

REGARD DES EXTERNES EN MÉDECINE SUR LES PERSONNES ÂGÉES

Esquisse d'un curriculum caché

AMÉLIE GABOURY, M.D.

Chercheuse principale
Université Laval, résidente en gériatrie
amelie.gaboury.1@ulaval.ca

PIERRE JACOB DURAND, M.D., M. Sc.,
F.R.C.P., C.S.P.Q., C.M.F.C.

Directeur de recherche
Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec
du Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval

ANNIE FRAPPIER, M.A.

Anthropologue, Consultante en recherche qualitative
Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec
du Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval

INTRODUCTION

L'expérience clinique des soins palliatifs lors d'un stage en gériatrie est une façon efficace de susciter la réflexion chez les étudiants en médecine au sujet de leur formation¹. La clientèle vulnérable rencontrée en gériatrie, étant à la fin de sa vie, souvent dépendante, avec des maladies chroniques et incurables, présente des aspects communs avec celle des soins palliatifs. La culture de bonnes pratiques de chacun de ces domaines est proche, tant dans la démarche globale et interdisciplinaire qu'ils adoptent que dans l'utilisation de l'approche par décision partagée. Les futurs médecins ne se sentent pas toujours suffisamment outillés pour faire face aux défis particuliers que présente l'exercice de la médecine auprès des personnes âgées vulnérables², comme la clientèle en soins palliatifs, en raison de la complexité des problèmes physiques et cognitifs que présentent ces individus. Selon le Comité de transformation de l'enseignement des soins aux personnes âgées de

l'Université de Montréal, les soins aux aînés n'attirent pas un nombre suffisant de professionnels. Il y a de quoi sonner l'alarme, puisque les personnes âgées seront de plus en plus nombreuses et vivront de plus en plus longtemps³.

Étant donné que cette clientèle augmente constamment, il est intéressant de réfléchir sur la formation en médecine en ce qui a trait aux soins aux personnes âgées. Il semble toutefois y avoir un écart entre ce qui est enseigné et l'expérience vécue par les externes dans le réseau de soins. Dans une entrevue récente publiée dans *L'Actualité médicale* sur la responsabilité sociale des étudiants en médecine, Durand nomme ce phénomène « curriculum caché »⁴. Perrenoud⁵ définit le même concept comme étant ce qui est transmis à l'insu du formateur en plus de ce qui relève davantage du non-dit et du partiellement non pensé plutôt que de l'activement caché. Hafferty et O'Donnell⁶ reprennent la définition de Cornwell en définissant le curriculum caché comme étant ce que l'école enseigne sans, en général, en avoir l'intention ou sans être consciente que ce contenu est

		Préexternat			Externat
		1 ^{re} année (Automne – Hiver – été)	2 ^e année (Automne – Hiver – été)	3 ^e année (Automne – Hiver – été)	4 ^e et 5 ^e année (Automne – Hiver – été)
Obligatoires		Sciences fondamentales 1, 2 et 3 Système respiratoire Système cardiovasculaire Système digestif Système urinaire Système endocrinien Immersion clinique Médecin, médecine et société 1 et 2 Démarche clinique 1 et 2 Intégration 1	Système nerveux Système locomoteur Système reproducteur Organes des sens Épidémiologie clinique Revêtement cutané Soins pédiatriques Personnes âgées et soins de fin de vie Démarche clinique 3a Intégration 2	Psychisme Système hématopoïétique Lecture critique de la littérature médicale Médecin, médecine et société 3 et 4 Démarche clinique 3b et 4 Intégration 3 Introduction à l'externat	Stage en médecine familiale en région Stage en médecine Stage en chirurgie Stage en psychiatrie Stage en soins aux personnes âgées et en fin de vie Stage en pédiatrie Stage en obstétrique Stage en gynécologie Stage en médecine sociale et préventive Stage en anesthésiologie Stage en radiologie diagnostique Stage en urgence 1 Habilités cliniques Synthèse 1 et 2 Intégration et préparation aux examens
		Collaboration interprofessionnelle centrée sur la personne 1, 2 et 3			
		Cheminement flexible au préexternat : 2 ans (6 sessions) 2 ½ ans (7 sessions) 3 ans (8 sessions)			
Optionnels		12 crédits de cours à option à faire			15 crédits de stages optionnels à faire

Figure 1. Cheminement typique de l'étudiant en médecine de l'Université Laval

Source : Université Laval, Cheminement type [en ligne le 27 juillet 2015] : http://www.fmed.ulaval.ca/site_fac/formation/post-md/cheminement-typique/

enseigné. Cela peut s'inscrire dans toutes les activités d'apprentissage, mais concerne tout particulièrement celles qui visent le développement des compétences liées au professionnalisme; celles-ci apparaissent plus complexes et plus fortement influencées par les modèles de rôle que les compétences reliées à l'érudition. Certains auteurs ont démontré que les réflexions des étudiants constituent une source riche d'information sur le curriculum caché et, par le fait même, sur la façon dont ils apprennent à être médecin⁷. Dans ce contexte, il y a lieu de se questionner sur la présence d'âgisme dans le curriculum caché, plus précisément dans les interactions entre les étudiants et les patients âgés. La littérature concernant la relation entre les étudiants en médecine et les patients demeure pauvre, quasi inexistante si l'on se limite à la clientèle âgée.

Depuis 2007, la Faculté de médecine de l'Université Laval a élaboré un nouveau programme de doctorat en médecine axé sur le développement des compétences : expertise clinique, communication, collaboration, érudition, professionnalisme, gestion et promotion de la santé (figure 1)⁸. Le doctorat se divise en deux parties, la première étant le préexternat et la seconde, l'externat. Il s'échelonne sur une période de 20 mois et comprend plusieurs périodes de stages cliniques qui s'effectuent dans les établissements de santé du réseau d'enseignement de l'Université Laval. La réussite de tous les stages de la première année est requise pour entreprendre la deuxième année : l'externat senior. L'externat est une formation clinique intensive à temps complet qui mène, à terme, à l'obtention d'un diplôme de doctorat en médecine. Le nouveau diplômé peut alors postuler aux programmes de résidences pour l'obtention

de son droit d'exercice. Le diplôme lui permet aussi de poursuivre une autre formation universitaire, à la maîtrise puis au doctorat.

Durant ces quatre ou cinq années d'études, plusieurs séances de formation sont données aux externes dans le but de parfaire leurs compétences pour prodiguer des soins de qualité à la clientèle âgée. Les cours *Médecins, médecine et société (MMS)*, à raison de quatre sessions, de même que les cours *Personnes âgées et soins de fin de vie* et *Collaboration interprofessionnelle* visent à développer les connaissances de base concernant cette clientèle vulnérable, tout en permettant d'établir un premier contact avec les patients âgés et les futurs collègues des autres domaines de la santé. À cela s'ajoute un stage en gériatrie et en soins de fin de vie de 6 semaines⁹.

Au cours de leur formation, les étudiants sont en contact avec des patients âgés. Les moyens mis à la disposition des étudiants pour parfaire le développement des différentes compétences enseignées sur les soins aux personnes âgées sont en constante évolution. Le but de l'étude est de décrire la représentation que les externes en médecine de l'Université Laval se font des personnes âgées qu'ils soignent dans le cadre de leur formation. Pour ce faire, elle vise à : (1) identifier comment les externes se représentent la personne âgée ; (2) déterminer comment les externes conçoivent l'âgisme ; (3) mieux comprendre comment le concept d'âgisme s'inscrit au sein du curriculum caché des études en médecine à l'Université Laval, c'est-à-dire comment les externes vivent les situations de discrimination envers les personnes âgées dans leur milieu clinique ; (4) connaître l'opinion des externes sur leur formation médicale concernant les différentes compétences enseignées sur les soins aux personnes âgées ; (5) mieux comprendre la perception des externes concernant leur rôle de soignant à l'égard des patients âgés. Cette recherche est l'occasion d'évaluer si les efforts du programme sont suffisants pour répondre aux besoins des étudiants en considérant l'ampleur et la complexité des compétences à acquérir, surtout en considérant la tâche qu'ils auront à accomplir dans les années à venir.

Le choix du concept de représentation sociale est justifié par les objectifs de la recherche qui impliquent la nécessité de comprendre comment les externes se représentent et conçoivent : les personnes âgées ; leur formation médicale concernant les compétences à acquérir pour prodiguer les soins aux patients âgés ; leur propre rôle de soignant envers cette clientèle vulnérable ; et, plus globalement, l'âgisme. Herzlich¹⁰ croit que l'étude des représentations sociales permet de comprendre la façon dont certains problèmes deviennent saillants dans une société, le type de mobilisation qu'ils peuvent entraîner en plus des enjeux et des débats qui se cristallisent à leur égard. Pour Laplantine, « la représentation est la rencontre d'une expérience individuelle et de modèles sociaux dans un mode d'appréhension particulier du réel »¹¹. L'image-croyance, en raison de sa tonalité affective et de sa charge irrationnelle, en est un exemple. La représentation sociale est un savoir à propos d'un segment de l'existence ou de la totalité de l'existence des individus d'une société donnée ou d'un groupe social. Les questions posées aux participants visent ainsi à identifier les valeurs et les images de la vieillesse qui peuvent influencer sur la mise en œuvre des soins donnés aux personnes âgées par les externes. Utiliser l'approche de la représentation sociale permet de considérer les différents points de vue exprimés par les « externes soignants » concernant les phénomènes intrapsychiques et les valeurs qui, abordés comme des représentations, sont censés servir à la fois de guide pour l'action et de système d'interprétation et de communication pour l'orientation et l'organisation de notre rapport au monde¹².

L'âgisme renvoie à l'image du vieillissement¹³. Il peut être considéré comme un stéréotype qui entraîne une discrimination systématique envers les personnes parce qu'elles sont « vieilles ». Un parallèle peut être établi avec le racisme et le sexisme qui se fondent sur une différence perçue négativement. Les personnes âgées sont alors jugées séniles, rigides dans leur pensée et leur manière. L'âgisme biaise le regard de la jeune génération qui voit les personnes âgées comme différentes d'elle. Les représentants de cette

jeune génération semblent cesser progressivement de s'identifier à leurs aînés¹⁴. Palmore¹⁵ distingue plusieurs stéréotypes négatifs associés au vieillissement tels que la maladie, l'impuissance sexuelle, la laideur, le déclin mental, la maladie mentale, l'inutilité, l'isolement, la pauvreté et la dépression.

MÉTHODOLOGIE

Cette recherche descriptive utilise un devis qualitatif. Ce type de devis a été choisi pour dresser un portrait global approfondi. Il permet de déceler des thèmes importants qui auraient pu passer inaperçus lors d'une recherche par questionnaires écrits.

Avec l'approbation du directeur de l'externat, le contact avec les externes du deuxième niveau a été établi par courriel et par une annonce en classe. La période de recrutement s'est déroulée à la suite de l'approbation du projet par le comité d'éthique de recherche de l'Université Laval (n° d'approbation 2014-187/30-09-2014), soit de décembre 2014 à février 2015. Les externes de ce niveau ont été ciblés comme population en raison de l'expérience suffisante que ces personnes possèdent pour aborder le sujet à l'étude. Le début de l'externat demande une adaptation. Un étudiant de deuxième année devrait se sentir plus à l'aise de donner ses opinions lors des entrevues. Par ailleurs, cette deuxième année est pour eux décisive dans le choix de leur résidence, période riche en réflexion et en introspection. L'analyse a permis d'atteindre le point de saturation, c'est-à-dire que les nouvelles données n'ajoutent pas de nouveau sens à ce qui est déjà compris¹⁶. Les participants à l'étude devaient remplir les critères de sélections suivants : être majeur et être inscrit à des stages en médecine au niveau de la deuxième année de l'externat.

L'échantillon final est composé de neuf externes en médecine de deuxième année, soit deux hommes et sept femmes âgés de 23 à 28 ans, ayant fait 5,6 années d'études universitaires en moyenne. Les participants se dirigeaient vers une variété de programmes (tableau 1).

Tableau 1. Échantillonnage

Programme envisagé	N° participants
Médecine familiale	3
Médecine interne	3
Chirurgie	1
Psychiatrie	1
Urgence	1
Total	9

Des entrevues semi-structurées d'environ 60 minutes ont été menées par la chercheure principale. Une seule rencontre par participant a été prévue. La date et l'heure ont été établies selon une entente entre le candidat et l'intervieweuse. Un local de la Faculté de médecine de l'Université Laval a été réservé et son emplacement a été communiqué au participant. Son consentement écrit a alors été obtenu en début de rencontre.

Les entrevues avec les participants ont été enregistrées puis transcrites (verbatim). Toutes les informations concernant leur identité ou celle des personnes mentionnées durant les entrevues ont été retirées pour préserver l'anonymat. Le contenu de ces verbatim a été codifié à l'aide du logiciel NVivo – Qualitative Research Solution¹⁷ par la chercheure principale et une professionnelle de recherche, consultante en recherche qualitative.

Les données ont fait l'objet d'une analyse qualitative de contenu¹⁸. L'analyse a été réalisée suivant la méthode de thématization en continu décrite par Paillé et Mucchielli¹⁹. Premièrement, la chercheure a procédé à la lecture de chacune des entrevues afin d'avoir une idée générale de l'expérience telle que perçue par chacun des participants. Deuxièmement, le contenu des entrevues a été codifié en identifiant chaque unité de sens. Lors d'une analyse thématique, l'unité de sens devient le thème. Il s'agit donc d'une démarche ininterrompue d'attribution de thèmes. Suivant cette méthode, les thèmes ont été identifiés et codifiés au fur et à mesure de la lecture du texte. Concernant les questions à l'étude, cinq grandes catégories ont été identifiées dès le départ et permettaient

de regrouper les thèmes : la représentation de la personne âgée, l'âgisme, le développement des compétences pour soigner les personnes âgées, le rôle du soignant envers les patients âgés et la représentation de la relation médecins-patients âgés. Tout au long du projet, il y a eu triangulation des perspectives, c'est-à-dire que des échanges réguliers entre le directeur de recherche, la professionnelle de recherche et la chercheuse principale ont été faits pour s'assurer de la justesse des descriptions des thèmes et de l'interprétation des extraits. Pour assurer la validité interne des résultats, il était important de travailler en équipe interdisciplinaire pour maintenir un processus de validation en continu. Troisièmement, les thèmes ont été hiérarchisés sous la forme de thèmes centraux auxquels des sous-thèmes ont été associés. Un arbre thématique a ainsi été construit progressivement tout au long de la recherche et a été véritablement parachévé à la fin de l'analyse de l'ensemble du corpus. Les objectifs ultimes de la construction de l'arbre thématique sont de reconstruire la réalité telle qu'elle a été décrite par les participants et de produire une synthèse explicative des informations recueillies²⁰. L'analyse et la collecte des données ont été réalisées simultanément afin de respecter la nature itérative de l'analyse qualitative²¹.

RÉSULTATS

Définir la personne âgée

Quoi qu'on en pense, « être âgé » ne veut pas dire la même chose pour tous. Les externes en médecine de deuxième année participant à l'étude (tableau 2) croient majoritairement que ce n'est pas une question d'âge chronologique. Certains ont mentionné qu'à partir de 65 ans, la personne est âgée, mais pour l'ensemble des participants, « être âgé » signifie perdre de l'autonomie et dépendre des autres, les personnes autonomes étant perçues comme plus jeunes.

Tableau 2. « Être âgé » selon les externes en médecine de deuxième année participant à l'étude

Âge chronologique	Retraite
Perte d'autonomie	Isolement
Fragilité et vulnérabilité	Résilience
Expérience et sagesse	Traits physiques de la vieillesse
Être malade	Vision d'eux-mêmes comme personne âgée
Être jeune de cœur	Population vieillissante

La maladie, la perte de mobilité et l'incontinence contribuent à cette perte d'autonomie. Pour les participants, dépendre des autres rend aussi vulnérable, puisque la personne perd le contrôle de certains aspects de sa vie. Une participante résume cette cascade : « Elle est tombée malade, puis elle est tombée dans nos mains. » (Alice, 2014)¹ Cette vulnérabilité vient d'une fragilité physique, mais peut aussi être due à un isolement social et à un déclin cognitif.

L'isolement social signifie pour les participants être « laissé à soi-même » (Florence, 2015). L'expérience de vie, le vécu et la sagesse d'une personne âgée sont perçus comme un avantage par les externes. Parce qu'elles ont du vécu et de l'expérience, les personnes âgées ont une meilleure capacité à se reconstruire à la suite d'une épreuve. Pour cela, ces patients désirent davantage partager leur parcours de vie avec leur médecin.

Pour les externes en médecine, une personne âgée peut être en santé, même si elle a des maladies. Elle est considérée comme en santé si elle ne nécessite pas que l'on prenne soin d'elle. En parallèle, être malade peut signifier présenter un bilan de santé complexe, dans lequel plusieurs comorbidités peuvent se côtoyer. Selon certains participants, l'attitude, le niveau de vitalité d'une personne, son « état d'esprit » (Daphné, 2014) influent sur le fait de la percevoir comme étant une personne âgée ou jeune. Cette vitalité du patient peut moduler la représentation que l'externe se fait de son patient, et ce, même s'il vit

¹ Noter que les noms attribués sont fictifs dans le souci de garder la confidentialité des témoignages

dans un milieu adapté à ses besoins et qu'il nécessite du soutien pour demeurer chez lui.

Selon les externes, l'arrivée de la retraite trace la frontière : être retraité, c'est passer du statut d'adulte à celui d'ainé. Cette phase de vie peut marquer le passage à une implication sociale différente. Certains externes interviewés abordent aussi les caractéristiques physiques de la vieillesse comme le fait d'avoir les « cheveux blancs ». Toutefois, leur représentation des personnes âgées va bien au-delà de l'apparence physique. Pour le définir, certains participants intériorisent le concept de personne âgée en se basant sur leur expérience personnelle du vieillissement. Ils associent la perte d'autonomie au fait d'être une personne âgée, et c'est en envisageant la leur qu'ils expliquent leur définition du fait d'être âgé.

Pour définir ce qu'est une personne âgée, les participants se basent sur les modèles qu'ils connaissent dans leur famille. Ces modèles familiaux et les expériences qui en découlent influencent leur représentation. Certains participants ont l'impression que la façon dont ils se représentent les personnes âgées est différente en raison de la formation médicale reçue : « Si je leur demandais, à mes amis qui ne sont pas en médecine ou à ma sœur, la première affaire qui leur viendrait en tête, ce n'est pas les problèmes de santé puis la perte d'autonomie. » (Benjamin, 2014)

Interaction avec la personne âgée

Les externes en médecine entrent en relation avec plusieurs individus durant leur formation : les patients, l'équipe médicale en général en plus des médecins et des résidents. Les interactions qu'ils ont avec les personnes âgées sont perçues avec ambivalence (tableau 3). Bien qu'une participante « trouve que le contact est facile » (Alice, 2014) avec ces personnes, elle décrit des obstacles rendant la relation thérapeutique difficile : « Il n'y a pas de questionnaire

à faire [...] tu fais l'examen physique, ils ne collaborent pas. » (Alice, 2014) Devant un patient âgé, les externes interviewés se « chargent de les remettre au cœur des soins » (Gabrielle, 2015) pour respecter leur autonomie.

Ces difficultés peuvent mener à une double impuissance : celle de comprendre et celle d'intervenir. Une participante explique son sentiment d'impuissance devant la clientèle âgée : « Je pense que c'est ce que j'ai le moins aimé, parce que j'étais moins capable de comprendre ce qui n'allait pas, pis qu'est-ce que je pouvais faire pour l'aider. » (Isabelle, 2015)

Tableau 3. Perception des externes en médecine de deuxième année participant à l'étude sur leurs interactions avec les personnes âgées

Facilitateurs	Obstacles
Approche adaptée	Temps d'intervention long
Relation médecin – famille du patient	Défis pour obtenir les réponses à l'anamnèse*
Patients âgés faciles d'approche	Défis pour effectuer l'examen physique
Effets positifs des différences générationnelles	Sentiment d'impuissance du professionnel
Respect de l'autonomie du patient	Âgisme
Stratégies communicationnelles	

* Anamnèse : Renseignements fournis au médecin par le malade ou par son entourage

Certains participants voient comme un obstacle « le temps de prise en charge [...], parce que c'est des personnes qui vont avoir plus de problèmes de santé » (Benjamin, 2014), alors que d'autres désirent, au contraire, « prendre le temps » (Chloé, 2014) et aiment que la durée des consultations soit plus longue.

Âgisme

Les interactions avec la personne âgée peuvent être teintées d'âgisme. La majorité définit l'âgisme comme l'influence que les préjugés envers les personnes âgées peut avoir sur la prise en charge. D'autres définissent l'âgisme comme étant une discrimination envers les personnes âgées, comme le fait de « vieillir quelqu'un » (lui attribuer les stigmates de la vieillesse) ou de l'infantiliser. Cependant, pour certains, « c'est un terme qu'on nous apprend pour qu'on ne tombe pas dedans, mais que finalement on a de la difficulté à conceptualiser en réalité. [...] C'est abstrait. C'est un peu sournois ». (Gabrielle, 2015)

En entrevue, les externes en médecine ont donné des exemples d'âgisme dont ils ont été témoins durant leurs stages. « J'ai vu des gens mettre systématiquement des niveaux de soins 2 – pas de réanimation, pas d'intubation – sans même en avoir discuté avec le patient. Tout simplement parce qu'il a tel âge et qu'il a tel problème. » (Emma, 2015) De plus, les externes interviewés critiquent la décision de la part de l'équipe médicale de limiter ou non les soins (investigations, traitements, services, niveaux de soins) offerts aux patients et à ses proches : « Notre job, ce n'est pas de décider, c'est de donner un service au patient. » (Hugo, 2015) Plusieurs autres situations ayant trait à l'âge chronologique du patient décrites par les participants ont influencé le jugement clinique quant aux soins administrés.

Dans le même ordre d'idées, certains participants avouent avoir été témoins d'attitudes infantilisantes envers les personnes âgées et même d'en avoir eu. « Je pense qu'on s'éloigne de plus en plus de l'approche paternaliste en médecine, mais des fois, ça a tendance à vouloir rester. » (Gabrielle, 2015) Comme le mentionne une participante, « on a tendance à infantiliser la personne âgée, à vouloir prendre les décisions à sa place, à vouloir contrôler à sa place ». (Florence, 2015) Des membres du personnel soignant et certains enfants de patients âgés affichent aussi cette attitude consistant à agir envers une personne âgée comme envers un enfant qui serait inca-

pable de se débrouiller seul, de prendre de bonnes décisions ou de juger de ce qui est bon pour lui.

Il semble y avoir des exemples de comportements portant atteinte aux normes établies par les codes moral, déontologique et professionnel qui sont, par définition, des manquements à l'éthique. Un externe mentionne qu'au cours d'un stage à l'urgence, lorsqu'un patient âgé consultait, « on regardait les cas, pis on choisissait ceux qui avaient l'air les plus intéressants. Je pense que c'est une forme de discrimination de se dire : "Ah non, encore une autre personne âgée qui est tombée" ». (Benjamin, 2014). Le même participant a vécu une autre expérience d'âgisme alors qu'il considérait qu'un médecin avait démontré un manque de considération menant à un consentement non éclairé : « Sentir cette impatience [...] reste que c'est une chirurgie, qu'il faut le consentement éclairé de la personne qui va subir la chirurgie. » (Benjamin, 2014) D'autres externes considèrent que tenir une conversation devant un patient à son propos, sans tenir compte de sa présence, peut représenter de l'âgisme, puisque ce type de comportement arriverait plus souvent lorsque les patients sont âgés.

Durant les entrevues, les participants mentionnent des propos pouvant être discriminants pour la personne âgée. Certains disent faire un effort pour ne pas discriminer. Ils sont conscients de la nécessité de ne pas « avoir l'air négatifs » (Gabrielle, 2015) lorsqu'ils parlent des personnes âgées. Des externes ont aussi été témoins de situations d'abus financiers et verbaux envers la personne âgée, signe de la vulnérabilité des aînés.

Perception du rôle de l'externe

Comme il a été mentionné précédemment, les externes en médecine interagissent avec plusieurs individus, dont leurs superviseurs et les patients. La façon dont l'externe perçoit son rôle de soignant envers les patients âgés semble témoigner de ses comportements comme futur médecin (tableau 4).

Tableau 4. Perception du rôle des externes en médecine de deuxième année participant à l'étude en tant que soignant des patients âgés

À l'égard du patient
Faire le lien entre le patient, sa famille et l'équipe médicale
Prendre du temps avec le patient est un privilège
Être utile, une nécessité
Être apprenant
Travailler auprès de la clientèle âgée est gratifiant
Réfléchir sur l'engagement du médecin
Assumer des responsabilités
À l'égard des médecins et des résidents
Établir un lien de confiance
Apprécier leurs opinions
Établir une relation entre évalué et évaluateur
Être influencé par les modèles de rôle des médecins et résidents
Être au bas de la hiérarchie
Jouer un rôle ancillaire
Prioriser les soins aux patients plutôt que la formation

Les externes participant à l'étude s'entendent pour dire qu'ils se perçoivent comme « le fil conducteur entre le patient, sa famille et le reste de l'équipe médicale ». (Florence, 2015) « Être externe, c'est un rôle privilégié » (Isabelle, 2015), puisqu'il est généralement accepté que les étudiants accordent du temps au patient. Tous se perçoivent aussi comme étant des apprenants, utiles et responsables. Certains mentionnent que c'est gratifiant de travailler auprès de la clientèle âgée et réfléchissent sur leur futur rôle de médecin.

Les superviseurs, généralement des médecins et des résidents, jouent un rôle important pour nourrir la réflexion de l'externe sur une future carrière auprès de la clientèle âgée. Le modèle de rôle a un effet sur ce que les externes apprennent : « Je pense que ça a une influence, la façon dont nos patrons agissent par rapport aux personnes âgées. » (Benjamin, 2014) L'apprentissage par « mimétisme » (Isabelle, 2015) fait partie de ce que les externes retiennent de ce modèle de rôle.

La période d'adaptation qui se produit au début de chaque stage leur permet, selon eux, de gagner la confiance des superviseurs. Grâce à cette confiance, ils acquièrent une plus grande autonomie et accroissent leur sentiment « d'être un petit peu utiles ». (Emma, 2015) Ils aiment lorsque leurs opinions sont prises en compte. Cependant, ces opinions ne sont pas toujours exprimées, par peur de représailles. Comme l'explique une participante, la relation d'évalué-évaluateur est toujours présente et les externes en sont conscients malgré tout : « Mon opinion d'externe [...] a quand même des chances d'avoir un impact négatif. Il reste que c'est [dit à] la personne qui m'évalue. » (Florence, 2015)

Plusieurs externes ont l'impression que la hiérarchie « ne leur laisse pas [une] grande place » (Benjamin, 2014) lors de leur formation. Par exemple, les résidents feraient le travail à leur place plutôt que de les accompagner. Si « une personne leur demande tout le temps des services, mais qu'elle ne demande jamais leur avis et qu'elle ne leur fait pas d'enseignement », les externes peuvent se sentir comme des « esclaves ». (Alice, 2014) « La priorité numéro un dans les hôpitaux, c'est de soigner les patients [...] ce n'est pas d'apprendre aux externes. » (Emma, 2015) Cela désole certains participants.

Opinions sur leur formation médicale quant aux soins de la personne âgée

Les compétences, les qualités et le savoir-être que doit posséder un médecin pour interagir adéquatement avec une personne âgée sont multiples (tableau 5). Tous s'entendent pour dire que pour travailler avec des personnes âgées, il faut être capable de tracer un « portrait global » (Emma, 2015) de la personne, avec ses multiples problèmes, ses médicaments, son environnement, etc. Les participants remarquent que la gériatrie se démarque des autres spécialités par la globalité de son approche : ils doivent inclure « la famille dans la prise de décision » (Florence, 2015) et se soucier des conditions du congé au moment de l'admission.

Tableau 5. Compétences nécessaires pour interagir comme soignant avec les personnes âgées selon les externes en médecine de deuxième année participant à l'étude

1. Vision globale	7. Sens de l'observation
2. Écoute	8. Expertise clinique
3. Bonne communication	9. Respect
4. Empathie	10. Leadership
5. Capacité à travailler en équipe	11. Capacité de gestion
6. Patience	12. Pas de compétence particulière

Des qualités de bon communicateur, incluant la capacité d'être à l'écoute, sont nécessaires selon les externes en médecine. Cela exige que le médecin prenne le temps de bien expliquer ce qui se passe. Comme l'un d'entre eux a expliqué à un des participants: «Il me disait quand j'allais trop vite: "Si c'était ta mère ou ton père, comment tu aurais fait ça? Aurais-tu pris le temps de lui expliquer ou bien tu aurais voulu aller vite comme tu viens de le faire?"» (Hugo, 2015) Travailler avec la clientèle âgée exige que le médecin ait de bonnes connaissances cliniques. L'«expert clinique» prend tout son sens par «la complexité des multiples problèmes à considérer qui se présentent de façon atypique chez les patients frères». (Hugo, 2015)

Selon certains externes, les médecins doivent savoir «gérer l'équipe de professionnels qui travaillent avec eux» (Hugo, 2015) tout en gérant leur temps. La capacité de gestion et le «leadership» sont, pour certains, des compétences plus sollicitées en gériatrie devant les ressources limitées, les salles d'urgence pleines et les pressions qui proviennent d'au-delà du centre hospitalier. Une participante croit que travailler auprès de patients âgés ne requiert pas de compétences particulières. Les compétences à développer pour travailler avec les personnes âgées «ne sont pas différentes de celles qui doivent être développées pour travailler avec d'autres types de patients». (Emma, 2015)

La formation à l'Université Laval fournit des moyens pour apprendre les particularités des interac-

tions avec les personnes âgées. Parmi ces moyens offerts au préexternat, les externes parlent des cours *Personnes âgées et soins de fin de vie* (cours de gériatrie), *MMS*, *Collaboration interprofessionnelle* ainsi que *Démarche clinique*. Les commentaires reçus sur les apprentissages effectués dans le cadre du cours de gériatrie ont majoritairement trait au moment auquel il est donné, la session d'été. Cette période suscite «moins de motivation pour étudier» (Alice, 2014). Certains éléments particuliers de la formation, telle l'élaboration d'une vision globale du patient, ne sont pas faciles à transmettre par la théorie. Dans le curriculum actuel, le chapitre des démences est abordé dans le cours de neurologie. Plusieurs externes reprochent au cours de gériatrie un manque de «challenge» et croient qu'il y aurait lieu de «ramener ces notions» (Daphné, 2014) dans le cours de gériatrie actuel. Quelques participants apprécient le contact précoce avec les personnes âgées durant leur préexternat (durant le cours *MMS* et le cours de gériatrie). Faire une entrevue avec un patient en CHSLD leur a permis de «réaliser la réalité des personnes âgées», et ils considèrent l'expérience «pertinente». (Daphné, 2014)

En ce qui a trait aux moyens fournis lors de l'externat, les étudiants en médecine affirment avoir eu des contacts avec la clientèle âgée dans l'ensemble de leurs stages, mais surtout en gériatrie. Il semble que ce dernier stage permette de contrer des préjugés qu'ils pourraient avoir. Ils considèrent avoir pu développer des compétences que le préexternat ne permet pas de travailler. Les grands syndromes gériatriques, «c'est vraiment en gériatrie que j'ai vu c'était quoi». (Alice, 2014) «Dans chaque stage, on acquiert des compétences.» (Hugo, 2015) Des participants croient qu'interagir avec des personnes âgées «en délirium demande une adaptation» (Alice, 2014) de la part des externes. Le stage en gériatrie peut être confrontant, et le participant doit apprendre de nouvelles aptitudes et attitudes. Le stage permet aussi le passage de la théorie à la pratique, permettant une prise de conscience de l'importance d'inclure la famille du patient dans le processus de soins et la prise de décision.

Éléments influençant le choix de résidence

Plusieurs facteurs expliquent le choix de résidence effectué par les participants (tableau 6). Le type d'interaction qui est vécue dans la spécialité constitue un élément clé dans ce choix : « Moi, quand je parle à un patient [...] je veux qu'il me comprenne. » (Benjamin, 2014) L'âge des patients rencontrés peut aussi avoir une influence tout comme la variabilité des cas.

Tableau 6. Éléments influençant le choix de résidence selon les externes en médecine de deuxième année participant à l'étude

Type d'interaction avec la clientèle	Diversité
Personnalité de l'externe	Reconnaissance
Tâches	Salaire
Dynamique de travail dans les stages	Autonomie accordée lors du stage
Qualité de vie	Débouchés à la suite de la résidence
Intérêt pour le domaine	Évaluation favorable à la suite du stage

Ensuite, sa « personnalité intrinsèque » (Chloé, 2014) et ses goûts peuvent influencer ses choix. Selon les externes, il est nécessaire « d'avoir la passion » (Hugo, 2015) pour le domaine choisi. Ils font la distinction entre le travail médical et chirurgical ainsi que la distinction entre la prise en charge globale des problèmes et celle par problème ciblé. La reconnaissance des patients à la suite des bons services rendus et la rémunération reçue pour le travail effectué font partie des récompenses pouvant peser dans la balance. Il en va de même pour la qualité de vie qui permet la conciliation entre les diverses sphères de bien-être du médecin.

Les commentaires et les évaluations positives donnés par les médecins et les superviseurs lors des stages encouragent les étudiants à envisager un domaine qu'ils n'auraient pas nécessairement considéré avant : « Je n'y aurais juste pas pensé si je n'avais pas eu de bons commentaires. » (Florence, 2015) Le fait que l'externe ait eu l'occasion de voir les patients par lui-même, que son rôle ne se limite pas à l'ob-

servation, contribue à susciter son intérêt pour le domaine dans lequel il se trouve.

DISCUSSION

Cette étude décrit la représentation que les externes en médecine de l'Université Laval se font des personnes âgées qu'ils soignent dans le cadre de leur formation. Pour les externes rencontrés, être âgé, c'est être malade, ce qui fait perdre de l'autonomie. Être dépendant des autres rend fragile et vulnérable. Ces résultats concernant la représentation de la personne âgée ne surprennent guère lorsque l'on sait que Palmore avait déjà décrit la présence de ces stéréotypes négatifs dans les années 1990. L'impression que la vision des externes est différente de celle des autres personnes de leur âge n'étudiant pas en médecine est, par contre, inattendue. À ce jour, il est difficile de s'appuyer sur la littérature, trop pauvre, pour comprendre cette impression. Des recherches dans ce sens devraient être faites pour comparer la représentation de la personne âgée chez la population en général pour pouvoir affirmer qu'elle est différente.

Il n'est pas non plus surprenant que les externes aient de la difficulté à définir l'âgeisme et à en prendre conscience. Ce genre de discrimination semble latent au sein de la formation en médecine. L'âgeisme prend forme dans le curriculum caché par la détermination de la limitation des soins en fonction de l'âge, les attitudes infantilissantes et les manquements à l'éthique.

Les externes sont capables de décrire l'âgeisme grâce à des exemples lorsqu'ils parlent des interactions qu'ils ont eues avec les patients âgés ou dont ils ont été témoins. La relation patient âgé – externe en médecine est perçue comme étant privilégiée à cause du temps qu'ils peuvent accorder aux patients. Comme les participants l'ont mentionné, les patients ont tendance à en dévoiler plus aux étudiants qu'à leur propre médecin. Stangl²² rapporte la même chose. Les explications de ce phénomène sont variées. Elles incluent la différence d'âge entre le patient et l'étudiant en médecine, l'innocence et la naïveté des

étudiants pouvant être interprétées comme une caractéristique attachante, et le temps additionnel que ces apprentis peuvent offrir aux patients pour développer un meilleur rapport²³. Les étudiants demeurent conscients de leur rôle de stagiaire, des avantages que ce statut leur confère, en plus d'appivoiser leurs propres limites²⁴.

D'un autre côté, cette relation est aussi perçue avec ambivalence. Alors que les externes décrivent ressentir un « sentiment d'impuissance » face à certains patients aînés, des auteurs américains ont identifié de la frustration provenant de la reconnaissance qu'il manque de ressources pour prendre en charge de façon globale les patients atteints de maladies progressives et chroniques, d'autant plus lorsqu'ils sont âgés²⁵. L'esprit critique des étudiants en médecine semble être influencé par les modèles rencontrés durant leur formation. Ainsi, il est primordial de reconnaître le rôle de la formation médicale et de ces formateurs en ce qui a trait au choix de carrière des futurs médecins.

Concernant leur formation, le contact clinique rapide et « omniprésent » avec la personne âgée constitue un élément positif qui diminue l'âgisme. Les rencontres prévues durant leurs cours de gériatrie et *MMS* leur permettent de développer une attitude plus empathique face aux personnes âgées. Il a été démontré que les interventions qui encouragent le partage des expériences avec les aînés sont efficaces pour développer et renforcer l'empathie des étudiants²⁶. Cela permet de découvrir les difficultés et les frustrations qui peuvent survenir avec le vieillissement tout en amoindrissant le choc du contact avec les patients ayant une cognition altérée au début de l'externat.

Parce que l'expérience a déjà été vécue par la chercheuse principale, il y a des risques que ses propres représentations et hypothèses préalables aient influencé l'analyse des résultats (vision intérieure). Par souci de maintenir la validité des résultats, ce type de biais potentiel a été compensé par le processus de validation en continu avec l'anthropologue consultante spécialisée en recherche qualitative et avec le

directeur de recherche. De plus, la relation hiérarchique entre résident et externe peut être intimidante et causer un biais de désirabilité sociale. Des critiques pourraient soulever la possibilité de biais de sélection de l'échantillon. Il faut un intérêt pour accorder du temps à la participation à l'étude. Les programmes envisagés par les participants permettent de voir qu'il y avait beaucoup de gens intéressés à la gériatrie, mais aussi intéressés par d'autres domaines. L'ensemble des biais potentiels a été pris en considération lors de l'analyse.

Devant ces résultats, il serait intéressant d'identifier les meilleures stratégies pour rendre explicite l'âgisme latent dans le curriculum caché du cours de médecine. L'expérience et le point de vue des externes en fin de formation semblent très riches pour dévoiler plusieurs aspects de ce curriculum caché²⁷. Le regard neuf des externes apporte une vision nouvelle pouvant être utile pour parfaire l'enseignement des soins aux personnes âgées en constante évolution, autant en gériatrie qu'en soins palliatifs. Alors que des facultés retirent leurs cours destinés à enseigner les soins aux personnes âgées au préexternat, les données pointent vers une amélioration de ces comportements et de ces attitudes avec une formation hâtive et un contact précoce avec la clientèle âgée. À l'externat, la nécessité du stage en gériatrie obligatoire a souvent été remise en question. Évaluer si les comportements et les attitudes des externes en médecine face aux personnes âgées changent à la suite d'un stage obligatoire en gériatrie pourrait consolider la place de ce stage dans le curriculum.

CONCLUSION

Les externes trouvent qu'il est difficile de conceptualiser l'âgisme. Malgré tout, les étudiants sont capables de nommer concrètement des situations de limitation des soins en fonction de l'âge, d'attitudes infantilissantes et de manquement à l'éthique.

La clientèle vulnérable à risque de subir de telles discriminations est commune aux domaines des soins palliatifs et de la gériatrie. Les étudiants en médecine perçoivent cette clientèle âgée d'un œil médical : ces personnes sont perçues comme étant malades, en perte d'autonomie, fragiles et vulnérables. Ce regard est influencé par plusieurs aspects. Les modèles de rôle rencontrés durant leur formation en font partie tout comme les interactions qu'ils vivent durant leur externat. La dynamique dans les stages et le respect au sein des équipes médicales pèsent dans la balance concernant leur choix de résidence. Ainsi, il est primordial de reconnaître le rôle de la formation médicale et des formateurs en ce qui a trait au choix de carrière des futurs médecins. Une évaluation de programme qui s'intéresse à rendre explicite l'âgisme latent dans le curriculum caché en médecine doit tenir compte de l'expérience et du point de vue des externes en fin de formation. Ces témoignages sont très riches pour dévoiler plusieurs aspects de ce curriculum caché.

REMERCIEMENTS

Je voudrais remercier le D^r Pierre Jacob Durand pour ses conseils d'expert et ses encouragements tout au long de ce projet. Je voudrais aussi remercier Mme Annie Frappier d'avoir été un modèle de rôle en recherche et pour ses enseignements précieux. Ce projet aurait été impossible sans le soutien du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec du CHU et du D^r Jacques Morin de la Faculté de médecine de l'Université Laval, section gériatrie. Merci à Mme Sandra Lefrançois et à Mme Danielle Lepage pour leur aide inestimable.

RÉFÉRENCES

1. Corcoran, True, Charles et Margo (2013). Geriatric palliative care: do medical students' narrative reflections after a hospice clinical experience link to geriatric competencies? *Gerontol Geriatr Educ*, vol. 34, p. 329-341.
2. Comité de transformation de l'enseignement des soins aux personnes âgées (2013). *Repenser l'enseignement des soins aux personnes âgées pour nos futurs médecins de famille: une démarche pas à pas*. Montréal, Université de Montréal.
3. Institut de la statistique du Québec (2010). *Conditions de vie – Portrait social du Québec*. Gouvernement du Québec, p. 33.
4. Dongois (2014). *Le médecin face à sa responsabilité sociale*. Québec, L'Actualité Médicale.
5. Perrenoud Ph. (1993). *Curriculum: le formel, le réel, le caché dans la pédagogie: une encyclopédie pour aujourd'hui*. Paris, ESF, p. 61-76.
6. Hafferty et O'Donnell (2014). *The hidden curriculum in health professional education*. Dartmouth College Press, p. 5-6.
7. Karnieli-Miller, Vu, Holtman, Clyman et Inui (2010). Medical Students' Professionalism Narratives: A Window on the informal and Hidden Curriculum. *Academic Medicine*, vol. 85, p. 124-133.
8. Université Laval, *Description du programme de médecine* [En ligne le 25 juin 2014]: http://www.fmed.ulaval.ca/site_fac/formation/1er-cycle/medecine/description-du-programme/.
9. Université Laval, *Schéma de la formation de médecine en 3 ans* [En ligne le 25 juin 2014]: http://www.fmed.ulaval.ca/site_fac/fileadmin/doc/formation/1er_cycle/medecine/Schema_medecine_3_ans.pdf.
10. Herzlich, C. (1986). *Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social dans l'étude des représentations sociales*. Paris, Éditions Delachaux et Niestlé, p. 157-170.
11. Laplantine (1994). *Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie: de quelques recherches menées dans la France contemporaine réexaminées à la lumière d'une expérience brésilienne dans les représentations sociales*. Paris, Presses Universitaires de France, p. 277-298.
12. Abric (2003). *L'analyse structurale des représentations sociales dans les méthodes des sciences humaines universitaires de France*. Paris, Édition Moscovici & Buschini, p. 375.
13. Fortier (2004). *Santé publique et vieillissement: les enjeux éthiques*. Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval, Québec, p. 21.

14. Butler (1975). *Why Survive? Being old in America*. Harper & Row, États-Unis.
15. Palmore (1990). *Ageism: negative and positive*. Springer Publishing Company.
16. Poupart, Deslauriers, Groulx, Lapperrière, Mayer et Pires (1997). *L'induction analytique dans la recherche qualitative – Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, p. 156.
17. Savoie-Zajc (2000). *L'analyse des données qualitatives: pratiques traditionnelle et assistée par le logiciel NUDI*IST*. Recherches qualitatives, p. 99-123.
18. Poupart, Deslauriers, Groulx, Lapperrière, Mayer et Pires (1997). *L'induction analytique dans la recherche qualitative – Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, p. 293 à 307.
19. Paillé et Mucchielli (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Collin et VUEF, Paris.
20. Poupart, Deslauriers, Groulx, Lapperrière, Mayer et Pires (1997). *L'induction analytique dans la recherche qualitative – Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, p. 293 à 307.
21. Poupart, Deslauriers, Groulx, Lapperrière, Mayer et Pires (1997). *L'induction analytique dans la recherche qualitative – Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Gaëtan Morin Éditeur, Montréal.
22. Stangl (1998). *Relationship between the patient and the medical student*. American Familial Physician, Volume 58, p. 1305.
23. Volandes (1998). *The patient-medical student relationship*. American Familial Physician, Volume 57, p. 1493.
24. Juan, Francisca, Paula, Armando et Camila (2007). *Medical student – patient relationship: the students' perspective*. Rev Med Chile, Volume 135, p. 1503 à 1509.
25. Higashi, Tillack, Steinman, Johnston et Harper (2013). The «worthy» patient: rethinking the «hidden curriculum» in medical education. *Anthropology & Medicine*, États-Unis.
26. Samra, Griffiths, Cox, Conroy et Knight (2013). Changes in medical student and doctor attitudes toward older adults after an intervention: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, n° 61, p. 1188 à 1196.
27. Hafferty et O'Donnell (2014). *The hidden curriculum in health professional education*. Dartmouth College Press, p. 150-157.