

Le groupe «Osler»: une nouvelle opportunité pour réfléchir sur le «devenir médecin»

Drs SABINE GIROUD^a, ANOUK GRANDJEAN^a, FRITZ-PATRICK JAHNS^a, LUDOVICO COBUCCIO^a, JULIEN CASTIONI^a, NICOLAS GRASSET^a, Pr CLAUDIO SARTORI^a et Dr MICHAEL SARAGA^b

Rev Med Suisse 2018; 14: 2104-8

Les enjeux de professionnalisme et d'identité professionnelle chez les médecins font l'objet d'un intérêt croissant, en raison des évolutions du milieu hospitalier (spécialisation, raccourcissement de la durée de séjour) ainsi que de phénomènes comme le burn-out ou le suicide. C'est dans ce contexte que le CHUV a mis en place un projet pilote dans le Service de médecine interne (SMI) pour soutenir les médecins assistants dans la construction de leur identité professionnelle, valoriser la transmission de l'expérience clinique et leur offrir un espace de parole et d'échange. Le groupe «Osler» a ainsi réuni dix assistants pour des rencontres animées par un médecin cadre et une cheffe de clinique du SMI, ainsi qu'un médecin cadre du Service de psychiatrie de liaison. L'expérience a été un succès, les assistants exprimant clairement les bienfaits du groupe, notamment quant à leur rapport au métier.

The «Osler» group: a new opportunity to think about «becoming a physician»

Issues of professionalism and professional identity formation, particularly amongst young doctors, have been the object of increasing attention. This is explained in part by the evolution of the hospital environment (specialization, shorter stays), as well as by the prevalence of physician burnout and suicide. In this context, the CHUV implemented a pilot project within the department of internal medicine aiming to support its residents in the construction of their professional identity. The Osler group convened 10 residents led by an attending physician and a senior resident from the internal medicine department as well as an attending physician of the liaison psychiatry department. The experience has been a success, with residents describing clear benefits of the group.

INTRODUCTION

Depuis une vingtaine d'années, les institutions de formation médicale nord-américaines, notamment les écoles de médecine, mettent un accent particulier sur la question du «professionnalisme» et les façons de former les futurs médecins comme «professionnels».¹ La notion de professionnalisme renvoie à celle de profession, un terme qui, dans les pays anglo-saxons, n'a pas tout à fait la même signification qu'en

français. En anglais, une profession se distingue d'un métier (*occupation*), c'est-à-dire que tous les métiers ne sont pas des professions. Les professions se caractérisent par un niveau de savoir et de formation, des compétences propres, une large autonomie d'organisation et d'exercice et un certain monopole sur le marché. Les architectes, les ingénieurs, les avocats sont ainsi des exemples de «professionnels», mais c'est souvent la médecine qui est considérée comme l'exemple typique d'une profession. On attend en principe des professionnels qu'ils adoptent certaines normes de conduite, respectant les principes de leur profession.

La Faculté de médecine de l'Université McGill à Montréal a été parmi les premières à mettre en place un dispositif spécifiquement dédié aux enjeux du professionnalisme.² L'originalité de la démarche à McGill a été d'envisager le professionnalisme comme l'un des deux aspects du *physicianship*, que l'on pourrait maladroitement traduire par «médecineté». La «médecineté» que les étudiants doivent acquérir est pensée à McGill comme fondée sur deux aspects, le soin (*healer role*) et le professionnalisme (*professional role*). Le *physicianship* implique ainsi que la formation médicale soit envisagée comme une transformation identitaire dans le sens du développement d'une identité professionnelle. De façon générale, les expériences pédagogiques de transmission du professionnalisme, mais aussi la mise en évidence des difficultés auxquelles les étudiants et jeunes médecins sont confrontés dans leur trajectoire (qui peuvent, dans les cas graves, aboutir à des problèmes tels que burn-out, dépendances ou suicide), ont contribué à un intérêt croissant pour la question de la formation de l'identité professionnelle (*professional identity formation*) chez les jeunes médecins, redéfinie parfois comme un objectif d'enseignement.

LE PHYSICIANSHIP PROGRAM À MCGILL

Le programme, qui existe depuis 2005, inclut un nombre limité d'enseignements ex cathedra et s'appuie surtout sur un travail en groupes appelés *physician apprenticeship groups* (PA groups). Tous les étudiants sont répartis en groupes de six, encadrés par deux étudiants aînés et un médecin reconnu pour ses qualités cliniques et son engagement auprès des étudiants. Ces animateurs reçoivent le titre d'*Osler Fellow*,³ en référence à Sir William Osler, médecin de très grand renom en Amérique du Nord pour ses qualités de clinicien et de pédagogue, qui a été formé et a enseigné à McGill, puis à Johns Hopkins et à Oxford.

^a Service de médecine interne, CHUV, 1011 Lausanne, ^b Service de psychiatrie de liaison, CHUV, 1011 Lausanne
sabine.giroud@chuv.ch | anoukgrandjean@gmail.com
fritz-patrick.jahns@chuv.ch | ludovico.cobuccio@chuv.ch | julien.castioni@chuv.ch
nicolas.grasset@chuv.ch | claudio.sartori@chuv.ch | michael.saraga@chuv.ch

TABLEAU 1	Programme des «physician apprenticeship groups» (PA groups) à l'Université McGill
------------------	--

*A chaque séance, thèmes d'intérêt pour le groupe discutés de manière prioritaire par rapport aux autres activités planifiées.

** A chaque séance, discussions interactives en petits groupes en plus des autres activités organisées.

Année	Nombre de réunions	Thèmes de discussion*	Activités d'apprentissage**
1	8	<ul style="list-style-type: none"> • Compétences communicationnelles • Perspective du patient • Le professionnalisme 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 visites au domicile d'un patient • 3 confrontations cliniques • 2 anamnèses (patient simulé)
2	6	<ul style="list-style-type: none"> • Médecines complémentaires et alternatives • Guérir en médecine • Les déterminants de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 anamnèse (patient simulé) • Ecriture réflexive
3	5	<ul style="list-style-type: none"> • Soulager la souffrance • La résilience dans la pratique médicale • Planifier sa carrière 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 confrontation clinique • Discussion de cas • Visites du lieu de travail des Osler Fellows
4	3	<ul style="list-style-type: none"> • Compétences communicationnelles avancées • L'autorégulation • Réunir le rôle de soignant et de professionnel 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 anamnèse (patient simulé) • Lectures interactives • Débats • Jeux de rôles

(Adapté de réf.⁴).

Les PA groups ont pour objectifs: 1) de soutenir les étudiants dans leur transition de laïc à médecin; 2) de les aider à devenir réflexifs et centrés sur le patient; 3) de leur offrir un environnement sûr où ils sont encouragés à discuter de leurs expériences comme étudiants. Chaque groupe se réunit régulièrement au cours des quatre ans d'études. Dans ce cadre, les étudiants rencontrent des patients à domicile, suivent leur *Osler Fellow* dans ses activités cliniques, travaillent avec des patients simulés et effectuent certains travaux réflexifs. L'essentiel consiste cependant en des discussions en groupe, entre 4 et 8 fois par année. Les discussions portent en priorité sur les expériences des étudiants pendant leurs études, notamment leur confrontation progressive au monde clinique, ou sur des thèmes définis, comme par exemple la perspective du patient, la place des médecines complémentaires ou les aspects transculturels.⁴ Les *Osler Fellows* bénéficient eux-mêmes d'un accompagnement qui fonctionne comme lieu d'échange de leurs expériences et de soutien et leur fournit divers outils d'animation de groupe (exercices narratifs, jeux de rôle, discussion d'extraits vidéo, etc.) (tableau 1).⁵

SITUATION À LAUSANNE

On ne retrouve pas, à l'heure actuelle, dans le curriculum de la Faculté de biologie et médecine de Lausanne, de programme similaire à ce que nous avons décrit à McGill. C'est au niveau de la formation postgraduée et du CHUV qu'est née la volonté de mettre en place un dispositif pour accompagner les médecins-assistants dans leur formation médicale. La période de formation postgraduée d'un jeune médecin a déjà

été décrite comme «la forge qui fabrique et tempère le futur médecin»,⁶ soulignant son importance dans le processus de transformation identitaire. Comme déjà évoqué, elle est aussi considérée comme une période difficile, associée au burn-out, voire à des suicides. On peut penser, plus généralement, que les importantes évolutions du monde hospitalier, notamment vers l'hyperspécialisation et des séjours toujours plus courts dans une même unité clinique, remettent en question le fonctionnement traditionnel de l'hôpital comme environnement formateur en médecine.

Au cours d'un séjour académique à l'Université McGill, le Dr Michael Saraga, du Service de psychiatrie de liaison du CHUV, a eu l'opportunité de se familiariser avec le *physicianship program*, dont les objectifs répondent pour une bonne part à ces enjeux. Il a ainsi proposé à la direction du CHUV de l'adapter au niveau postgradué. Ainsi est né le projet du groupe «Osler», nommé en hommage à l'expérience canadienne et à son célèbre inspirateur, qui s'est déroulé, dans sa première phase pilote, dans le Service de médecine interne du CHUV (SMI). L'objectif était de soutenir les assistants dans la construction de leur identité professionnelle et de valoriser la transmission du «métier clinique». Le dispositif groupal est particulièrement indiqué pour travailler sur des enjeux d'identité et de culture professionnelles et sur les rapports entre l'individu et le collectif.

LE GROUPE «OSLER» AU CHUV

L'expérience pilote s'est déroulée sur 10 mois, entre août 2016 et mai 2017. Le groupe a été animé par le Dr Saraga, le Pr Sartori et la Dre Giroud, cheffe de clinique, tous deux du SMI. Il devait en principe inclure dix médecins-assistants. Le projet a été présenté aux assistants du SMI et dix volontaires se sont annoncés (tableau 2). Dix rencontres, d'une durée d'une heure et demie, se sont déroulées durant la pause de midi (sandwiches à disposition), permettant ainsi aux participants de se libérer plus facilement de leur activité professionnelle. L'objectif étant de créer une sorte de «bulle» au sein d'une journée de travail, l'extinction du bip de fonction était de rigueur. Avec l'accord des participants, les séances ont été enregistrées et transcrites, pour conserver une trace du travail effectué. Le taux de participation aux séances s'est élevé à environ 80%, avec des absences souvent dues à l'impossibilité de se libérer du poste de travail ou au travail de nuit. Il est arrivé plusieurs fois que des participants viennent pendant leurs jours de récupération.

Les rencontres prenaient la forme d'une discussion lors de laquelle chacun prenait la parole librement. Souvent, le groupe se mettait spontanément au travail à partir du matériel des séances précédentes ou d'événements survenus entre-temps, mais il est aussi arrivé aux animateurs de proposer certains thèmes (par exemple: les erreurs médicales, les relations avec les collègues d'autres professions, les patients difficiles, la conciliation entre vie privée et vie professionnelle). Les participants ont eu ainsi la possibilité de confronter leurs expériences des débuts dans la profession. Beaucoup de difficultés ont ainsi été évoquées: une désillusion par rapport aux attentes, notamment quant au contact avec les patients et leur famille; la difficulté de trouver sa place dans un monde

TABLEAU 2

Comparaison entre les projets Osler canadien et lausannois

Programme «Osler-Fellows»	Au Canada	A Lausanne
Nombre de participants	6, participation obligatoire	10, participation volontaire
Type de participants	Etudiants en médecine	Médecins-assistants
Durée	4 ans	10 mois
Mentors	Médecin cadre	Médecin cadre du service, chef de clinique et médecin psychiatre
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir la transformation de laïc à professionnel • Développer la réflexivité et une approche centrée sur le patient • Offrir un environnement sûr pour partager les expériences vécues 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir la construction de l'identité professionnelle • Valoriser le métier clinique et sa transmission
Exemples de thèmes abordés	La perspective du patient, les compétences en communication, les déterminants de la santé	La limite entre le professionnel et le privé, les erreurs médicales, les patients difficiles, les rapports avec les collègues

très hiérarchisé et compétitif, où les collègues peuvent souvent sembler hostiles; un manque de soutien de la hiérarchie, l'impression d'être le rouage anonyme d'une machine, un sentiment de solitude; l'impression d'être parfois un «médecin-imposteur», de manquer de légitimité; les difficultés à partager certaines expériences du travail avec leurs proches le soir en rentrant à la maison, renforçant encore le vécu de solitude. Mais les participants ont aussi souligné les effets bénéfiques du travail en groupe, qui a rompu le sentiment d'isolement et permis de retrouver quelque chose de l'intérêt initial pour le métier clinique (voir annexe 1 pour les extraits).

BILAN

Le travail a été évalué en groupe et lors d'entretiens individuels avec une personne extérieure au groupe qui a garanti l'anonymat aux participants. L'expérience a été décrite comme très positive par presque tous les participants, une «bouffée d'oxygène» souvent dite indispensable. La présence de supérieurs hiérarchiques du SMI (médecin cadre et chef de clinique), une différence nette d'avec les PA group (les Osler Fellows n'avaient pas de rapports d'autorité avec les étudiants), n'a pas été perçue comme un facteur inhibant, mais plutôt comme un apport et une légitimation de ce travail en groupe. L'expérience de collègues aînés a permis de dissiper certaines idées reçues sur un «fossé générationnel» et donné une perspective à plus long terme aux participants.

La principale critique ne concernait pas tant le groupe que les difficultés parfois rencontrées pour se libérer et assister aux rencontres, ceci malgré un soutien de la Direction avec des lettres d'information aux différents Chefs de Service impliqués leur demandant de faciliter la participation de leurs assistants aux séances.

Cette expérience pilote peut donc être considérée comme un succès. A cette petite échelle, la mise en place d'un groupe de ce type est possible dans le cadre du SMI et offre aux assistants un espace de réflexivité qui leur permet de se réapproprier leur trajectoire de médecin en formation. Le présent article témoigne d'ailleurs de l'investissement des participants, puisqu'il est issu d'un travail collectif mené après la fin du groupe; de plus, ce même groupe réfléchit activement à une possible publication de l'analyse des transcriptions de l'ensemble des séances de discussion.

Au vu de ce bilan positif, un nouveau groupe a débuté cet été dans le SMI, toujours animé par le Pr Sartori et le Dr Saraga.

CONCLUSION

L'expérience met en évidence l'utilité et la nécessité d'un espace de parole, permettant aux médecins assistants de confronter leurs expériences et de prendre un recul réflexif sur leur trajectoire de jeune médecin. Le groupe offre aussi un soutien dans une période difficile et permet probablement de limiter les risques de burn-out souvent évoqués.

La mise en place de tels groupes à plus grande échelle pose d'assez grandes difficultés logistiques. Pour l'heure, l'expérience se poursuit encore modestement, avec un seul groupe. On peut cependant penser que ce dispositif aurait un intérêt dans d'autres services que le SMI. Un intérêt pour les médecins-assistants, bien sûr, mais aussi pour leurs collègues et leurs patients, dans la mesure où le travail effectué permet aux médecins-assistants d'assumer leurs tâches avec plus de sérénité.

Conflit d'intérêts: les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les médecins en formation peuvent bénéficier d'espace de travail en groupe pour élaborer leurs expériences et les enjeux liés à la construction de leur identité professionnelle
- De tels espaces de dialogue et de réflexion sont réalisables, au prix d'un investissement fort de la part des institutions concernées
- L'intérêt, tant pour les médecins-assistants que pour leurs patients, est manifeste

- 1 Markakis KM, Beckman HB, Suchman AL, et al. The Path of Professionalism: cultivating humanistic values and attitudes in residency training. *Acad Med* 2010;75:141-9.
- 2 Boudreau JD, Macdonald ME, Steinert Y. Affirming professional identity through an apprenticeship: insights from a four-year longitudinal case study. *Acad Med* 2014;89:1038-45.
- 3 Stephenson A, Higgs R, Sugarman J. Teaching professional development in medical schools. *The Lancet* 2001;357:867-70.
- 4 Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y.

Teaching Medical Professionalism. New York: Cambridge University Press, 2016.

5 **Steinert Y, Boudreau JD, Boillat M, et al. The Osler Fellowship: an apprenticeship for medical educators. *Acad Med* 2010;85:1242-9

6 Cooke M, Irby D, O'Brien B. Educating physicians: A call for reform of medical school and residency. San Francisco: John Wiley & Sons, 2010, p.31.

* à lire

** à lire absolument

ANNEXE 1

Extraits des transcriptions

Extrait 1

Quand tu es étudiant, et aussi stagiaire, et tu vois parfois les assistants qui font leur visite, qui voient les patients – tu te dis, «ah non, je ne serai pas comme ça quand je serai...» Tu trouves que les assistants parlent beaucoup trop directement aux patients, qu'ils manquent un peu d'humanité. Et ensuite, à force d'être... justement: de voir ça, entendre ça... pour moi, quand on commence, ça représente juste la réalité du travail. On passe tellement plus de temps dans notre bureau devant l'ordinateur à faire des papiers ou documenter les choses qu'avec les gens... tu te mets dans un mode un peu «fonctionnel» où tu dois fonctionner, pour finir ta journée, pour faire les labos, organiser les choses pour tes patients. Tu perds ce plaisir de discuter avec les gens. Enfin, moi j'ai remarqué surtout ça aux urgences, ici. Parfois, tu as plusieurs urgences qui attendent, ou bien plusieurs trucs en parallèle, et du coup, les patients qui commencent à te raconter des choses de leur vie, si tu es dans les dispositions qu'il faut et que tu as du temps, tu es hypersympa, mais si tu es pas dans les dispositions... intérieurement je me dis «je m'en fous, je m'en fous...». C'est essentiel, et insupportable, de se rendre compte qu'on est devenu comme ça.

Extrait 2

Moi j'ai de plus en plus de mal, en fait, à assumer le rôle du mari. Je sens que je dois remplir dix mille rôles à la fois. Je dois être le père de famille, le mari, le médecin, le pote... en plus, maintenant, ma fille, elle s'est mis dans la tête que j'étais docteur... et elle est toute la journée, «ah, papa, tu es docteur, tu vas à l'hôpital soigner des gens?». Elle sort des images de médecin, elle est complètement obsédée, alors je me dis voilà, c'est peut-être l'opportunité pour m'assumer un peu plus comme médecin à la maison. J'ai une alliée maintenant.

Extrait 3

Je trouve, je ne sais pas, je n'aime pas cette idée qu'il y a un médecin exemplaire... parce que, pour moi, une des choses qui est tellement jolie de la médecine, que j'adore, c'est le fait qu'on est tous des médecins, on a tous fait des études semblables, mais en fait, chacun a ses propres points forts, chacun peut vraiment apporter énormément au métier [...] et du coup dire «voilà, selon cette échelle, vous êtes bien ou pas bien,» en fait, on ne regarde que certains critères. On ne peut pas dire que vous êtes un bon médecin parce que vous avez rempli ces cases. Moi, je ne pense pas que c'est ça qui fait un bon médecin.

Extrait 4

...j'ai l'impression qu'il y a toujours un côté de nous qui dit «ah mais ça va aller mieux dès que je serai chef de clinique, dès que je serai...», et après «ce sera mieux quand je prendrai la retraite». C'est toujours l'idée que ça va aller mieux, mais je ne sais pas... Ça doit aussi aller mieux maintenant.

Duofer®

Sans lactose,
gluten, gélatine ou
colorants artificiels



Admis par
les caisses

C: fumarate de fer, gluconate de fer, vitamine C. **I:** anémie ferriprive et carence en fer latente. **P:** 1–2 cps. pelliculés/j. **CI:** surcharge en fer, troubles de l'utilisation du fer, hypersensibilité à l'un ou plusieurs des composants du médicament, anémies non ferriprives, intolérance, maladies hépatiques et rénales graves. **EI:** légers troubles gastro-intestinaux. **IA:** tétracyclines, antiacides à base de sels d'aluminium ou de magnésium, cholestyramine, pénicillamine, sels d'or, biphosphonates. **E:** 40 et 100 comprimés pelliculés. Liste C. 10/2012.

Pour des informations plus détaillées, veuillez consulter www.swissmedinfo.ch.
Andreabal AG, Binningerstrasse 95, 4123 Allschwil, Tél. 061 271 95 87, Fax 061 271 95 88, www.andreabal.ch