodes | 7 |
| I - Préambule sur la pédagogie | 8 |
| 1 - Histoire de la pédagogie médicale | 8 |
| A. Antiquité | 8 |
| B. Moyen-âge | 9 |
| a. Europe | 9 |
| b. Monde musulman | 9 |
| c. Chine | 9 |
| C. La Renaissance et après | 10 |
| D. 1600-1800 : la période de transition | 10 |
| E. XIX ^{ème} siècle | 11 |
| F. XX ^{ème} siècle | 11 |
| 2 - Les théories de l'apprentissage | 12 |
| A. Modèle transmissif | 12 |
| B. Théories behavioristes | 13 |
| C. Théorie gestaltiste (de l' <i>insight</i>) | 13 |
| D. Théories cognitives | 13 |
| II - La notion de compétence | 14 |
| 1 - Définition de Jacques Tardif | 14 |
| 2 - Définitions proposées par un groupe international de collaborateurs sur les études de médecine basées sur l'acquisition de compétences (<i>International CBME Collaborators</i>) | 15 |
| 3 - Les études de médecine basées sur l'acquisition de compétences | 16 |
| III - Les compétences en médecine dans le monde | 17 |
| 1 - Le référentiel canadien : la « <i>CanMEDS Framework 2015</i> » | 17 |
| A. Histoire | 17 |
| B. Les différentes compétences (Annexe 1) | 17 |
| 2 - Le référentiel suisse : le « <i>Swiss Catalogue of Learning Objectives</i> » (SCLO) | 18 |
| 3 - Le référentiel écossais : « <i>The Scottish doctor</i> » | 19 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4 - L'apprentissage par compétence en France | 20 |
| A. La situation en 1 ^{er} et 2 nd cycle des études médicales (DFGSM et DFASM) | 20 |
| B. La situation en 3 ^{ème} cycle des études médicales | 22 |
| a. Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) | 22 |
| b. Les autres collèges..... | 23 |
| IV - Travail personnel : le choix des compétences étudiées | 24 |
| 1 - Quelle trame choisir ?..... | 24 |
| 2 - Quelles compétences ?..... | 24 |
| 3 - Définition des capacités des médecins correspondant aux compétences des CanMEDS 2015..... | 25 |
| A. En termes de collaboration, les médecins sont capables de :..... | 25 |
| B. En termes de communication, les médecins sont capables de :..... | 25 |
| C. En termes d'érudition, les médecins sont capables de : | 26 |
| 4 - Définition au bulletin officiel du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (MESR) du 16 mai 2013 en France | 27 |
| A. L'étudiant coopérateur, membre d'une équipe soignante pluriprofessionnelle | 27 |
| B. L'étudiant communicateur | 28 |
| C. L'étudiant scientifique | 28 |
| V - Recherche bibliographique..... | 29 |
| VI - Recherche qualitative par entretien collectif ou <i>Focus Group</i>..... | 29 |
| VII - Protocole..... | 30 |
| Partie III - Résultats..... | 31 |
| I - Analyse descriptive | 32 |
| II - Le concept de compétence | 33 |
| 1 - Définition générale | 33 |
| 2 - Eléments de la définition | 34 |

| | |
|----------------------------------------------------------------|----|
| III - Collaboration-coopération | 35 |
| 1 - Eléments de la définition | 35 |
| A. Le travail en équipe | 35 |
| B. Qui compose cette équipe ? | 36 |
| C. L'apprentissage..... | 37 |
| D. La complexité | 37 |
| 2 - Quels moyens pour mettre en place cette compétence ? | 38 |
| 3 - Quelle finalité à cette compétence ? | 38 |
| 4 - Les limites..... | 39 |
| IV - Communication | 40 |
| 1 - Eléments de la définition | 40 |
| 2 - Synonymes..... | 42 |
| 3 - Quels sont les interlocuteurs ? | 42 |
| 4 - Quels moyens ?..... | 43 |
| A. Le non verbal..... | 43 |
| B. Le verbal | 44 |
| 5 - Quels enjeux ? | 45 |
| 6 - Les limites..... | 46 |
| V - Erudition | 48 |
| 1 - Eléments de la définition | 48 |
| 2 - Synonymes, concepts associés | 49 |
| 3 - Quelle finalité ?..... | 50 |
| 4 - Les limites..... | 51 |
| ou l'expertise. | 51 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Partie IV - Analyse – Discussion | 52 |
| I - Synthèse des résultats | 53 |
| 1 - Le concept de compétence..... | 53 |
| 2 - Le concept de 'collaboration-coopération' | 54 |
| 3 - Le concept de 'communication'..... | 54 |
| 4 - Le concept 'd'érudition' | 54 |
| 5 - Points communs..... | 55 |
| II - Réflexion sur l'apport du travail et la méthodologie | 55 |
| III - Discussion sur les définitions pré-existantes canadiennes et françaises | 57 |
| 1 - La collaboration-coopération..... | 57 |
| A. Définition CanMEDS 2015 | 57 |
| B. Définition française..... | 59 |
| C. L'éducation thérapeutique..... | 59 |
| D. La notion de bien-être au travail | 60 |
| 2 - La communication | 62 |
| A. Définition CanMEDS 2015 | 62 |
| B. Définition française..... | 62 |
| C. Autres éléments | 63 |
| a. La formation scientifique..... | 63 |
| b. L'empathie..... | 64 |
| 3 - L'érudition | 67 |
| A. Définition CanMEDS 2015 | 67 |
| B. Définition française..... | 67 |
| C. Autres éléments | 68 |
| Partie V - Conclusions | 69 |
| Annexes | 72 |
| Bibliographie | 93 |
| Table des matières | 99 |
| Table des illustrations | 104 |

Table des illustrations

Tableaux

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tableau 1 : Effectif des groupes..... | 32 |
| Tableau 2 : Enseignement de la sécurité du patient en 1er et 2nd cycle | 58 |
| Tableau 3 : Facteurs influençant le stress..... | 61 |
| Tableau 4 : Cadre de formation par compétence au Canada, Suisse, Ecosse et France..... | 76 |
| Tableau 5 : Caractéristiques des étudiants recrutés..... | 91 |

Figures

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figure I - Niveau d'empathie des étudiants en médecine | 64 |
| Figure II - Evolution au cours du temps de l'empathie des étudiants envers les patients | 65 |
| Figure III - Rosace reprenant les compétences CanMEDS 2015..... | 73 |
| Figure IV - Le modèle des 12 domaines et des 3 cercles d'objectifs..... | 74 |
| Figure V - La marguerite des compétences du CNGE..... | 75 |

Juliette MACABREY

QUE SONT LES COMPETENCES 'COMMUNICATION', 'COOPERATION-COLLABORATION' ET 'ERUDITION' POUR LES ETUDIANTS ET LES ENSEIGNANTS A LA FACULTE DE MEDECINE LYON-EST ?

RESUME

INTRODUCTION : Suite à l'arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études médicales, la formation initiale des étudiants en médecine en France doit maintenant être complétée par un apprentissage par compétence. Alors que de nombreux pays ont déjà intégré l'acquisition de compétences dans leurs objectifs de formation, en France existe une certaine crainte du changement de modèle pédagogique. Ainsi, nous avons cherché à reconnaître les représentations du concept de compétence chez les étudiants et enseignants, mais aussi celles de 'collaboration-coopération', de 'communication' et d' 'érudition' (référentiel CanMEDS 2015).

MATERIEL ET METHODES : Nous avons réalisé un travail qualitatif constitué d'une recherche bibliographique et d'entretiens collectifs (*focus group*). Des étudiants volontaires des promotions de la 2ème à la 6ème année d'études médicales de la Faculté de Médecine Lyon Est, ainsi que leurs enseignants ont participé aux entretiens. Un groupe par promotion et par compétence était prévu. Les entretiens furent retranscrits intégralement et analysés thématiquement.

RESULTATS : Treize entretiens ont été réalisés avec 40 étudiants et 15 enseignants entre le 24 mars et le 26 juillet 2016 à la Faculté de Médecine Lyon Est. Pour les participants, la compétence semblait nécessaire à l'exercice de la profession et fait le lien entre la théorie et la pratique pour répondre aux attentes du patient et de la société. La 'collaboration-coopération' mettait en jeu une équipe dans toute sa complexité. Elle était très en lien avec la 'communication' qui passe par un dialogue impliquant le temps, l'empathie et la bienveillance. Enfin, l'érudition représentait un savoir évoluant, basé sur la médecine factuelle, en lien avec la pratique. La mise en œuvre de toutes ces compétences permettait un gain d'efficacité dans le soin.

CONCLUSION : Les définitions et les attentes des étudiants et enseignants se rapprochaient souvent de celles incluses dans les définitions canadiennes et françaises. Ils semblent avoir validé et accepté le concept de compétence tel que défini par les experts. Cela permet d'envisager une possible intégration d'un tel paradigme d'apprentissage dans les études médicales françaises. Il apparaît nécessaire de développer des travaux de recherche sur les modes d'enseignement et d'évaluation des compétences afin de prolonger cette évolution de la formation médicale aux étudiants et enseignants du 3ème cycle.

MOTS CLEFS : compétence, pédagogie médicale, DFASM, DFGSM, communication, collaboration, coopération, érudition, scientifique

JURY : **Président** : Monsieur le Professeur Jérôme ETIENNE
 Membres : Monsieur le Professeur Gilles RODE
 Monsieur le Professeur Jean-Pierre FAUVEL
 Monsieur le Professeur Jean-Pierre DUBOIS
 Monsieur le Professeur Yves ZERBIB
 Monsieur le Docteur Jérôme GOFFETTE

DATE DE SOUTENANCE : Jeudi 29 juin 2017

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR : 31 rue Mathieu Varille, 69007 LYON

EMAIL : juliettemacabrey@gmail.com